

40 anni della Legge 180 *Forty years of Law 180*

Francesco Scotti

Psichiatra, Docente della Scuola COIRAG di Roma, già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della USL di Perugia

Parole chiave: Legge 180/78; Legge 833/78; ospedale psichiatrico; salute mentale; integrazione dipartimentale dei servizi.

RIASSUNTO

La Legge 180/78 è stata l'anticipazione, per la psichiatria, della riforma sanitaria introdotta con la legge 833/78. Vi è un lungo tempo, anteriore ad essa, e precisamente a partire dai primi anni '60, che è punteggiato da esperienze di nuova psichiatria, caratterizzato inizialmente da un movimento antimanicomiale e successivamente polarizzato sulla costruzione di una psichiatria di comunità, con la messa in opera di reti di servizi di salute mentale. In questo articolo vengono descritte le condizioni politiche e culturali che hanno permesso l'avvio e lo sviluppo a Perugia di una delle esperienze italiane più importanti che hanno portato al superamento della legge sui manicomi e sugli alienati del 1904 con la Legge che oggi è conosciuta, in Italia e nel mondo, come Legge Basaglia. L'illustrazione di un'esperienza concreta è necessaria per capire il valore della rivoluzione culturale che la legge che oggi celebriamo ha avuto per la psichiatria italiana con un potenziale innovativo non sempre rispettato e non ancora esaurito. Il valore dirompente di questa legge sullo stato della psichiatria italiana dell'epoca è provato anche dal numero, veramente eccezionale, delle minacce di abrogazione e di riforma che sono state portate avanti in questi anni e che, grazie ad una mobilitazione generale, e non solo degli psichiatri "illuminati", sono cadute nel vuoto.

Questo testo, scritto da uno psichiatra, è dedicato, nella sua parte iniziale, alla rievocazione di due figure il cui contributo viene da campi extrapsichiatrici, uno dalla politica e dall'amministrazione, l'altro dall'antropologia culturale.

Nella seconda parte vengono discussi, accanto ai meriti fondamentali della Legge, che sono la chiusura dei manicomi e la organizzazione dipartimentale dei servizi di tutela della salute mentale, i suoi limiti, che hanno concorso alla sua fragilità e, indirettamente, all'attuale stato di crisi.

Keywords: Law 180/78; Law 833/78; psychiatric hospital; mental health; departmental integration of services

SUMMARY

Law 180/78 was the anticipation, for psychiatry, of the health reform introduced by Law 833/78. There is a long time, prior to it, and precisely from the early '60s, which is punctuated by experiences of new

Autore per corrispondenza: francescotti@navingio.net

psychiatry, initially characterized by an anti-manicomial movement and later polarized on the construction of a community psychiatry, with the implementation of networks of mental health services. This article describes the political and cultural conditions that have allowed the start and development in Perugia of one of the most important Italian experiences that led to the overcoming of the law on asylums and alienated people of 1904 with the law that is now known, in Italy and worldwide, as the Basaglia Law. The illustration of a concrete experience is necessary to understand the value of the cultural revolution that the law we are celebrating today has had for Italian psychiatry with an innovative potential not always respected and not yet exhausted. The disruptive value of this law on the state of Italian psychiatry of the time is also proven by the truly exceptional number of threats of repeal and reform that have been carried out in recent years and that, thanks to a general mobilization, and not only of "enlightened" psychiatrists, have fallen into a vacuum.

This text, written by a psychiatrist, is dedicated, in its initial part, to the re-enactment of two figures whose contribution comes from extra-psychiatric fields, one from politics and administration, the other from cultural anthropology.

In the second part, in addition to the fundamental merits of the Law, are discussed the closure of asylums and the departmental organization of services for the protection of mental health, its limitations, which have contributed to its fragility and, indirectly, to the current state of crisis.

1. La 180 prima della 180 a Perugia

Quando si dice 180 non c'è bisogno neppure di specificare che è una legge e che è stata promulgata nel 1978. E' la legge che ha abolito i manicomi e, confluenso poi nella legge di riforma sanitaria (833/78), ha incardinato definitivamente la psichiatria nel sistema di salvaguardia della salute ponendo fine a un regime di apartheid per i malati mentali. Ha abolito definitivamente la legge del 1904, quella che diceva ai malati, fin dal loro ingresso in manicomio, "perdete ogni speranza o voi che entrate." Ha ridato i diritti civili a quanti li avevano persi a causa del ricovero in ospedale psichiatrico, grazie all'abrogazione di alcuni articoli dei codici, penale e civile (1).

