Cataldo Lopardo

SERVIZIO SOCIALE E TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: LE PROSPETTIVE APERTE (E NON ANCORA REALIZZATE) DALLA LEGGE N. 180/78

Abstract:
This paper aims to give to all those social workers involved in the field of mental health protection a key of interpretation about the principles contained in the Basaglia bill of 1978. Firstly, this article analyses the development of the profession of the social worker during the de-institutionalisation movement of the Seventies, focusing in particular on the effects deriving from the legislative discussion. Then, the current provisions of the territorial Districts of Mental Health (DSM) on health services will have examined, shedding light on the relative inadequate health and social care integration. Finally, it will have proposed the concept of the intervention on health determinants as a cross-cutting approach which aims to guide the practice of social service profession: the de-institutionalisation of everyday life governing the promotion of mental health.

Keywords:
Social Work, Psychiatry, Mental Health, Community Care.

Il rapporto fra servizio sociale e salute mentale si esplica, innanzitutto, a partire dall'intervento sul territorio, inteso quale elemento fondamentale per l'efficace lavoro di tutela e cura della persona sofferente. La relazione tra servizio sociale, salute mentale e territorio non nasce in modo unitario, si genera dall'intersecazione di più elementi ed avvenimenti. Pur trovando la sua legittimazione normativa con la legge n. 180/78 come trasposta nella legge n. 833/78, nei fatti, la sua radice concettuale è plurale, da individuare anche nella storia della psichiatrica alternativa italiana e nel percorso realizzato dai lavoratori del servizio sociale tra gli anni Sessanta e Settanta, innestandosi quindi nel più complessivo clima politico/culturale di quegli anni.

Il 1968 rappresenta l'anno delle proteste nelle università e nelle fabbriche, i protagonisti di questo periodo «furono creatori di una nuova realtà

politica e culturale […] diedero vita a organizzazioni decentralizzate e cercarono di imporre un paradigma culturale e politico nuovo» (Tarrow 1990, p. 148). Questo nuovo paradigma aveva come fine «l'intreccio di rivendicazioni in tema di diritti civili (liberali), diritti politici (come la partecipazione e la libertà) e diritti sociali (uguaglianza) nel quadro di un approccio di radicale pragmatismo» (Della Porta 2018, p. 13). Il 1968 ha quindi aperto, anche in Italia, quella che è stata definita la "stagione dei movimenti" durata fino alla fine degli anni Settanta (AA.VV. 1988)[1], che ha esercitato una grande influenza su tutte le politiche che si sono succedute negli anni a seguire.

La trasversalità delle lotte[2] interessa e permea anche il campo della salute mentale, concretizzandosi nelle esperienze di de-istituzionalizzazione; volte al superamento dell'istituzione manicomio e alla strutturazione di una rete di servizi territoriali. Tuttavia, fino al 1978, l'unico intervento legislativo in questo settore è la L. n. 431/68, la quale, pur introducendo la possibilità del ricovero volontario, non muta l'istituzione manicomiale, che resta il centro dell'intervento psichiatrico.

Va sottolineato come il tema della salute mentale sia tornato al centro del dibattito pubblico grazie all'azione di questo movimento antistituzionale, il quale, pur non avendo una matrice teorica e operativa unitaria, evidenzia e pratica: «la necessità della radicale critica del sistema asilare (giungendo a prospettarne il superamento), e la definizione di nuove politiche e servizi territoriali di salute mentale» (Esposito 2019, pp. 196-197).

In questo stesso periodo si sviluppano, inoltre, numerose vertenze inerenti ai contenuti professionali e sociali di alcuni settori (Dalmasso 2005), tra i quali il servizio sociale italiano, i cui operatori, analogamente agli operatori della salute mentale, iniziano a valutare le possibilità offerte dal territorio. Emerge, dunque, la dicotomia tra due differenti approcci del servizio sociale: da un lato il più tradizionale "ruolo caritatevole", limitato a dare informazioni e benefici economici per conto di alcuni enti assistenziali; dall'altro un nuovo orizzonte di intervento[3], diretto al co-

1 Sull'argomento Scavino (2002).

2 La trasversalità è data da molteplici avvenimenti che ne caratterizzano questa natura: «una sinistra operaia che pone questioni di potere in fabbrica e nella società; impegno per i diritti civili (no al Concordato, divorzio, aborto, reati d'opinione, referendum, obiezione di coscienza, libertà sessuale) […] protagonismo femminile […]; movimento di carcerati che rivendica la natura politica del carcere […]» (Dalmasso 2005, pp. 45-46).

