

# Adieci anni dalla riforma psichiatrica le esperienze che l'hanno preceduta, le resistenze che ha avuto, ciò che resta da fare

## 180, quel debito di solidarietà ancora da saldare

**L**a «180» fu emanata nel maggio '78, in anticipo di pochi mesi sulla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale in cui fu poi inglobata, anticipo provocato dal referendum sull'abolizione della legge 1904 sugli alienati. Fu, comunque, approvata da un vastissimo arco di forze politiche, consapevoli - non solo della necessità di evitare il referendum - ma dell'urgenza del cambio culturale e istituzionale che la legge richiedeva nel suo proporre il superamento del manicomio e un modo diverso di affrontare il problema del malato mentale. Nel momento in cui riconosce l'inglobamento della psichiatria nella medicina e la sua separazione dalla giustizia essa, infatti, indica qualcosa di nuovo nel prevedere nei presidi territoriali il nucleo centrale della cura: l'intervento medico, per quanto riguarda il disturbo psichico, non è più considerato prevalente, trattandosi di un fenomeno che coinvolge l'individuo in tutti gli elementi di cui è costituita la sua vita biologica, psicologico-affettiva e sociale. Ciò che impropriamente si continua a chiamare «legge 180» tende, cioè, a togliere dalle mani dello specialista la gestione esclusiva del disturbo psichico e dal letto d'ospedale il momento esclusivo del trattamento, postulando che sia soprattutto quanto si fa socialmente e culturalmente della malattia a condizionarne l'evoluzione.

Partendo dal riconoscimento della natura non esclusivamente medica dei problemi psichiatrici (il che non significa negare l'esistenza della malattia), l'enfasi viene dunque posta sull'istituzione di servizi che non abbiano un carattere rigidamente ospedaliero, richiedendo di misurare le discipline e i modelli operativi con le variabili di natura non tecnica in precedenza ignorate. Si tratta quindi di qualcosa di più della messa in crisi della gestione organizzativa dell'assistenza, nel coinvolgere la definizione stessa di normalità, malattia, devianza in rapporto alla molteplicità dei bisogni, al mutare dei diritti dei cittadini e dei valori della società. È questo qualcosa di più che ha stimolato le reazioni negative di parte della classe medica, legata ad una cultura prevalentemente organicistica e incentrata sull'ospedale.

Alla fine degli anni 70, quando l'inasprirsi della crisi economica e del terrorismo stava cambiando il clima politico e culturale del decennio nei confronti di problematiche che richiedevano nuove forme di solidarietà, il settore della psichiatria pubblica, inglobato nei più difficili avvisi del Servizio sanitario nazionale, esigeva invece un profondo cambio istituzionale, politico, amministrativo, tecnico-professionale, nella formazione universitaria, nella cultura della gente, richiedendo volontà e capacità di guidare la complessa transizione dal vecchio al nuovo modo di affrontare il problema. Volontà e capacità che non ci sono state, sì che la riforma fu abbandonata all'iniziativa o all'inerzia di amministratori e operatori, senza norme di indirizzo e di coordinamento, senza finanziamenti finalizzati ai nuovi servizi, mentre i costi ospedalieri continuavano ad assorbire quasi totalmente la spesa psichiatrica complessiva.

L'assenza, nella legge quadro «180», di indicazioni precise sugli standard dei servizi da istituire (indicazioni di competenza del Piano sanitario nazionale che, secondo la legge di riforma sanitaria, doveva essere presentato nell'aprile del '79 e che ancora aspettiamo) fu quindi facilmente imputata alla sua incompletezza, avallando il fatto che si trattasse di una abborracciata e velleitaria che per questo si dichiarava «sbagliata» prima ancora di attuarsi. Come poche altre in Italia, questa legge era stata, invece, preceduta da anni di esperienze di cui, tuttavia, il ministero della Sanità non si avvale per studiare, ricavare dati, verificare ipotesi, tranne le indicazioni indispensabili all'avvio sul territorio nazionale di una trasformazione di quella portata. Il che è confermato dal fatto che fino all'85 (dopo i primi risultati del Censis cui aveva affidato la prima indagine del settore), il ministero della Sanità non disponeva di un dato sull'assistenza psichiatrica nel paese e sulla base di tale ignoranza per anni si è continuato a discutere la modifica della riforma.