Che vuol dire "La 180 prima della 180"? Vuol dire che a Perugia l'Amministrazione Provinciale, che gestiva il manicomio, ha incominciato a trasformarlo fin dal 1965; l'ha aperto all'esterno, non solo abbattendo le mura e le reti che lo isolavano dalla città, ma rendendo la vita che si svolgeva al suo interno accessibile a chiunque avesse voluto metterci il naso, in qualunque momento della giornata e, soprattutto, partecipando alle assemblee che erano diventate il momento più importante della vita ospedaliera; ha incominciato a svuotarlo, dimettendo i ricoverati; ha costruito una rete di servizi di territorio per offrire a chiunque ne avesse bisogno un'assistenza più moderna: più umana, più efficace, più facilmente fruibile (2).

Incominciare tutto questo nel 1965, cioè 13 anni prima della legge 180, significava farlo contro la predetta legge sui manicomi e gli alienati in vigore appunto dal 1904. Violare quotidianamente quella legge per offrire un'assistenza che fosse l'opposto di quella manicomiale, fu possibile perché l'Amministrazione Provinciale si fece promotrice di una

solidarietà su un nuovo progetto psichiatrico al quale parteciparono tutte le componenti della società: non solo gli psichiatri e gli infermieri, ma anche i sindacati, i magistrati, l'opinione pubblica e tutti i partiti (3).

L'impresa più importante fu di trasformare un servizio, fino ad allora separato e di scarso prestigio, in un momento di animazione sociale, con profonde ripercussioni sulla cultura della società umbra per quanto riguardava l'atteggiamento nei confronti dei malati mentali, il pregiudizio sul diverso, l'accoglienza nella vita quotidiana di chi era in difficoltà. Tutto questo fu il frutto di un lavoro lungo e paziente realizzato in incontri pubblici ma soprattutto con la presenza degli operatori della salute mentale nel territorio, in un lavoro che si potrebbe definire porta a porta (4).

La 180, nel 1978, venne a legittimare quanto era accaduto a Perugia già da anni e non ci fu -proprio per questo - nessuna rottura drammatica come è avvenuto altrove dove le novità sono scoppiate in modo improvviso, attivando violente opposizioni (5).

In questa cornice vorrei evocare due figure che sono tra i protagonisti del processo di autoriforma dell'assistenza psichiatrica; due figure che sono ormai scomparse e quindi non si possono ribellare a questa rievocazione che, molto probabilmente, non avrebbero gradito, essendo per loro carattere schive agli elogi e più attente al fare che al dire.

Sto parlando di Ilvano Rasimelli, presidente della giunta provinciale nel 1965, e di Tullio Seppilli, professore di antropologia culturale di fama mondiale, ma anche - e forse in questo è meno noto - consigliere provinciale all'epoca dell'avvio della riforma psichiatrica (6).

Essi impersonano gli elementi fondamentali e caratteristici del processo di trasformazione: quindi li presento perché ne sono figure emblematiche e in essi si riassumono capacità, valori, impegno che sono stati anche di altri, perché quella che sto ricordando è stata un'opera corale, cui molti hanno portato il loro contributo. Dicevo, figure emblematiche ma per motivi diversi.

Ilvano Rasimelli ha mostrato quello che poteva l'impegno politico e l'abilità amministrativa dedicate ad un compito scelto in applicazione di valori etici fondamentali. In lui si manifestava una alleanza tra almeno tre componenti. Aveva contemporaneamente:

- Buone idee da proporre per risolvere un problema che si presentava come assolutamente prioritario perché lo scandalo del manicomio non poteva più essere negato da un'amministrazione di sinistra.
- La convinzione che le buone idee devono essere sostenute da un consenso il più ampio possibile, mai fatte contro qualcuno. Le buone idee sono sempre utili ma sono poco efficaci se non riescono ad ottenere consenso; e non solo perché così la gente è disposta ad accettare i sacrifici spesso necessari per realizzarle; ma soprattutto perché il consenso garantisce la continuità del lavoro. Di questi tempi bisognerebbe aggiungere che un consenso senza buone idee è pericoloso.

- La capacità di trovare le risorse in un tempo di penuria, suscitare quelle nascoste e informali e grazie a questo cambiare radicalmente le cose senza spendere una lira in più di quanto costava la vecchia struttura.

La interazione di questi tre elementi ha caratterizzato tra il 1965 e il 1970 l'azione Rasimelli per il rinnovamento dell'assistenza psichiatrica.

Riporto qui alcuni passaggi di suoi discorsi:

Rasimelli al Consiglio Provinciale nella seduta 20 settembre 1965 (2).