3 Gli enti dove si incominciava a vedere questo cambiamento di prospettiva professionale furono: l'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infan-

ordinamento tra i servizi all'interno del territorio e a una funzione più dinamica e inclusiva nella relazione con le persone (Cappello Rizzarello 2014). Negli anni Settanta, si realizza una importante trasformazione del ruolo dell'assistente sociale: il suo inserimento negli enti territoriali e non solo negli enti assistenziali, infatti, «segnerà l'avvio di una delle più felici e peculiari intuizioni del servizio sociale italiano, l'importanza del territorio e delle sue risorse» (Bonifazi 2019, p. 22). A seguito della legge. n. 281/1970 istitutiva delle Regioni, alcuni dei nuovi enti territoriali attuano una riorganizzazione delle attività di prevenzione e di assistenza territoriale con la costituzione di Consorzi socio-sanitari intercomunali per la gestione integrata dei servizi sanitari e sociali (Palumbo 2018). La nuova sfida dei consorzi impegna gli assistenti sociali in un nuovo modo di svolgere la professione, mettendo in discussione il proprio ruolo. Durante gli anni Settanta, quindi, il servizio sociale «affronta, sia nell'ambito delle scuole che sulle riviste, molteplici tematiche [tra cui le] discrasie fra bisogni delle persone e sistema assistenziale, fra prassi degli enti e principi del servizio sociale» (Bonifazi 2019, p. 22).

Nello specifico campo della salute mentale, sulla scorta delle possibilità aperte dalla Legge Mariotti, alcuni amministratori locali avviano, prima della 180, la creazione di servizi territoriali non collegati all'Ospedale psichiatrico: i Centri di Igiene Mentale[4] che, insieme allo sviluppo della "psichiatria di "settore" di ispirazione francese, hanno un ruolo centrale nei processi di innovazione della psichiatria italiana (Pulino 2011). Anche se l'immagine asilare della psichiatria rimane sostanzialmente immutata fino alla legge n. 180/78 (Canosa 1979), all'interno di tali centri anche gli assistenti sociali iniziano a adottare metodologie innovative come il *case work* e a conoscere e stringere alleanze nel territorio (Cappello Rizzarello 2014). Inoltre, in alcune di queste realtà, si sperimenta un nuovo "welfare di emergenza", cioè un insieme di supporti volti a contrastare l'abbandono e la marginalità degli utenti dimessi dal manicomio, quali il sostegno al reddito, il supporto alla domiciliarità, gli ambulatori territoriali (Gallio 1983).

La sperimentazione di queste nuove prassi ed esperienze, insieme ai grandi dibattiti sul ruolo di alcune professioni e sulla condizione dei malati psichiatrici all'interno dei manicomi, portano infine, alla fine degli anni

zia, l'Ente Nazionale per Assistenza agli Orfani dei Lavoratori Italiani e l'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili (Cappello Rizzarello 2014).

