Teresa Capacchione

LA SALUTE MENTALE IN CAMPANIA
La lezione di Piro, il tradimento della riforma

Abstract:
At the light of the data offered by the Italian Society of Psychiatry (SIEP), Campania was in 2017 one of the worst Italian Regions in the field of mental health care. This paper sketches the evolution of the mental health policies in Campania since the promulgation of Law 180, analysing the consequences of bad political choices which has taken so early as the 1980s. These choices were denounced with foresight by one of the great protagonists of Italian anti-institutional Psychiatry, namely Sergio Piro. Unfortunately, Piro's prediction shave comes true. But the gravity of the problems becoming the object of shared awareness and one may hope that the reconstruction of the past and present deficiencies can be helpful to individuate the points of most urgent intervention.

Keywords:
Sergio Piro, Psychiatric Reform, Mental Health Services.

L'istituzione manicomiale ci ha accompagnato per cinque lunghi secoli e ha rappresentato un dispositivo segregante e punitivo che la società "civile" ha edificato per emarginare, isolare e soprattutto dimenticare le persone affette da sofferenza psichica. Tale istituzione, già coercitiva nella sua concezione strutturale, si è servita di interventi cosiddetti "terapeutici", che si sono di fatto rivelati veri e propri strumenti di tortura: contenzione per settimane o anche mesi, insulino-terapia, elettroshock terapia, docce gelate tanto per citarne alcuni. Nel 1961, quando Franco Basaglia entra nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, questo è il quadro che si presenta ai suoi occhi: esseri umani lasciati a marcire nei loro escrementi, legati al letto di contenzione, muti, dimentichi di se stessi. Solo le cartelle cliniche, redatte frequentemente in modo approssimativo, rendono ragione di un'esistenza che altrimenti avrebbe potuto non essere. I ricoveri, soprattutto per le donne, erano avvenuti spesso per motivazioni connesse alla condizione

sociale, a una delusione d'amore o al sovraffollamento nella propria famiglia d'origine piuttosto che a una condizione psicopatologica conclamata.

Basaglia decide dapprima di modificare quell'istituzione, consapevole, però, fin dall'inizio che essa doveva essere superata, e lo fa nel modo più logico possibile, restituendo cioè la parola ai pazienti attraverso le assemblee di reparto e quelle generali, nel corso delle quali tutti avevano il diritto di esprimere il proprio parere su questioni quotidiane quali la qualità del pasto o su questioni riguardanti più direttamente la propria patologia e la sua espressione.

Nel 1965 Sergio Piro trasforma l'Ospedale Materdomini di Nocera Superiore, in provincia di Salerno, in comunità terapeutiche, aprendo un fronte di lotte che avrà grandi conseguenze non solo in Campania, grazie all'ampia risonanza mediatica delle sue scelte cliniche e politiche che esiteranno nel suo licenziamento il 25 febbraio del 1969. La legge 180 sarà varata diversi anni dopo, nel 1978, ma sarà preceduta in diverse regioni italiane dall'istituzione dei Centri di Igiene Mentale attuati a partire dallo stralcio di legge varato dal ministro Mariotti il 13 marzo 1968, n. 431. Essi rappresenteranno una sorta di ponte tibetano teso tra il manicomio e i territori di riferimento degli utenti. La contemporaneità di intervento tra ospedale psichiatrico e territorio vedrà la luce a Napoli, sempre grazie a Sergio Piro e ai suoi collaboratori, a partire dal 1975 nell'Ospedale Psichiatrico Frullone, del quale intanto Piro era divenuto direttore. Molti i quartieri coinvolti, dal rione Traiano ai Colli Aminei, fino al territorio di Giugliano, dove era in corso da alcuni anni la straordinaria esperienza del Centro di Medicina Sociale di Giugliano, nel quale lavoravano affiancati operatori della Mensa Proletaria[1] del quartiere Montesanto di Napoli e operatori di Trieste. Il principio guida del Centro era questo: una sola istituzione pubblica, con la sua équipe unificata, poteva rispondere ai bisogni sanitari elementari e popolari di un territorio circoscritto. La persona sofferente, qualunque fosse la patologia, era un membro del gruppo sociale esposto agli stessi rischi di tutti gli altri; in questo modo non doveva più subire l'atto medico, divenendone un oggetto controllato e represso, ma poteva riacquistare la propria soggettività uscendo dall'isolamento. Questi concetti erano, per