“ Per affrontare il problema dell'Ospedale Psichiatrico. bisogna avere il coraggio di dire la verità fino in fondo, anche se dolorosa. Solo così è possibile comprendere le situazioni e capire che cosa bisogna fare per andare avanti. Nel giudicare la situazione attuale del nostro ospedale va detta una cosa come inizio di ogni discorso: il nostro ospedale non è all'altezza delle moderne esigenze terapeutiche”.

Questa argomentazione tagliava tutte le giustificazioni che erano state date dalle amministrazioni precedenti, anch'esse dello stesso colore politico, per addormentare lo scandalo dell'O.P. e cioè che si era fatto tutto il possibile, che mancavano le risorse, che si era in attesa di un progetto perfetto e quindi l'attuale stato era un compromesso che la speranza del nuovo aiutava a sopportare, che il potere dell'Amministrazione non era in grado di contrastare quello del Direttore, sostenitore dello status quo.

Rasimelli: 17 novembre 1969 – Riunione del personale dell'O.P. con la Giunta Provinciale.

“Noi oggi ci troviamo di fronte ad un vuoto. Noi sappiamo che abbiamo fatto dei passi avanti per garantire agli ospiti dell'O.P. di Perugia una maggiore libertà. Non siamo più ai livelli dei cameroni, delle celle di sicurezza generalizzate, delle fosse dei serpenti; siamo in un ospedale in cui viviamo in uno spirito abbastanza comunitario, con amici e con legami di solidarietà ed ampi margini di libertà. Dobbiamo aumentare la libertà degli ospiti dell'O.P., dobbiamo ancora rompere catene che impediscono tutto questo”.

“Ricordiamoci chiaramente che se non riusciamo a rompere l'isolamento prima o poi arriverà un burocrate, un giudice dagli occhi chiusi, un commissario di pubblica sicurezza con gli occhi chiusi, che ci darà la batosta; e noi non potremo più andare avanti, non potremo più garantire la libertà che vogliamo garantire, il processo di sviluppo che vogliamo garantire.

Per fare questo dobbiamo rompere il nostro isolamento, bisogna che i nostri infermieri, i nostri medici, stabiliscano legami più profondi e più seri con il mondo esterno, perché questa è una delle condizioni per avere la forza per andare avanti” (7).

La seconda figura emblematica è quella di Tullio Seppilli. Anche per lui ho scelto tre elementi per caratterizzare la sua azione:

- La ricerca antropologica come strumento per una conoscenza del mondo ma anche

come scopo del suo progetto di vita: capire per agire, insegnare per creare nuove energie disponibili.

- La militanza politica come impegno morale.
- La funzione di intellettuale che coniuga scienza e servizio al movimento operaio (8).

Tullio Seppilli (nel film "Fortezze vuote", di Gianni Serra, 1974)

"Il problema della lotta contro l'istituzione manicomiale non si risolve se non si realizza una rete di servizi sul territorio, se non si realizza un rapporto con le popolazioni, con i sindacati, con i consigli di quartiere e consigli di fabbrica. Se cioè il discorso rimane un discorso settoriale. Noi supereremo le cause principali di malattia quando cambieremo la qualità della vita. Cambiare la qualità della vita non è un fatto di propaganda. E' un fatto di organizzazione del modo di vivere, di una rete di servizi, di una coscienza più elevata. Allora potremo porci il problema perché in certi luoghi diminuisce lo sviluppo della malattia mentale e perché in altri non diminuisce; cosa vuol dire la disgregazione, cosa vuol dire la urbanizzazione, cosa vuol dire la condizione di emigrato: tutta una serie di cose che vanno affrontate.

Non illudiamoci. Quando noi andiamo a rompere le basi stesse della malattia, quando noi andiamo ad intervenire sulla fabbrica per cambiare il modo di lavorare nella fabbrica, quando andiamo ad intervenire nella scuola per cambiare il modo di funzionamento nella scuola, quando noi tocchiamo l'istituto familiare, non troveremo i consensi che noi troviamo nel parlare bene dei malati mentali, nell'avviare una politica settoriale psichiatrica. Allora gli scontri si riproporranno, perché cambiare la qualità della vita nella fabbrica implica grosse questioni, implica questioni sindacali, implica la lotta di classe.

A questo punto si riaprirà il dibattito che sembra sopito.

Noi potremo portare avanti questa unità, questa alleanza, se riusciremo a costruirla su una serie di lotte e di azioni estremamente concrete per evitare che il dibattito diventi puramente ideologico e per costringere quelli che sono a favore e quelli che non sono a favore, a misurarsi sulle situazioni concrete in cui la lotta va avanti".

Ho scelto queste due figure non solo per il contributo importante che hanno portato alla costruzione di una nuova assistenza psichiatrica ma anche per la forza della loro testimonianza. Non ho però la pretesa di esaurire in poche frasi una presenza intensa, lunga e articolata; tanto meno di fare un ritratto che esaurisca la ricchezza di personalità che si sono espresse in molteplici modi e in diversi campi.