Questo vuoto di conoscenze, il vuoto normativo da parte del ministero con il conseguente vuoto di servizi, hanno prodotto - e non potevano non produrre - situazioni insostenibili e spesso drammatiche che è stato troppo facile attribuire all'insufficienza della 180, all'inattuabilità dei suoi contenuti «generosi e utopici», anziché allo stato di abbandono in cui il settore è stato lasciato e alle inadempienze governative, amministrative e tecnico-professionali che hanno coinvolto l'intero sistema sanitario.

La chiusura, nell'81, dell'ammissione nei manicomi in assenza di strutture territoriali non poteva che facilitare lo spostamento (e la strumentalizzazione da parte di alcune forze politiche) dell'obiettivo

La legge approvata nel maggio '78 da un vastissimo arco di forze politiche tende a togliere dalle mani dello specialista la gestione esclusiva del disturbo psichico e dal letto d'ospedale il momento esclusivo del trattamento. Sono invece venute meno volontà e capacità di guidare la transizione

dal vecchio al nuovo. Una riforma lasciata senza norme di indirizzo e di coordinamento, senza finanziamenti. Tutto questo ha prodotto situazioni insostenibili e spesso drammatiche. Eppure l'indagine del Censis testimonia anche di servizi efficienti. Una proposta della Sinistra indipendente.

FRANCA ONGARO BASAGLIA



«Geometria del dolore» di Romano Cagnoni

## «Per me è una legge sbagliata»

**L**a prima volta che mi occupai concretamente della legge n. 180 fu nella scorsa legislatura quando ero sottosegretario alla presidenza del Consiglio. In tale veste ricevetti una delegazione di genitori di malati di mente, che stavano cercando proprio allora di confederare in un unico organismo nazionale le tante associazioni di familiari che erano sorte nel frattempo. C'erano infatti da me genitori provenienti dalle diverse regioni italiane e le cose che mi raccontarono furono tremende: giovani ricoverati nei normali ospedali dove gli altri pazienti e il personale non sapevano come trattarli, fino a quando non venivano rispediti fuori, o per la strada o a casa se ne avevano una; soprattutto famiglie gravate da un compito più grande di loro. Un anziano padre mi parlò del figlio, incapace di controllarsi nel cibo, che si scagliava su di lui e sulla madre quanto era preso dalla fame, sino a sfondare la porta della camera da letto, aggredendo entrambi. Per ora - mi disse - riesco ancora a fermarlo, ma fra qualche tempo non avrò più la forza e finirò per ammazzarmi. Sarete responsabili voi - concluse - delle nostre vite.

Non protestavano perché la legge 180 non veniva attuata, protestavano perché la ritenevano sbagliata. Chi più di loro poteva essere

Nella scorsa legislatura una delegazione di genitori di malati di mente mi raccontò cose tremende. Protestavano perché ritenevano la 180 una legge sbagliata. Da allora mi sono convinto che avevano ragione. Certo, i malati di mente vanno recuperati; ma non sempre la cura della malattia

è il solo riadattamento e reinserimento sociale, né sempre bastano brevi degenze. Bisogna prendere atto con equilibrio della realtà. Indietro non si deve tornare, ma la paura di tornare indietro non deve lasciare le famiglie in balia di se stesse. Questo ho detto e questo continuerò a dire.

GIULIANO AMATO

convinto che era stato giusto eliminare i vecchi e orribili manicomi, che assolvevano solo a finalità di isolamento e non di cura? Eppure, questo sacrosanto passo compiuto dalla legge 180 non bastava a fargliela accettare. La legge era stata generosa - dicevano - ma era sbagliata. Ho letto molte cose da allora in argomento e mi sono convinto che avevano ragione, così come ce l'hanno i tanti genitori che mi hanno scritto di recente dopo che ho ripreso il tema sull'«Espresso».

In precedenza avevo letto alcune critiche alla legge, ad esempio quelle di Giovanni Tarullo, che l'aveva additata come caso classico

di legge figlia unilaterale di una ideologia, anziché del lavoro di equilibrata mediazione che Tarullo riteneva doveroso per un Parlamento. Poi ho letto anche pareri di addetti ai lavori, opinioni espresse in convegni, proposte di legge, anche dei partiti di sinistra, che sono all'esame della Camera.