1 La Mensa dei bambini proletari era un istituto popolare, fondato nel 1972 a Napoli da un gruppo di attivisti legati a Lotta Continua. Aveva sede nel quartiere Avvocata, scelto come "zona di mezzo" tra il Vomero e i Quartieri spagnoli o Forcella, dove "più asfissiante" era la presenza criminale. La mensa forniva ai bambini più poveri pasti caldi e laboratori pedagogici e attirò l'attenzione di intellettuali e artisti come Goffredo Fofi e Luigi Comencini, Elsa Morante e Carlo Cecchi, Fabrizia Ramondino. La mensa chiuse all'inizio degli anni Ottanta.

certi versi, in linea con quelli degli operatori che stavano faticosamente cercando di chiudere quelle gigantesche strutture che in alcuni casi, quali l'Ospedale Psichiatrico Leonardo Bianchi di Napoli, contenevano migliaia di persone, e non si trattava certo di un'eccezione. I manicomi vedranno la loro chiusura definitiva in Campania nel 1999, a oltre venti anni dalla promulgazione della legge 180 e a sedici anni dalla legge regionale campana del 1983. Il primo servizio che diverrà operativo nella città di Napoli sarà quello di Secondigliano. Unico in Campania, nel 1984 funzionava già 24 ore su 24, si effettuavano visite ambulatoriali e domiciliari ed era dotato di un *day hospital*. Non a caso il 6 giugno di quell'anno ricevette la visita di Franca Ongaro Basaglia e di Don Riboldi.

Subito dopo verrà aperto anche il servizio di Scampia.

Ma questa partenza non inganni. Le difficoltà nella gestione della legge, in Campania, sono sorte immediatamente. Il primo concorso per l'assunzione degli operatori medici che avrebbero dovuto operare nei servizi di salute mentale è avvenuto solo nel 1989, a sei anni di distanza dalla legge regionale, le strutture intermedie residenziali, le SIR, che avrebbero dovuto accogliere transitoriamente i pazienti che provenivano dai manicomi, non sono state immediatamente reperite e spesso sono risultate fatiscenti in un breve arco di tempo. Inoltre, i pazienti che avrebbero dovuto solo transitare in queste residenze, per essere successivamente collocati nelle comunità protette o in case-alloggio, sono rimasti lì fino alla loro morte, impedendo alla nuova utenza territoriale di poterne usufruire. Quasi sempre le condizioni di vita all'interno di queste strutture sono divenute nuovamente di tipo manicomiale, perpetuando un'ideologia ed una pratica mai realmente sconfitta. Se, in linee generali, la tendenza a creare aziende di grandi dimensioni non ha giovato alla funzionalità dei Dipartimenti di Salute Mentale – che oggi presentano fisionomie istituzionali diverse nel territorio nazionale con differenti livelli di qualità e difformi principi organizzativi e di valori – in Campania, l'aziendalizzazione, attuata nel 1994, si presentò subito come accorpamento delle Unità Sanitarie Locali in unità maggiori, con il ripristino della centralità ospedaliera e con il conseguente crollo di quanto era stato fatto nella medicina territoriale. Per tutto il 1994 durò un'indegna rissa sull'estensione delle nuove grandi unità: ve ne saranno in Campania otto, dodici, quindici; la città di Napoli avrebbe costituito un'unica mostruosa unità sanitaria o sarebbe stata divisa in tre "mostriciattoli" minori?

Una lotta senza esclusione di colpi si sviluppò su questo argomento, senza che la cittadinanza ne fosse nemmeno informata: fra tanti motivi e

interessi contrastanti, nemmeno uno ineriva alla salute dei cittadini e al buon andamento dei servizi.

Il 26 aprile del 1994 Sergio Piro scrive su «La Repubblica», in cronaca regionale, un articolo dal titolo: *Ma questa sanità malata può guarire*:

> La nuova azienda sanitaria potrà risolvere molti problemi… Ma, affinché la dimensione territoriale non sia persa, all'unificazione delle Unità Sanitarie Locali in aziende maggiori deve corrispondere l'attivazione dei distretti come luogo di rapporto con l'utenza, dove la prevenzione, la cura e la riabilitazione siano la strada principale per la tutela della salute. La liberazione dei distretti sanitari dalla tirannide dei grandi ospedali non deve condurre alla loro morte per inedia. Chi scrive torna al suo tormentato campo di lavoro: la psichiatria. V'è il serio rischio che una psichiatria territoriale a dimensione di Unità Sanitaria Locale, ottimamente sviluppata nella nostra regione, sia fortemente ridotta. Deve ora nascere una psichiatria distrettuale che è l'unico rimedio, con i suoi centri e con le sue strutture intermedie, contro la prevista catastrofe dei manicomi di Campania. Solo in questa prospettiva la sorte dei malati mentali potrà essere diversa (in Capacchione 2018, p. 176).