Nella storia politica e culturale dei due ho scelto certi elementi piuttosto che altri guardando anche al presente e alle carenze di oggi. Sulla base di questa analisi porrò una domanda che è stata alquanto trascurata negli ultimi tempi.

La psichiatria ha a che fare con la politica ? E' stato vero. E' ancora vero?

E' cosa ovvia che abbia a che fare con la politica ogni risposta ai nostri bisogni e una parte notevole delle soluzioni dei problemi che incontriamo nella nostra convivenza. Ma se facciamo astrazione dalla psichiatria non è difficile accorgersi che in gran parte della medicina ci si può a lungo nascondere dietro una presunta neutralità, asetticità, che sarebbe garantita dall'applicazione di una conoscenza oggettiva, a fondamento di una qualche forma di indipendenza; ma, alla fine, non viene garantito niente a nessuno, in nome di una scientificità che non ha gambe per produrre progresso.

In psichiatria la relazione con la politica si vede, e non solo perché è incorporata nella storia della sua evoluzione, ma perché invade tutti gli ambiti della convivenza sociale e non occupa soltanto il campo della sofferenza individuale. È anche vero che la psichiatria occupa, nell'organizzazione sanitaria, un campo praticamente marginale, dal quale possono venire continui stimoli e sollecitazioni, ma che provoca continui fastidi. Essa svela il limite della medicina, la sua quasi impotenza di fronte alle necessità della cura di lunga durata; il suo esercizio è anche una spina nel fianco dell'organizzazione sociale che vorrebbe eliminare, radicalmente e rapidamente, tutto ciò che è irrazionale e inquietante. Queste particolarità fanno sì che i destini della psichiatria cambino secondo i tempi e i luoghi. È accaduto che in momenti di trasformazione della società e dei suoi valori gli psichiatri siano stati all'avanguardia, simbolo della forza di cambiamento; e in altri momenti siano stati e saranno rimossi, per diventare marginali come le persone di cui si occupano (10).

2. Le radici della “180” e la sua origine

Esperienze come quella di Perugia hanno costretto la cultura politica italiana a confrontarsi con un modo nuovo di intendere la malattia mentale e la sua cura.

Se ho parlato di Perugia è perché si tratta dell'esperienza che posso dire di conoscere fin dall'inizio. Ma non è certo l'unica. Non è a caso che la legge 180 sia nota come legge Basaglia, perché l'esperienza di Gorizia (11), e poi di Trieste, sono state esemplari per la costruzione di una nuova assistenza psichiatrica. Resta tuttavia un paradosso che l'espressione “legge Basaglia” sia sinonimo di “legge 180/78” perché inizialmente Franco Basaglia si dichiarò molto critico nei confronti di quella legge e solo tardivamente, applicando anch'egli il principio che il meglio è il nemico del bene, l'accettò come un onorevole compromesso tra posizioni avanzate e resistenze reazionarie. La legge 180/78 era nata per impedire il Referendum che il partito Radicale aveva sostenuto al fine di abolire la legge 1904 sugli alienati e i manicomi. L'abolizione di quella legge avrebbe prodotto un vuoto legislativo ¹. Fu così che la Democrazia Cristiana fece approvare la legge il cui primo firmatario era il Senatore Orsini, psichiatra dell'AMOP (Associazione

1. Vedi verbale della seduta del 28 aprile 1978, della Camera dei deputati, Commissione XIV igiene e sanità pubblica, pag. 13-85 (12).

dei medici degli ospedali psichiatrici italiani) (13-14).

Quali novità introduceva la legge abolendo la normativa in atto? Vietava la costruzione di nuovi Ospedali Psichiatrici, ordinava la chiusura di quelli esistenti, pubblici e privati, riportava la gestione dei malati mentali alle norme che valevano per tutti gli altri malati. Paradossalmente anche la costrizione alla cura, che in casi particolari veniva introdotta, era disegnata sul modello dell'obbligo alla cura e all'isolamento già previsto per le malattie infettive.

In sintesi cosa ha significato la legge 180? È stata una legge che ha avviato un cambiamento radicale, per restituire diritti ai malati e dignità a chi si occupava di loro. Per semplificare in formule: la malattia mentale veniva sdoganata rispetto ad altre malattie e una legge sanitaria veniva introdotta al posto di una legge di pubblica sicurezza, legge speciale che perseguitava chi era "pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo"; dal punto di vista medico è la negazione del principio "una volta folle sempre folle", sostituito dall'affermazione "nessuno è sempre o totalmente matto". Ma non possiamo dimenticare un suo limite, che è innanzi tutto quello che, non imponendo vincoli certi, ci sarebbero voluti quasi 20 anni (1996) per giungere ad una reale chiusura dei manicomi; e poi ci sono voluti altri 20 anni per chiudere gli ospedali psichiatrici giudiziari che accoglievano i malati autori di reato che venissero giudicati socialmente pericolosi (15).