Che i malati di mente non debbano essere un fastidio di cui liberarsi, che siano persone da capire, da recuperare, da reinserire nella vita normale sono principi oggi indiscutibili ed è stato merito della legge 180 averli affermati. Il fatto si è che non sempre - a quanto leggo da chi ne sa più di me - la cura della malattia di mente è il solo riadattamento e reinserimento



Ospedale psichiatrico, New York, 1978 (foto di Mary Ellen Mark)

### Misure urgenti per l'assistenza in una proposta dei comunisti

■ Nelle scorse settimane il Pci ha presentato alla Camera un disegno di legge che si pone obiettivi assai diversi da quelli proposti dalle forze governative. Innanzitutto occorre dire che non si tratta di una «riforma nella riforma», ma di provvedimenti urgenti in applicazione degli articoli di legge esistenti.

L'analisi che ha portato a questa proposta si può così riassumere: a) in questi dieci anni è venuto a mancare qualsiasi riferimento nazionale per il coordinamento e la programmazione dell'assistenza, ciò ha provocato e facilitato una diffusione dei servizi del tutto eterogenea ed incongrua rispetto alle necessità locali; b) l'organizzazione dei servizi ha privilegiato quelli di ricovero (negli ospedali generali) e quelli ambulatoriali, lasciando quasi ovunque inevitabile la richiesta di strutture intermedie sia per la riabilitazione che per le degenze extra-ospedaliere; c) si assiste ad un sempre più frequente ricorso ad un riuolo dei manicomi sia per l'utenza già istituzionalizzata che per quella che ancora non lo è.

Il Pci dunque propone: 1) l'istituzione di un Ufficio di salute mentale presso il ministero della Sanità con compiti di coordinamento e di programmazione; 2) l'istituzione di un dipartimento di Salute mentale in ogni Usl con funzioni preventive, curative e riabilitative, con i servizi e le strutture necessarie (ambulatori, strutture intermedie, aree di degenza ospedaliera e no), con le diverse figure professionali necessarie a garantire un approccio interdisciplinare. Vengono inoltre individuate le fonti finanziarie e le modalità per il controllo e la verifica dell'effettuazione della spesa. Infine si ripropone il divieto al riuolo dei manicomi per compiti di assistenza psichiatrica.

Quanto è necessario capire e far capire che allontanare una persona sofferente di disturbi psichici dalla famiglia non richiede degenze prolungate di carattere ospedaliero, ma bastano soluzioni residenziali di piccole dimensioni, alternative sia all'ospedale sia alla famiglia, con gradi di trattamento, cura, tutela e protezione adeguati a ciascuna situazione; dove esista un'alta concentrazione di assistenza, di capacità professionale e umana e dove l'intervento tecnico tenda a ridursi via via che si amplia la gamma di risposte alle variabili sociali, economiche ed esistenziali presenti nella malattia, sapendo comunque che la follia continua a porci e alle quali la psichiatria tradizionale non ha saputo dare risposta.

È questo il punto forte del nostro disegno di legge in cui si sono riconosciute molte associazioni di familiari di malati che con noi rifiutano che si continui a discutere di modifica della 180, discussione che ha portato finora solo a scaricare sulle loro spalle il problema, come se questo fosse il dettame della legge.

Questo ho detto e questo continuerò a dire. Ho letto che mi si accusa, addirittura in una interrogazione parlamentare, di dire quello che dico perché sono ignorante in materia e perché voglio un oscurantistico ritorno al passato. Da interlocutori che rispetto mi attendo argomenti migliori.

delle prime associazioni dei familiari dei malati andate formandosi: anziché esigere l'immediata creazione dei servizi, si cominciò a chiedere la modifica della legge e la discussione, da anni in corso anche in sede parlamentare, ha così consentito alle forze di governo di non prendere, nel frattempo, alcun provvedimento di fronte all'urgere dei problemi. Inerzia intenzionale, scetticismo, incapacità, deresponsabilizzazione di operatori e amministratori locali hanno, dunque, prodotto lo stato di abbandono dei malati nei manicomi, nelle strade, nelle case, sulle spalle delle famiglie, costantemente denunciato.