Negli anni successivi il numero dei medici diminuì drasticamente così come quello degli psicologi. Spesso, almeno in Campania, questi ultimi sono andati a costituire unità operative separate dai servizi di salute mentale. Questo provvedimento ha contribuito, a giudizio della scrivente, a snaturare il significato pluriqualitativo dei servizi di salute mentale. Spesso, le unità di psicologia erogano un numero ben definito di sedute (all'incirca otto), dopodiché il paziente è inviato al centro di salute mentale competente o avviato al circuito privato. La diminuzione dei medici è senza dubbio connessa ai mancati bandi di concorso, conseguenza questa del ridotto budget regionale, concordato nel 2001 da tutte le Regioni al 5% del bilancio, con un documento sottoscritto all'unanimità da tutti i presidenti, ma giunto in Campania nel 2017 al 2,4%, penultima regione in Italia, seguita solo dalla Basilicata[2], come si evince anche dall'articolo di Ettore Mautone, pubblicato sul quotidiano «Il Mattino» il 2 febbraio del 2017 dal titolo: *Pazienti di psichiatria. Campania bocciata per la spesa e i servizi*.

L'articolo riporta il risultato della ricerca condotta dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, che mostra questo dato allarmante e sottolinea anche le carenze sul fronte assistenziale. Nel 2017 si contavano in Campania 91 servizi territoriali, al di sotto della media nazionale, ma, soprattutto, la carenza era evidente per i servizi residenziali, 51, meno di un terzo del dato nazionale. Non meno grave la carenza del personale: la do-

2 Rapporto Salute Mentale 2017 del Ministero della Salute.

tazione complessiva di medici operanti nei Dipartimenti di salute mentale (2494 unità) era inferiore del 20% rispetto allo standard nazionale. A fronte di queste condizioni non stupisce che l'accessibilità al sistema curante sia tra le più basse in Italia. I pazienti presso i servizi di salute mentale in Campania nel 2015 sono stati 66.246, il 10% in meno rispetto alla media nazionale e i nuovi casi il 20% in meno; quelli che rimangono in carico ai servizi ricevono in media meno di dieci prestazioni in un anno. Si potrebbe pensare che tale criticità comporti un maggior uso del ricovero ospedaliero ma non è così. Il tasso di ricoveri presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura in Campania è inferiore di oltre il 50% alla media nazionale. È più elevato invece il numero di Trattamenti Sanitari Obbligatori che risultano 19 per 100.000 abitanti, ovvero circa il 10% in più di quanto si verifica nel resto d'Italia. Ma è in tutto il Meridione d'Italia che l'attuazione delle leggi di riforma dell'assistenza psichiatrica del 1978 sembra essere meno avanzata che nel resto d'Italia, ed è caratterizzata da evidenti contraddizioni. Nel Sud Italia, per avere esempi di arretramento, non v'è che da scegliere: un esempio per tutti di distorsione attuativa è stato l'inserimento, in Lucania, di strutture manicomiali private fra le strutture assistenziali nuove previste dalla riforma.

La situazione qui delineata, oltre che al mancato finanziamento è ascrivibile anche ad una crescente disattenzione da parte degli amministratori al tema della salute mentale e all'inversione della linea di tendenza che vede le cliniche private riaffacciarsi prepotentemente sulla scena. La legge 180 prevedeva numerose figure professionali all'interno dei servizi di salute mentale: assistenti sociali, sociologi, educatori di comunità, terapisti della riabilitazione che sono negli anni letteralmente scomparsi. L'accorpamento delle Unità Sanitarie Locali, approvato il 28 settembre 2016 dalla Regione Campania e divenuto esecutivo il 7 ottobre 2016, è stato l'ultimo atto in ordine temporale dello smantellamento dei servizi di salute mentale.