3. Dov'è la scientificità della "180"?

Se facciamo riferimento alle violente discussioni che hanno seguito la promulgazione della legge 180/78 non possiamo dimenticare la critica della sua presunta non scientificità: veniva presentata come il frutto di malsane teorie sulla patologia psichiatrica che avrebbero danneggiato innanzi tutto i malati. La storia ha dimostrato che era una critica infondata e che anzi la presenza del manicomio impediva che si sviluppasse una psichiatria scientifica. Sarà opportuno precisare che la sua novità non è l'abolizione del manicomio che, almeno in alcune regioni italiane, si era già dimostrata possibile, ma la prescrizione della organizzazione dipartimentale della psichiatria, che non era stata ancora tentata. Il Dipartimento nasce per rendere possibile che i servizi, di cui i pazienti hanno bisogno, costituiscano una rete. Il Coordinamento dei servizi, per realizzare il quale essi si riuniscono in Dipartimento, facilita l'uso del SPDC, dell'ambulatorio, della comunità protetta, dell'Ospedale di giorno, del Centro Diurno di riabilitazione, del foyer, e di tutte quelle forme di cura e luoghi di assistenza, che si sono via via moltiplicate (16). L'immagine di rete, che è stata particolarmente enfatizzata, dovrebbe suggerirci che non basta accostare questi servizi perché si costituisca una vera rete: l'accostamento di per sé può dare luogo a un circuito, non necessariamente a una rete. Se abbiamo facilitato il passaggio dall'ambulatorio all'ospedale di giorno, da questo al SPDC, dal SPDC alla comunità terapeutica, e così via, non abbiamo fatto molto: abbiamo creato

un meccanismo che facilita la delega del potere sul paziente da un'équipe all'altra, non un meccanismo di corresponsabilità delle diverse équipe, non un meccanismo che garantisca la continuità terapeutica.

Con la riforma sanitaria si è reso possibile il coordinamento, si è facilitato l'accesso ai servizi, si sono create le premesse per rendere disponibile a tutta la popolazione i servizi di salute mentale. Si sono creati i possibili luoghi del coordinamento: l'Azienda, il Dipartimento di salute mentale, il Distretto Socio-Sanitario (uso questa dizione perché penso che la scissione tra sociale e sanitario abbia ridotto enormemente le risorse disponibili per i pazienti psichiatrici e abbia introdotto ulteriori difficoltà nell'integrazione delle prestazioni di cui il paziente ha bisogno).

Ma i luoghi del coordinamento non sono automaticamente i luoghi dell'integrazione. L'integrazione tra gli interventi presuppone che ci sia una reale solidarietà tra gli operatori che concorrono a realizzare un unico progetto su obiettivi condivisi, che collaborano per rimuovere le scissioni che la necessità di far ricorso a più servizi e a più operatori inevitabilmente introducono; presuppone che ci sia continuità tra l'intervento d'urgenza e la presa in carico ordinaria, il che vuol dire innanzitutto che ognuno pensi a quello che sarà necessario in futuro, e non solo a quello che è possibile fare nel presente, e non faccia nulla che impedisca un futuro positivo (17-18).

Se questa responsabilità non viene assunta dagli operatori il compito di un buon uso di tutti i servizi sarà affidato inevitabilmente al paziente che deve avere la forza, la capacità, la contrattualità, per districarsi all'interno della rete di proposte disomogenee che gli vengono offerte, in una concorrenza che, lungi dall'aumentare la sua soddisfazione, ne accresce la confusione. È al paziente che viene lasciato il compito di costruirsi il pacchetto di cui ha bisogno: se rivolgersi a un servizio di psichiatria, o a uno di psicologia, a uno di psicoterapia o a uno di riabilitazione, e così via. Paradossalmente, uno dei tanti paradossi della modernità, la contrattualità del paziente diminuisce man mano che la sua libertà di scelta aumenta, perché nel frattempo aumenta la complessità del sistema, che passa dalla dimensione artigianale del servizio di prossimità a quella industriale dell'Azienda. Il paziente deve confrontarsi con una organizzazione che non è in grado di regolarsi sui suoi bisogni ma si deve adattare ai bisogni dell'organizzazione: le liste di attesa, una auto diagnosi per accedere al servizio specialistico o, in alternativa, il passaggio da un servizio all'altro per raggiungere quello giusto (19).