4 Istituiti con l'art. 3 della legge n. 431/1968.

Settanta, alla riforma psichiatrica e sanitaria, e quindi alla costruzione dell'architettura legislativa del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel maggio del Settantotto, dunque, viene approvata la legge n. 180/78, parte del più ampio disegno di istituzione del SSN, la quale supera l'istituzione manicomiale, introduce nell'ordinamento italiano i Trattamenti Sanitari Obbligatori e Volontari per malattia mentale e determina «un diverso approccio alla salute mentale, modificando gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico – dal controllo sociale dei malati alla promozione della salute e prevenzione dei disturbi mentali – spostando di conseguenza l'asse portante dell'intervento istituzionale dal ricovero ospedaliero alla definizione dei servizi territoriali» (Rossi 2016, p. 236). In altre parole, il disturbo psichiatrico non determina più la segregazione nella struttura manicomiale, ma prevede la presa in carico da parte di un sistema di servizi volto alla cura della persona. L'effetto più importante della cosiddetta legge Basaglia è quindi quello di creare un punto di rottura con il passato, sicché, accanto al divieto di costruire nuovi manicomi, si determina la costruzione di una rete di servizi territoriali con al centro la persona e i suoi, finalmente, riconosciuti bisogni sociali (Rossi 2015).

In tal senso, la legge n. 833/78 di istituzione del SSN valorizza il contenuto della legge n. 180/78, creando «una visione unitaria e integrata della salute – fisica e psichica, individuale e collettiva, legata alla comunità e al territorio; una concezione politica dell'ambito medico-sanitario e con essa una riconduzione della salute a fatto sociale» (Giorgi, Pavan 2019, p. 432); indica, inoltre, che «il bene salute e a maggior ragione il bene salute mentale, diritto inalienabile e universale di tutti i cittadini della Repubblica, deve essere garantito, tutelato e promosso con equità» (Malinconico 2015, p. 38).

Il territorio diventa così, sul piano formale, il cardine della programmazione e degli interventi, e, sul piano operativo, il luogo di integrazione sociosanitaria tra diversi professionisti nella formulazione di interventi specifici per le persone (Franzoni, Anconelli 2002). Il fulcro di questo progetto è il Distretto di Salute Mentale, individuato dal legislatore con l'art. 34 della legge n. 833/78 all'interno dei servizi generali per la tutela della salute (le Unità Sanitarie Locali), cui sono demandate le funzioni di programmazione e coordinamento della prevenzione, cura e riabilitazione nell'ambito della salute mentale.

La regionalizzazione della salute mentale, già negli anni successivi alla riforma e ancor più dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, si è realizzata, però, in maniera disomogenea, determinando una realtà dell'assistenza a "macchia di leopardo", con diversi investimenti nel comparto e

con diverse strategie operative, sicché in alcuni territori si registrano buone pratiche ed esperienze di eccellenza, mentre in altri si verificano mancata attuazione dei principi della riforma e il disimpegno nelle politiche di comparto.

Così, ancora oggi, a 42 anni dalla legge n. 180/78, l'effettiva tutela della salute mentale e l'integrazione dei bisogni sociali con quelli sanitari, non sono realizzate omogeneamente su tutto il territorio nazionale, nonostante i diversi adeguamenti normativi messi in campo[5] per strutturare e definire gli interventi nel ciclo-vita dei cittadini e le articolazioni dei Distretti di Salute Mentale. La stessa relazione finale della "Commissione Parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del SSN" (CPi) del 2013 evidenzia alcune delle criticità, mostrando come la maggior parte dei DSM non riesca ad integrare interventi di tutela dei bisogni sanitari e dei bisogni sociali delle persone con disturbi psicopatologici gravi, e segnalando le grandi problematiche che si registrano nel campo della prevenzione del disagio psichico nel territorio (CPi 2013, pp. 19-20).

Tali criticità sono comprovate anche dal Rapporto Salute Mentale 2017, redatto dal Ministero della Salute e pubblicato il 26 giugno 2019. In esso si evidenzia che, sul totale delle prestazioni che si realizzano nei DSM, il 71% afferisce all'area sanitaria (attività infermieristica, psichiatrica, psicologico-psicoterapica), mentre solo il 23% alla ben più variegata area sociale (riabilitazione e risocializzazione, supporto alla vita quotidiana, attività per le famiglie e altre tipologie di assistenza), con il restante 6% dedicato all'attività di coordinamento (Ministero della Salute 2019, p. 35). Il disequilibrio si rende ancor più evidente osservando le specifiche tipologie di interventi erogati: preponderanti rimangono quelli sanitari (fra i più rilevanti in ordine: visite psichiatriche 22,4%; somministrazione dei farmaci 21,9%; colloqui 21,9%), mentre quelli attinenti la sfera sociale arrivano complessivamente al solo 5,4% (fra i più rilevanti in ordine: risocializzazione di gruppo 2,2%; risocializzazione individuale 1,2%; informazione e psico educazione per famiglia – gruppo 0,4%) (*Ivi*, p. 98).

Altro aspetto rilevante è il rapporto fra il servizio di salute mentale e il territorio, in particolare per quanto concerne il ruolo svolto dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, articolazione del DSM all'interno delle strutture ospedaliere. Si nota, infatti, che fra i ricoveri nei servizi psichiatrici del 2017, i Trattamenti Sanitari Obbligatori, di pertinenza dei SPDC,

5 Si ricordano tra gli altri: Progetto Obiettivo Salute Mentale 1994-96, Progetto Obiettivo 1998-99, Dlgs. 229/99, "Linee d'indirizzo per la salute mentale" DPCM 21 marzo 2008, Piano di Azioni Nazionale Salute Mentale 2013-2020, definizione dei percorsi di cura 2014, DPCM 12 Gennaio 2017 sui LEA.

sono stati il 7,8%, e che la recidività dei TSO ripetuti entro 30 giorni è stata del 13,9%. Tali dati, come riporta lo stesso Rapporto Salute mentale 2017, «sono indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte della salute mentale territoriale» (*Ivi*, p. 130). Una motivazione del tasso di recidività è indicata dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica: «è ancora insoddisfacente il rapporto ospedale-territorio, come dimostra l'ulteriore riduzione (solo 1 su 3) delle persone in contatto coi servizi territoriali nelle 2 settimane successive alle dimissioni ospedaliere» (Starace, Baccari 2019). Se solo una persona su tre, a due settimane dalle dimissioni, entra in contatto con i servizi territoriali, risulta evidentemente necessaria una riflessione sistemica sullo stato dei DSM e sul ruolo svolto dai reparti ospedalieri di diagnosi e cura.

Gli individui che non riescono a entrare in contatto con i servizi territoriali di salute mentale, dispongono di minori strumenti per poter prevenire le ricadute e, conseguentemente, aumentano le loro possibilità di incorrere in uno stato di cronicità, al quale, al momento, viene data una risposta che coincide, prevalentemente, con il regime di ricovero volontario e obbligatorio in strutture ospedaliere. Paradossalmente, le persone al primo accesso o già in carico al DSM trovano, nei fatti, scarse opportunità di ottenere un progetto flessibile e individualizzato che consideri le loro esigenze sociali, disattendendo, in questo modo, l'indicazione di presa in carico degli individui secondo il modello bio-psico-sociale (Engel 1977), che è sì richiamato in tanti studi e indicazioni governative, ma attualmente appare di difficile applicazione, soprattutto a fronte di risorse palesemente insufficienti a realizzare un'adeguata presa in carico degli aspetti sociali che gli utenti portano nella loro sofferenza. Secondo tale modello, i fattori sociali giocano un ruolo determinante nell'insorgenza e nell'evoluzione di una patologia complessa come quella psichiatrica, pertanto una risposta puntuale e adeguata può modificare significativamente la traiettoria della malattia. Condizioni di povertà ed emarginazione, per esempio, hanno un peso determinante, e la cura della sofferenza psichica non può prescindere da un intervento capace di dare risposte anche alle esigenze di reinserimento sociale e lavorativo, di sostegno al reddito e all'abitare, intesi come elementi essenziali per la salute.

Una riflessione necessaria, alla luce delle lacune evidenziate, riguarda, quindi, il potenziamento dei servizi di salute mentale nell'ottica di una presa in carico funzionale alla globalità delle esigenze delle persone fragili.

Il quadro delineato dai dati del Ministero della Salute (2019) suggerisce una sostanziale inadeguatezza dei DSM e delle loro articolazioni territoria-

li. L'elevata recidività all'interno dei SPDC, la mancata presa in carico dei servizi territoriali a seguito dell'ospedalizzazione e le prestazioni focalizzate prevalentemente sulla sfera sanitaria, sono certamente determinate dal disinvestimento economico e di risorse destinate al comparto, ma anche da un'impostazione dell'intervento fortemente medicalizzata, che si riflette anche nella insufficiente presenza di professionisti del servizio sociale[6]. Gli aspetti organizzativi, di coordinamento e di comunicazione continua fra gli enti dovrebbero essere fondamentali per il funzionamento dei servizi di salute mentale: la reale integrazione tra le professioni sanitarie e sociali può realmente aumentare l'accessibilità, la continuità e l'efficacia dell'assistenza.

La figura dell'assistente sociale in questo ambito dovrebbe costituire, non solo formalmente, il collante tra il territorio e il DSM, tra i bisogni sanitari e i bisogni sociali, tra il singolo e la collettività. L'assistente sociale, infatti, ha il compito di fornire tutte quelle informazioni di tipo sociale e assistenziale che possono rispondere ai bisogni delle persone e attivare le risorse formali e informali. Inoltre, ponendosi a stretto contatto con il servizio sociale territoriale di competenza dei vari enti locali, l'assistente sociale dovrebbe supportare le famiglie e sostenere politiche sociali territoriali di inclusione sia sociale che lavorativa (Spisni 2013).

È senz'altro necessario tenere conto dell'operato di poche Regioni virtuose[7], le quali implementano e favoriscono la sinergia tra sociale e sanitario, riuscendo a realizzare percorsi integrati di tutela effettiva della salute mentale (sebbene essi si dispieghino, poi, maggiormente, sui casi di post-acuzie). In ogni caso, il depauperamento del servizio sociale nei DSM e la mancata integrazione della componente sociale costituiscono elementi che purtroppo accomunano l'intero il Paese, innanzitutto nell'ambito della prevenzione della sofferenza che si realizza, insegna Basaglia, attraverso interventi capaci di incidere su quei fattori sociali che la possono rendere precipitante verso la patologia.

La Legge 180 e le spinte innovative di de-istituzionalizzazione devono essere riscoperte in quanto punto di partenza necessario per delineare nuove prospettive di tutela per la salute mentale. Come suggerito da Saraceno (2015, p. 25): «Se de-istituzionalizzare il manicomio e la psichiatria significava […] mobilizzare risorse umane negate dalle regole mortifere dell'istituzione psichiatrica, ri-costruire senso e ri-storificare i soggetti

6 Rappresenta il 4,5% dell'organico dei DSM (Ministero della Salute 2019, p. 11).

7 I dati disponibili nel Rapporto Salute Mentale 2017 (2019), indicano tra le regioni più virtuose in base al valore medio dei dati nazionali: Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana.

espropriati da ogni possibile produzione di senso e di partecipazione (propria e del mondo), ebbene de-istituzionalizzare la vita quotidiana significa affermare la cittadinanza negata, costruire esperienze di coesione sociale e contemporaneamente allargamento delle libertà».

La sfida della "de-istituzionalizzazione della vita quotidiana" ha a che fare anche con la tutela e la co-costruzione di politiche che tendano a garantire pure i "diritti di terza generazione" (Vašák 1979), differenti da quelli civili (libertà politiche) e sociali (protezioni del lavoro e tutele previdenziali), e che influenzano la sfera della salute: «i diritti all'eguaglianza delle opportunità, alla qualità della vita, alla libertà personale, all'ambiente protetto e sostenibile, alla comunicazione» (Bonifazi, Giacconi 2019, p. 30). Il servizio sociale deve essere parte attiva all'interno di tale prospettiva: la tutela della salute mentale non può essere soltanto un "campo applicativo", limitato al DSM, ma deve rappresentare una prospettiva di intervento, polisemica e interdisciplinare, all'interno della quale l'assistente sociale svolge un ruolo fondamentale, e che lui stesso deve assumere come orizzonte di senso in tutte le aree di pratica della propria professione.

Riferimenti bibliografici

AA.VV., 1988, *Il sessantotto la stagione dei movimenti (1960-1979)*, Roma, Edizioni Associate.

Cappello Rizzarello F., 2014, *Discrezionalità e condizionamento organizzativo nella pratica professionale di servizio sociale*, Tesi di dottorato (non pubblicata) in Comparative social work indirizzo Sociologia e Ricerca Sociale – XXV Ciclo, Università degli Studi di Trento.

Commissione Parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del SSN, 2013, *Relazione finale sull'attività della Commissione*, Roma.

Della Porta D., 2018, *Sessantotto: passato e presente dell'anno ribelle*, Milano, Feltrinelli.

Dalmasso S. a cura di, 2001, *La stagione dei movimenti*, in «Il Presente e la Storia», n. 59, pp. 175-197.

Id., 2005, *Il Sessantotto e la Psichiatria,* in Cassata F., Moraglio M. (a cura di), *Manicomio, società e politica*, Pisa, BFS edizioni.

Engel G. L., 1977, *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine,* in «Science, American Association for the Advancement of Science», v. 196, n. 4286, pp. 129-136.

Esposito A., 2019, *Le scarpe dei matti*, Napoli, ad est dell'equatore.

Fargion S., 2009, *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Roma-Bari, Laterza.

Foot J., 2017, *La "Repubblica dei matti"*, Milano, Feltrinelli.

Franzoni F., Anconelli M., 2002, *La rete dei servizi alla persona*, Roma, Carocci.

Gasperi L., 2015, *L'integrazione sociosanitaria in psichiatria*, in Bissolo G., Fazzi L. (a cura di), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, Carocci.

Gallio G., 1983, *Fasi della de istituzionalizzazione: alcune parole chiave*, in Ead. *et al.* (a cura di), *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*, Milano, Feltrinelli.

Giacconi B., Bonifazi L., 2019, *L'assistente sociale e l'assistente sociale specialista,* Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

Giorgi C, Pavan I., 2019, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978*), in «Studi storici», n. 2, pp. 417-455.

Malinconico A., Prezioso A. a cura di, 2015, *Comunità terapeutiche per la salute mentale,* Milano, Franco Angeli.

Ministero della Salute, 2019, *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (Sism). Anno 2017*, Roma.

Palumbo F., 2018, *40 anni dalle grandi riforme sanitarie. Legge Basaglia e istituzione del Ssn: una riflessione comune (seconda parte)*, consultabile al link http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=67531 (data ultima consultazione 20 marzo 2020).

Pulino D., 2011, *Costruire una riforma. Amministratori, operatori, istituzione psichiatrica prima della legge 180 (1968-1978)*, Tesi di dottorato (non pubblicata) in Scienze sociali indirizzo Scienze della Governance e dei Sistemi Complessi -XXVI Ciclo, Università degli Studi di Sassari.

Rossi S., 2015, La *salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Milano, Franco Angeli.

Rossi S., 2016, *La salute mentale nell'ordinamento costituzionale italiano*, in «Boletín Mexicano de Derecho Comparado», v. 49, n. 145, pp. 1-41.

Saraceno B., 2015, *Tanti anni fa a Casacalenda*, in Malinconico A., Prezioso A., a cura di, *Comunità terapeutiche per la salute mentale*, Milano, Franco Angeli.

Scavino M., 2002, *La "stagione dei movimenti" e la storia del '900. Contributo a una discussione da aprire*, in «Rivista storica dell'anarchismo», n. 2, pp. 5-12.

Spisni L., 2013, voce *Servizio sociale e salute mentale,* in Capannini A. (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale,* Roma, Carocci Faber.

Starace F., Baccari F., 2019, *Salute Mentale: dai dati alle informazioni*, Società italiana di epidemiologia psichiatrica; al link: http://siep.it/salute-mentale-dai-dati-alle-informazioni/ (data ultima consultazione 20 marzo 2020).

Tarrow S., 1990, *Democrazia e disordine. Movimenti di protesta e politica in Italia. 1965-1975*, Roma-Bari, Laterza.

Vašák K., 1984, *Pour une troisième génération des droits de l'homme*, Tenth Study Session, International Institute of Human Rights.