Dopo la dipartimentalizzazione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura – che hanno perso in questo modo la loro peculiarità di strutture di connessione tra ospedale e territorio, garantita dalla presenza nei turni degli stessi sanitari che lavoravano nei servizi di salute mentale – quest'ultimo provvedimento sovverte la precedente organizzazione di un servizio di salute mentale ogni settantamila abitanti. Le unità operative complesse sono raggruppate in numero di due secondo un principio di vicinanza territoriale ed è previsto un solo primario per entrambe le strutture.

Questa riduzione delle unità operative è perfettamente in linea con la logica di una sostituzione del qualitativo con il quantitativo, un quantitativo che, per parafrasare Hannah Arendt (1999), si nutrirà sempre di più di dia-

gnosi e di statistiche, tralasciando l'eccezionalità e l'unicità di ogni essere umano. Un ultimo esempio si riferisce al personale. Le Unità Operative di Salute Mentale 27 e 28 della ASL Napoli 1 Centro condividono attualmente una sola assistente sociale per un territorio di circa 230.000 persone.

Il quadro qui delineato mostra il lento declino dei servizi di salute mentale che si sono trasformati, almeno a Napoli, abbastanza rapidamente in ambulatori di psichiatria dove gli unici strumenti disponibili per far fronte alla sofferenza psichica sono farmaci e trattamenti sanitari obbligatori. La relazione terapeutica con l'utente diviene sempre più difficile, soprattutto quando un operatore medico ha in carico circa 150 pazienti. Ecco ancora una volta prevalere la logica manicomiale della sommersione farmacologica e dei reparti chiusi. Fabrizio Starace *et al.* nel saggio *Domanda di salute mentale e capacità di risposta dei DSM italiani* scrivono:

> […] La riduzione del personale determina una selezione a maglie sempre più strette dei bisogni che saranno presi in carico dai servizi pubblici, con il conseguente dirottamento di una quota sempre più rilevante di utenza a strutture e professionisti privati. Anche le caratteristiche dell'intervento assumeranno dimensioni e tempi sempre più limitati e saranno privilegiati approcci fondati sulla polarità visita ambulatoriale-ricovero che riconoscono nel farmaco lo strumento d'azione privilegiato (Starace *et al.*, 2020, p. 131).

Ma la vera insidia si cela altrove. I movimenti antistituzionali che hanno contribuito a realizzare in Italia la chiusura dei manicomi si sviluppavano in quegli anni Sessanta e Settanta che hanno visto l'approvazione di leggi importanti quali il divorzio e l'aborto, l'avvento del femminismo e il riconoscimento di pari diritti a tutte le fasce più fragili ed emarginate della società. Nello specifico, la malattia mentale era stata considerata in Italia, fino agli anni Cinquanta, una malattia del cervello, terreno fertile di giustificazione dell'istituzione asilare. Al solo paradigma biologistico si erano aggiunti, tra gli anni Sessanta e Settanta, il paradigma psicologico e sociologico che arricchivano e complicavano la genesi del disagio. L'inclusione del sociale quale elemento patogeno apriva alla possibilità che un cambiamento dei modelli culturali, e dunque della società, potesse essere preventivo dei disturbi mentali. Sergio Piro attribuiva a una diversa formazione dentro e fuori dalle università un peso determinante. Era convinto che non fosse possibile una nuova operatività senza una nuova didattica. Per questo motivo aveva fondato e portato avanti con alcuni allievi, a partire dal 1985, la *Scuola Antropologico-trasformazionale* pubblica e gratuita per operatori del campo sanitario e sociale che aveva lo scopo di antagonizzare i danni arrecati agli studenti da una formazione monotropica e incapace di connet-

tere discipline diverse. Per contro, in questo ultimo trentennio, si assiste nuovamente al prevalere, innanzitutto nelle facoltà di medicina, di una formazione di stampo biologistico.

A Napoli, il Responsabile della Clinica Psichiatrica della Seconda Università, prof. Mario Maj, è stato uno dei principali fautori di questo modello paradigmatico, che ha contribuito ad alimentare l'idea che le malattie mentali fossero primariamente malattie del cervello. Certo il suo è un biologismo dotto, supportato da studi internazionali e da numerosissime pubblicazioni, tali da giustificare però la terapia farmacologica come strumento d'elezione nella cura dei disturbi psichici, che, a ben guardare, rappresenta una delle principali derive riduzionistiche dei servizi di salute mentale nella fase attuale. Pur tuttavia, in un saggio recentissimo dal titolo *Nuovi orientamenti della psichiatria: Alcuni percorsi in atto*, il prof. Mario Maj riprende, parlando di schizofrenia, il concetto di vulnerabilità, molto in voga negli anni Ottanta:

> […] Oggi la ricerca etiologica in psichiatria non si propone più di scoprire le cause dei vari disturbi mentali, ma di identificare, di validare e di pesare dal punto di vista epidemiologico i vari fattori di vulnerabilità e protettivi coinvolti, e di costruire modelli dell'interazione complessa tra tali fattori (Maj 2020, p. 51).