4. Salute mentale e Azienda sanitaria

È l'Azienda che fa la politica sanitaria, che rende disponibili le risorse, che decide l'uso delle competenze e delle professionalità, che sceglie gli obiettivi prioritari di salute; è l'Azienda che rende possibile l'integrazione delle prestazioni, dei programmi, che dà spazio, o lo nega, al progetto di cura.

Domanda: la logica aziendale gioca a favore o contro l'integrazione? Di solito gioca contro. Non basta la razionalizzazione nell'uso delle risorse e un'attenzione a un buon rapporto prezzo/qualità dei servizi resi per garantire l'integrazione degli interventi: la qualità delle singole prestazioni non garantisce la qualità dell'insieme. Gli operatori, che prima si sono sentiti valorizzati dall'enfasi posta sullo specifico della loro professionalità (psicoterapeuti, riabilitatori, logopedisti, musico-terapeuti, pet-terapist, ecc.), successivamente si sentono frustrati dalla aleatorietà dei loro risultati e alla fine si sentono umiliati, spinti verso prestazioni sempre più frammentate, sempre meno responsabilizzati sui veri obiettivi da raggiungere.

Bisognerebbe allora, come qualcuno sostiene, tornare al regime organizzativo precedente, o sostenere che almeno per la psichiatria non vale l'impostazione aziendalistica della sanità? Sarebbe una tesi fuori della storia e utile solo a idealizzare un passato che, oltre che delle luci della nuova psichiatria post-manicomiale è pieno di ombre, e quindi la sua lettura non può essere univoca (20).

Che cosa è successo? L'Azienda è venuta ad occupare, spesso manu militari, e senza transizioni, uno spazio decisionale in cui i risultati positivi erano correlati non al rispetto di regole certe, ma allo spontaneismo, alla buona volontà degli operatori, al loro impegno etico e politico, prima che professionale. Avendo occupato questo spazio decisionale l'Azienda può determinare l'impostazione di una politica psichiatrica secondo una coerenza molto più forte di quella che prima era garantita solo dall'iniziativa individuale o dalla coesione di un gruppo frutto di un miracolo associativo, spesso secondo il principio della cooptazione.

Ci sono molti elementi della logica aziendalistica che potrebbero favorire un'integrazione all'interno dei programmi di salute mentale: accorpamento di prestazioni in programmi, di operatori in équipe, di servizi in progetti che siano contemporaneamente di terapia, riabilitazione, sostegno sociale, prevenzione. Si è parlato molto della mission dell'azienda sanitaria. È un elemento in grado di dare unità e continuità a ciò che potrebbe diventare scisso e frammentato. Ma per avere una mission bisogna avere una vision sufficientemente chiara del campo in cui ci si muove. Senza una idea dell'intero campo della salute mentale non si potrà tradurre in azioni coerenti la mission che l'azienda si è data. Per sostenere una logica dell'integrazione non basta la distinzione tra programmazione, organizzazione e gestione, occorre anche che siano previsti i correttivi che impediscano a ciascuno di questi tre ambiti di decisionalità di andare per conto proprio, in risposta a necessità di adattamento a contingenze del tutto casuali. Se non viene fatta quest'opera di raccordo l'efficacia degli interventi psichiatrici rischia di andare perduta.

È inutile parlare di qualità senza ricordare che proprio all'interno delle organizzazioni è nata la nozione di qualità totale, che implica una attenzione alla totalità. Qualità totale non significa tutta la qualità ma la qualità del tutto. Le sue regole sono precise. Due mi

sembrano più rilevanti nel nostro caso, ed hanno una particolare risonanza in coloro che, in questi ultimi decenni, hanno lavorato, con volontà innovativa, nei servizi di salute mentale di territorio:

- la ridefinizione continua del compito, con il coinvolgimento degli utenti nella lettura dei loro bisogni al fine di conservare l'aderenza del servizio alla realtà;
- il coinvolgimento di tutti gli operatori in compiti di proposta, elaborazione e valutazione, oltre che esecutivi (21).

Per rendere praticabili queste regole bisogna pensare a servizi, gruppi di lavoro, équipes dalla mission molto forte, ma dai confini molto labili, organizzazioni reciprocamente permeabili, con sistemi direzionali elastici e leadership mobile, ma con obiettivi precisi e sui quali esista un forte consenso. Organizzazioni di questo tipo sono possibili se esse sono inserite in un'Azienda sanitaria che ha queste stesse caratteristiche generali, se cioè si tratta di un'Azienda post-moderna.