E tuttavia, dall'indagine del Censis che pure conferma questo quadro generale (8 milioni e mezzo di cittadini risiedono in Usl sprovviste di qualunque servizio psichiatrico), il 13,9% dei presidi istituiti risulta disporre di un insieme diversificato di servizi in grado di rispondere ai bisogni psichiatrici della popolazione, confermando quindi la validità della riforma quando vengano realizzate le strutture necessarie.

È questo che impedisce di riprendere a parlare di modifica della «180» imponendo invece di programmare, finanziare e realizzare quanto essa dispone e che il Piano sanitario nazionale, mai presentato, avrebbe dovuto definire. Su tali premesse si fonda il disegno di legge di iniziativa della Sinistra indipendente del Senato e di cui sono prima firmataria che anticipa quanto il Piano sanitario nazionale avrebbe dovuto disporre fin dal '79, proponendo l'attuazione urgente dei servizi che dovrebbero affluire al Dipartimento di Salute Mentale, nonché un programma di superamento degli attuali ospedali psichiatrici pubblici e convenzionati, dove sono tuttora ricoverate 40.000 persone, in uno stato di abbandono totale.

Anche alla luce dei fraintendimenti avvenuti negli ultimi anni, questa proposta - che si comincerà a discutere in commissione Sanità del Senato entro il prossimo mese - cerca di contemperare esigenze e diritti che spesso si presentano come antagonistici: quelli del malato di essere curato e quelli dei familiari nel far fronte ad un problema che la riforma psichiatrica non ha mai preteso di scaricare sulle loro spalle. Infatti, se spesso può risultare impossibile vivere con un disturbato psichico ed è abitualmente la famiglia il luogo in cui matura la patologia, ciò non significa che l'unica soluzione sia un letto d'ospedale.

Il modello operativo che dimostra la maggiore validità ed efficacia è un Dipartimento di salute mentale che garantisca il servizio 24 ore su 24, sette giorni su sette, che sia responsabile della popolazione di una determinata area, che si occupi di tutti i pazienti nei vari stadi della sofferenza, offrendo possibilità di assistenza a tempo pieno, ospitalità diurna e notturna, trattamento domiciliare e ambulatoriale, soluzioni residenziali di tipo terapeutico e/o assistenziale, supporti sociali ed economici in stretta integrazione con i servizi sociali. È questo il modello da noi proposto, modello caratterizzato da alti gradi di flessibilità dove le misure più efficaci nella crisi, nella prevenzione della cronicità, nella riabilitazione risultano quelle che passano attraverso una visione completa ed integrata dei bisogni del paziente.

Occorre ancora ricordare che, se prima del '78 in manicomio c'erano solo i «poveri» e la legge 180 è stata anche il risultato della denuncia di quella aberrante discriminazione, l'istituzione del Ssn ha alzato il livello delle esigenze e dei diritti dei cittadini ed è a questo livello - diventato universale - che non sono in grado di rispondere cultura, strumenti, modelli operativi in precedenza validi per pochi. Ciò significa però che, in assenza di un cambio di questa cultura e di questi strumenti, scelte regressive come il ritorno a forme più o meno mistificate di internamento riguarderebbero ora chiunque usufruiscia del Ssn, cioè la maggior parte della popolazione.

Quanto è necessario capire e far capire che allontanare una persona sofferente di disturbi psichici dalla famiglia non richiede degenze prolungate di carattere ospedaliero, ma bastano soluzioni residenziali di piccole dimensioni, alternative sia all'ospedale sia alla famiglia, con gradi di trattamento, cura, tutela e protezione adeguati a ciascuna situazione; dove esista un'alta concentrazione di assistenza, di capacità professionale e umana e dove l'intervento tecnico tenda a ridursi via via che si amplia la gamma di risposte alle variabili sociali, economiche ed esistenziali presenti nella malattia, sapendo comunque che la follia continua a porci e alle quali la psichiatria tradizionale non ha saputo dare risposta.

È questo il punto forte del nostro disegno di legge in cui si sono riconosciute molte associazioni di familiari di malati che con noi rifiutano che si continui a discutere di modifica della 180, discussione che ha portato finora solo a scaricare sulle loro spalle il problema, come se questo fosse il dettame della legge.