Dunque, irrompono nuovamente nella genesi di questo disturbo, fattori psicologici e ambientali legati in modo indistricabile all'individuo. Questa evidenza, dimenticata in questi anni, aveva contribuito a riportare nuovamente in vita pratiche di stampo manicomiale.

Non ultimo e non meno importante è il ripristino dello stigma che accompagna da sempre persone affette da malattia mentale. Le classificazioni diagnostiche, in particolare i DSM hanno contribuito moltissimo a ridurre un essere umano alla sua classificazione di schizofrenico, bipolare etc., essenzializzando una parzialità e rendendola il soggetto stesso. Questa operazione non è ingenua: come si può bene immaginare, essa permette alle case farmaceutiche di stressare il patologico fornendo l'unico strumento possibile, l'antipsicotico di turno, dimenticando quanto di sano e di vario ci può essere in un essere umano anche se malato.

Nel manicomio questa era la regola!

Un sacco vuoto, coi capelli cortissimi, incapace di parlare perché imbottito di farmaci non poteva essere una donna. Quando Giuseppina si è innamorata di Carmine ed ha voluto indossare abiti diversi, truccarsi e andare dal parrucchiere le prime a opporsi al suo cambiamento sono state le infermiere del reparto del Frullone dove si trovava e la sorella che rivolgendosi

alla scrivente, responsabile di quel reparto, disse: «Ma perché queste si possono pure innamorare?».

Ecco è amaro dirlo, ma in un servizio di salute mentale mal funzionante, perché con scarso personale e oberato dalle richieste, può capitare che si torni a perdere di vista l'umano e a guardare solo al patologico. Basaglia è stato il primo a ricordarci, subito dopo la chiusura dei manicomi, che quell'istituzione sarebbe tornata mille volte con facce diverse ma con la stessa sostanza. Molte comunità nelle quali vengono inviati pazienti che non possono più stare presso le loro abitazioni per la grave conflittualità che si sviluppa in famiglia o perché in casa vi è solo una madre o, meno frequentemente, un padre anziano, sono veri e propri cronicari, dove la giornata, così come in manicomio, scorre vuota, senza alcuna finalizzazione e la sintomatologia da istituzione totale impera.

Fondamentale, poi, è la questione del lavoro. Fino a oggi sono state tentate da più parti esperienze tese a un reale inserimento dei pazienti nel mondo del lavoro. All'interno dei manicomi esisteva l'ergoterapia, una sorta di intrattenimento che consisteva nel lavorare cestini o fare vasi di ceramica che nessuno avrebbe mai visto se non varcando la soglia della struttura, e che alienavano ulteriormente l'internato. Sergio Piro si era ironicamente opposto a tale pratica con lo slogan *Morte alla ceramica* che bene illustrava i danni connessi all'uso improprio di queste attività. Quando gli utenti dei Centri Diurni (ne è previsto uno per ogni Unità Operativa di Salute Mentale) cominciano a recuperare le proprie capacità sociali, a intrecciare relazioni la prima richiesta che fanno è il lavoro.

È necessario, a questo punto, tornare sul già accennato tema delle diseguaglianze tra le diverse regioni italiane. Tra il 2015 e il 2017 in Piemonte è più che raddoppiata l'incidenza trattata di persone con diagnosi di schizofrenia, ma lo stesso indicatore si dimezza in Calabria. Nel triennio, gli accessi in Pronto Soccorso per patologie psichiatriche decrescono di 1/3 in Lombardia, ma aumentano di oltre 2/3 in Molise. E se in Friuli la durata media del trattamento residenziale è diminuita del 77%, in Campania si è più che quadruplicata. Sono solo alcuni dei dati contenuti nel volume *La Salute Mentale nelle Regioni. Analisi dei trend 2015-2017*, pubblicato dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP). Le differenze che emergono sono eclatanti e solo in parte possono essere spiegate sulla base di una diversa dotazione di strutture e di personale. Cito un intervento significativo di Fabrizio Starace su «Quotidianosanità» del 30 novembre 2019:

> Quella che gli indicatori colgono, se letti in senso diacronico, è la direzione in cui procedono le politiche di salute mentale delle Regioni. In alcuni casi si

> documentano andamenti virtuosi, che lasciano ipotizzare azioni di governo incisive volte a migliorare efficacia ed efficienza del sistema. In altri, purtroppo, l'assenza di strategie e la carenza di soluzioni organizzative si accompagnano ad una lenta erosione del diritto di cura, documentato dalla neutrale evidenza dei dati. Naturalmente l'andamento nel triennio va letto a fronte del posizionamento di ciascuna Regione rispetto al dato nazionale. Prendiamo il caso dei ricoveri per TSO, generalmente considerati un indicatore della scarsa capacità di gestione dell'acuzie sul territorio. L'incremento dei TSO registrato dal 2015 al 2017 in Piemonte e Umbria (e in misura minore anche in Calabria e Puglia) è certamente più preoccupante di quello osservato in Lombardia e nella P.A. di Bolzano, che presentano un dato comunque inferiore al valore medio nazionale. Le informazioni contenute in questo studio non offrono più alibi a quanti hanno responsabilità di governo (le Regioni) e di indirizzo e monitoraggio del sistema. I dati parlano chiaro, ed in assenza di azioni concrete l'acuirsi delle disuguaglianze inter-regionali non potrà essere considerato un evento imprevedibile.

Per la regione Campania si tratta di una linea di tendenza che era già stata colta da tempo. Già nel 1980, a due anni dalla legge 180, Sergio Piro, in un articolo del 4 aprile su «Il Mattino», dal titolo *La riforma ignorata,* sottolinea i colpevoli ritardi dell'amministrazione pubblica e ricorda come una delibera per incarichi a tempo determinato ad un certo numero di operatori sanitari da destinare ai Servizi di Salute Mentale giacesse al comitato regionale di controllo sotto attacco da parte delle forze politiche più retrive (in Capacchione 2018, p. 136).

Nel 1988, a dieci anni dalla legge, Piro, dalle pagine del quotidiano «Il Giornale di Napoli» scrive, il 13 maggio, un articolo dal titolo *Il senso della riforma* in cui riferisce della confusione che spesso si genera tra il risultato di una legge e il senso di una riforma:

> Se quest'ultima fosse stata applicata in Campania, ovvero se fossero state attuate le leggi nazionali del 1978 e regionale n. 1 del 3 gennaio 1983, disattesa da quasi tutte le USL della Regione, il paziente e la sua famiglia avrebbero potuto accedere al servizio in tutti i momenti. Il paziente avrebbe potuto ricevere un trattamento psicologico e/o riabilitativo sistematico, avrebbe potuto frequentare per l'intera giornata le strutture comunitarie del servizio, nei momenti di crisi avrebbe potuto essere curato a casa o accolto in un piccolo centro-crisi del servizio o ricoverato in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura etc.

Ma il piano previsto non fu mai realizzato e non perché fosse tecnicamente irrealizzabile, ma perché urtava troppi interessi. La realizzazione di quel piano avrebbe implicato, innanzitutto, un notevole trasferimento di potere dai medici ospedalieri ad altre professionalità, nonché più in gene-

rale la disponibilità a spendere per migliorare la vita di coloro che sono al fondo della scala sociale. Negli anni Ottanta la volontà politica prevalente tendeva già a bloccare queste due transizioni, le uniche che avrebbero potuto dare senso alla riforma.

Negli anni successivi la posizione ostile a queste due transizioni prenderà vigore e perfino dignità culturale grazie alla rilettura del disagio in senso esclusivamente neurologico e soprattutto «grazie all'affermazione della cultura economicistica, aziendalistica e neo-liberale che vedeva la spesa sanitaria innanzitutto come un costo da evitare» (Capacchione 2018, p. 163). Fu in quegli anni che la denuncia all'opinione pubblica si trasformò in denuncia penale.

Rino Colavecchia, presidente dell'AFASP (Associazione familiari sofferenti psichici) ricorda questa circostanza in un articolo in «La Repubblica» del 9 novembre 2011 dal titolo *Sofferenti psichici, una morte annunciata:* «negli anni Novanta raccogliemmo in Campania 60.000 firme di protesta e denuncia e le presentammo al capo della Procura Agostino Cordova. Fummo ascoltati ma non si fece niente».