Senza un riposizionamento delle Aziende rispetto alla politica di salute mentale mi sembra difficile, direi statisticamente impossibile, recuperare i valori che rendono efficace un intervento (per quel poco che sappiamo dell'efficacia della cura dei disturbi mentali). Si tratta di valori affermati ripetutamente e legittimati da tutti i documenti più autorevoli, dall'OMS in giù.

Ora si conoscono alcuni meccanismi che hanno un potente effetto distorsivo sull'uso razionale delle risorse, due in particolare meritano di essere ricordati. Il primo è il falso riferimento alla professionalità e alla specializzazione quando sono usati per assicurare un'autonomia degli operatori più che per garantire le loro competenze. Stressando le professionalità molto spesso si ha di mira il raggiungimento del privilegio di organizzarsi autonomamente senza subire il dominio di altri operatori e con la speranza di poter conquistare una qualche influenza sui centri decisionali. Il secondo meccanismo è l'illusione che una moltiplicazione dei servizi per far fronte a bisogni sempre più differenziati e individuati sia veramente la soluzione per soddisfarli tutti e non crei troppo spesso una sorta di competizione all'inverso, tesa cioè a garantire la possibilità di liberarsi dei casi seri attribuendoli ad altri.

5. La salute mentale ha bisogno di un ospedale?

La legge 180/78 definisce il programma di ricovero ospedaliero come frutto della impraticabilità di altri programmi e precisamente di quelli extra ospedalieri. Ma la legge, con questa visione della pratica psichiatrica che è territoriale, non ospedaliera, si limita a fare un discorso sui contenitori, non sui contenuti. Per fare un passo avanti era necessario uscire dalla logica in cui ci si limitava a parlare male dei contenitori ospedalieri e bene di quelli territoriali, senza badare alla concretezza delle pratiche. Questo, a parer mio, il peccato originale della "180".

Non sono invece colpa della legge se essa non è stata adeguatamente finanziata, non è stata mai integrata da un regolamento di applicazione e, infine, la sua attuazione non è stata sufficientemente monitorata. Si deve però aggiungere che bisogna riconoscerle una forza intrinseca notevole se nessuno è riuscito abolirla, nonostante gli attacchi violenti che le sono stati portati. E' certamente responsabilità della politica se non ha esplicitato rapidamente ed efficacemente tutte le sue possibilità. Ma qual è la responsabilità degli operatori della salute mentale? Travolti dall'ossessione dell'efficienza non hanno fatto sufficiente attenzione alla questione dell'efficacia. Essa è rimasta affidata all'intuizione e alla creatività dei singoli. Quando poi l'efficacia è diventata oggetto di ricerca ciò è avvenuto nell'ottica della valutazione, cioè introducendo un criterio velatamente punitivo. In sintesi, ribadendo cose già dette, è mancata una crescita collettiva di una cultura dell'efficacia, sterilizzata, alla nascita, dal prevalere di una organizzazione tayloristica della cura, cioè fondata sulla frammentazione dell'intervento, a scapito di una visione olistica: è stata privilegiata la realizzazione di una sequenza di azioni, magari nel rispetto di linee guida eccellenti, a scapito della sequenza di significati che venivano trasmessi e venivano compresi dai pazienti; spesso c'è stata una intercambiabilità degli operatori a spese della personalizzazione della presa in carico.

6. La "180" come normalizzazione della psichiatria ombra

Forse è un paradosso che in Umbria l'entrata in vigore, nel 1978, della Legge 180 abbia costituito un elemento di stabilizzazione più che di stimolo, abbia imposto una razionalizzazione lì dove era prevalsa una evoluzione effervescente e variegata, abbia aperto un'epoca di controllo amministrativo che ha raffreddato quei processi di trasformazione che si erano sviluppati per una interazione creativa ed originale di collaborazione tra amministratori ed operatori.

Si possono fare molti esempi di questo. Con la creazione dei Servizi di Diagnosi e Cura viene posto un vincolo alla sperimentazione di forme di assistenza a tempo pieno che avevano combattuto il ricovero manicomiale. Per i pochi ricoveri ancora necessari nonostante l'estensione di una psichiatria di territorio erano stati utilizzati via via posti letto nei Servizi di salute mentale a 24 ore, e posti letto distribuiti nei diversi Reparti dell'ospedale generale, senza che avessero una specificità psichiatrica e senza che ci fosse un'équipe medica ed infermieristica dedicata unicamente a garantire il ricovero di pazienti psichiatrici. D'altra parte la Regione, nel recepire la 180, delimitava l'oggetto proprio dei servizi e degli operatori sanitari. L'Assessore alla sanità dell'epoca scriveva: "Anche se fino ad ora per varie ragioni, spiegabili sul piano storico, i servizi psichiatrici si sono dovuti far carico di elementi politici, organizzativi e amministrativi, la legge 180 rappresenta l'occasione perché dalla lotta antiistituzionale si passi alla costruzione di una conoscenza e di una pratica scientifica rigorosa".