Nel 1999 il passivo del bilancio della sanità in Campania ripropose il problema dell'assistenza sanitaria a quelle parti della società che venivano chiamate *fasce socialmente deboli*. Piro intervenne con un articolo su «La Repubblica» del 12 febbraio 1999 dal titolo *Fasce deboli quale assistenza*, indicando quale campo di attività la salute mentale, la cura delle persone con disabilità, le tossicodipendenze, la geriatria.

> Tutte queste condizioni, scrive Piro, hanno in comune una dimensione propriamente sanitaria e un'estesa necessità di assistenza sociale, di sostegno e di tutela. Il sottocampo della salute mentale può fornire un modello valido per la comprensione delle problematiche delle fasce deboli. Da che i malati mentali hanno abbandonato i manicomi, è stato sempre più evidente che la gestione positiva e propulsiva della loro diversità era strettamente legata alla molteplicità, varietà ed evolutività degli interventi pubblici: la cura doveva affiancarsi all'intervento sociale. Questi due campi d'azione, se isolati, sono limitati e spesso inefficaci (Capacchione 2018, p. 194).

Il 31 ottobre del 1999 il tema venne risollevato in un altro articolo di Piro sul quotidiano «La Repubblica», dal titolo *Non ci libereremo mai dei lager psichiatrici* dedicato alla doppia articolazione della sopravvivenza dei vecchi manicomi (quello di Bisceglie in Puglia ospitava all'epoca ancora 1700 segregati) e attraverso la riproduzione di ogni sorta di strutture carcerarie, distruttive, antiterapeutiche.

Piro porta l'esempio dei malati psichiatrici vecchi, posti in Campania in strutture di 40 posti (ovvero residenze per anziani), per i quali è stata dimenticata la necessità di cura psicologico-antropologica e sociale prevalente in quei casi sulla necessità di cura geriatrica. Per questi malati la tremenda alternativa era stata tra il lasciarli ammuffire in un vecchio manicomio ormai fuori legge o metterli in un neomanicomio da 40 posti. Piro si spinge oltre con l'esempio di Villa San Vincenzo, struttura privata, autorizzata solo come casa di riposo per anziani dove era stato riaperto un manicomio di 300 posti, carente di tutto. Il 18 gennaio 2001 scattano gli avvisi di garanzia per dirigenti ed operatori della Struttura Intermedia Riabilitativa di San Gregorio Magno della Azienda Sanitaria Locale Salerno 1, dove erano morti carbonizzati 19 disabili mentali. Eppure, se questo è ciò che avveniva in Campania negli anni successivi alla riforma del 1978, ci sono state esperienze che hanno riattivato la speranza che l'applicazione della legge fosse possibile anche nella nostra regione. Ne è un esempio il lavoro svolto da Giovanna Del Giudice, in qualità di responsabile del Dipartimento di Salute Mentale, e da Franco Rotelli nella qualità di Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Caserta 2 negli anni 2002-2004. Questo è il quadro della condizione in cui versano i servizi in Campania ed è il quadro di una catastrofe annunciata.

Si è definita, dunque, un'involuzione, che va profilandosi già dal 1984, prima attraverso i tradimenti dello spirito della legge 180, ma poi soprattutto attraverso la logica della riduzione della questione psichiatrica ad una questione di emergenza da gestire e non di un disagio sociale da prendere in carico. Oggi, per risalire la china, secondo alcuni occorrerebbe rivedere la legge che, a cinquant'anni dalla sua promulgazione, avrebbe bisogno di essere rinnovata, data la profonda modificazione della società e dei bisogni dei singoli. È di quest'avviso Walter Di Munzio (2019), che nel saggio dal titolo *Riformare e rilanciare i servizi di salute mentale: pratiche cliniche e nuovi modelli di assistenza* riprende la tanto auspicata connessione tra sanitario e sociale che abbiamo incontrato negli articoli scritti da Piro alla fine degli anni Novanta e la traduce in proposta operativa. Secondo l'autore i due aspetti relativamente nuovi (se si pensa alle competenze proprie del servizio sanitario) da tenere presenti in un modello riorganizzativo dei servizi di salute mentale sono costituiti dalle problematiche del lavoro e dell'abitare. Entrambe hanno fortissime implicazioni cliniche e possono condizionare le valutazioni di esito, migliorando il decorso della malattia e producendo forti ridimensionamenti di spesa, oltre che buone pratiche socio-sanitarie e riduzione dei costi passivi dell'assistenza. Scrive Di Munzio:

> Si sta sviluppando la coscienza di investire in politiche di reinserimento lavorativo per costruire reti produttive inserite nel mercato economico ordinario, ma con modelli nuovi, svincolati dai tradizionali parametri e standard dettati da economisti di mercato ridefinendo l'obiettivo finale dal *profitto* alla *cura* (*Ivi*, p. 17).

Se così fosse si potrebbe porre un freno a uno dei principali fattori volti a determinare processi di esclusione, ovvero lo svanire della capacità dell'individuo malato di partecipare o meno ai processi economici, di condividere e realizzare l'ideologia del consumo:

> Queste soggettività sono considerate un peso, un aggravio, un inutile fastidio: gli "individui superflui" portano le stigmate dei parassiti; nel migliore dei casi e nell'ottica più favorevole, vengono considerati un "problema" (Esposito 2019, p. 548).

Pur tuttavia, va ricordato che la legge 180, almeno nelle regioni del Sud-Italia non è mai stata attuata compiutamente per le difficoltà sia economiche che culturali riportate in questo saggio. Nelle regioni dove è stata applicata, sembra aver funzionato. Tutti gli aspetti ripresi recentemente dai ricercatori erano contemplati in questo dispositivo di legge dall'abitare, all'inserimento lavorativo, alla possibilità di avere a disposizione servizi aperti 24 ore su 24 e per l'intera settimana, unica garanzia per evitare la selezione dell'utenza e dunque la discriminazione dei singoli. Una legge democratica che nelle regioni dove prevale l'arretratezza culturale e gli interessi politici, non è riuscita a passare. E viene da chiedersi se non sia il caso di spingere nuovamente per una sua applicazione, per difendere i diritti di tutti coloro che sono affetti da una patologia terribile, ma non per questo devono essere tagliati fuori da una società che condividono con gli altri.

Come chiudere questo saggio? Forse con le parole utilizzate da Pietro Ingrao nella poesia *Eppure*:

> […] Per i non nati mai perché non furono riconosciuti …
> per le grandi solitudini che si affollano …
> Per i reclusi nelle carceri d'ombra …
> fiume senza bandiere, senza sponde eppure eterno fiume dell'esistere.

Riferimenti bibliografici

Arendt H., 1999, *Le origini del totalitarismo*, Torino, Ed. di Comunità.

Capacchione T., 2018, *Primavera 180. Le lotte e le esperienze psichiatriche alternative in Campania nella stampa quotidiana*, Roma, Sensibili alle foglie.

Di Munzio W., 2019, *Riformare e rilanciare i servizi di salute mentale: pratiche cliniche e nuovi modelli assistenziali*, in Di Munzio W. a cura di, *Lineamenti di Management in psichiatria. Riorganizzazione e rilancio dei servizi di salute mentale*, Napoli, Idelson-Gnocchi Editore.

Esposito A., 2019. *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*, Napoli, ad est dell'equatore.

Ingrao P., 1994, *L'alta febbre del fare*, Milano, Arnoldo Mondadori Editore.

Maj M., 2020, *Nuovi orientamenti della Psichiatria: alcuni percorsi in atto,* in Di Munzio W., a cura di, *Lineamenti di Management in psichiatria. Riorganizzazione e rilancio dei servizi di salute mentale*, Napoli, Idelson-Gnocchi Editore.

Piro S., 2006, *Esclusione, Sofferenza, Guerra*, Napoli, La Città del Sole.

Starace F., a cura di, 2019, *La salute Mentale nelle Regioni. Analisi dei trend 2015-2017*, in «Quaderno SIEP», n. 5; al link: https://siep.it/wp-content/uploads/2019/11/QEP_volume-5_def.pdf

Id., 2020, *L'analisi dei trend mostra che le diseguaglianze si acuiscono*, in «Quotidianosanità», Roma, 30 novembre.

Starace F., Rossi R., Baccari F., Gibertoni G., 2020, *Domanda di salute mentale e capaci di risposta dei DSM italiani*, in Di Munzio W., a cura di, *Lineamenti di Management in psichiatria*, Napoli, Idelson-Gnocchi Editore.