Da ciò l'impressione che la 180 non garantisse un ulteriore progresso in Umbria, fosse percepita come portatrice del messaggio "siamo arrivati dove volevamo arrivare, basta così". Dico questo per ricordare che le relazioni tra operatori, amministratori, utenti non sono mai state lineari o pacifiche, e per smentire il mito che in Umbria ci sia stata una perfetta e costante intesa tra tutti. C'è sempre stato un confronto serrato e a volte uno scontro. Molte novità importanti si sono realizzate nonostante le difficoltà e gli ostacoli. Ci sono state fasi di crisi, che si sono risolte anche grazie ad una mobilitazione generale, ci sono stati momenti di sviluppo frutto non solo di indagini conoscitive ma di un confronto ed un dialogo, difficile ed appassionato, di tutti i protagonisti di quel processo di trasformazione che ha portato da un'assistenza psichiatrica ad una politica di salute mentale.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferrari E. Commento degli articoli 33, 34, 35, della legge 833/78. In: Roversi Monaco FA. a cura di Il servizio sanitario nazionale. Milano: Giuffrè editore; 1979, pag. 338-358.
2. Foot J. La repubblica dei matti. Milano: Feltrinelli; 2014, pag. 179-194.
3. Guaitini G. a cura di Le assemblee popolari sulla politica psichiatrica dell'Amministrazione provinciale di Perugia. Annali di neurologia e psichiatria 1974; LXVIII (1-2).
4. Chianese D, Cerletti A, Scotti F. Un'esperienza di psichiatria a Perugia, Psiche 1995; (2): 261.
5. Ammaniti M. Dinamiche sociali e malattie mentali: riflessioni sulle ragioni alla legge 180 di riforma psichiatrica, Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale, Roma: Il pensiero scientifico editore 1983; pag. 7-19.
6. Rasimelli I. Un rompicatole tra le novità di un'epoca. Perugia: Benucci editore; 2008.
7. Giacanelli F. Nascita del movimento antimanicomiale umbro, Perugia: Fondazione Angelo Celli, 2014.
8. Seppilli T. Quadro introduttivo. In: Giacanelli F. Nascita del movimento antimanicomiale umbro, Perugia: Fondazione Angelo Celli, 2014, pag. 15-25.
9. Berlinguer G. Psichiatria e potere. Roma: Editori riuniti; 1969, pag. 79
10. Ferrannini L. Perché parlare ancora di assistenza psichiatrica nella comunità. Psichiatria di comunità 2010; IX (2): 57-65.
11. Basaglia F. L'istituzione negata. Torino: Einaudi; 1968.
12. AA VV. Centottanta, vent'anni dopo. Varazza(SV): La Redancia edizioni; 1998.
13. Orsini B. Vent'anni dopo. In: AA. VV. Centottanta vent'anni dopo. Varazza(SV): La Redancia edizioni; 1998, pag. 57-68.
14. Orsini B. A venticinque anni dalla 180. Psichiatria di Comunità 2003; II (2): 61-66.
15. Novello M. Trasformazioni legislative, culturali e pratiche connesse con la legge 180/78. In: AA. VV. Centottanta vent'anni dopo. Varazza(SV): La Redancia edizioni; 1998, pag. 73-84.
16. Ferrannini L, Ferro AM. Dal manicomio ai servizi : crisi dei paradigmi e critica delle istituzioni, pag. In: AA. VV. Centottanta vent'anni dopo. Varazza(SV): La Redancia edizioni; 1998, pag. 121-136.
17. Di Mauro G. Ancora su psichiatria e DSM, ingegneria dei contenitori e sostanza delle pratiche. Psichiatria di Comunità 2006, V, (2): 21-24.
18. Ferrannini L. Il dipartimento di salute mentale è un servizio di psichiatria di comunità? Psichiatria

- di comunità 2002; I, (3): 77-86.
19. Erlicher A, Maranesi T, Re E, M. Stuflesser M. La legge 180 e lo stato dell'arte psichiatrica trent'anni dopo. *Psichiatria di Comunità* 2008; VII (4): 177-180.
 20. Balduzzi E. Dopo la deistituzionalizzazione stiamo imboccando un cammino contrario? *Psichiatria di Comunità* 2005; IV (3): 167-168.
 21. Peloso PF. La psichiatria di comunità tra razionalità e passione. *Psichiatria di Comunità* 2007; VI (2): 85-93.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno