



1978-2008
trent'anni
dalla riforma
psichiatrica



Legge 180

più liberi
UN IMPEGNO
CHE CONTINUA

IL 13 MAGGIO DEL 1978

Il 13 maggio del 2008 la Riforma della Psichiatria, varata con la legge 180 nel 1978, compie trent'anni.

Si tratta di una scadenza di enorme valore.

Non solo perché la 180 ha cancellato l'impostazione repressiva della psichiatria ma per il contributo fondamentale che essa ha dato per lo sviluppo della democrazia e delle libertà nel nostro Paese.

E i fatti hanno dato ragione a quanti, come la CGIL, hanno sempre creduto nei suoi principi.

Ma non si deve dimenticare che è stata una riforma duramente contrastata.

Finalmente, chiudere i manicomi, puntando sull'assistenza territoriale, e dare soggettività a chi era trattato come un oggetto, sono diventati obbiettivi condivisi, non solo in Italia, ma dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Libro verde sulla salute mentale approvato dal Consiglio dell'Unione Europea nell'ottobre 2005.

Siamo convinti che il modo più giusto di celebrare la legge 180 sia continuare l'impegno per attuarla pienamente.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari

“Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari”, così inizia la legge 180, affermando dunque e innanzi tutto di voler interrompere secoli di abusi e di costrizioni nei confronti di migliaia di persone, private della libertà e della dignità e obbligate all'internamento nei manicomi.

La possibilità di trattamento sanitario obbligatorio, con precise garanzie di tutela della persona, è stata limitata solo ai momenti più acuti, quando c'è un rifiuto delle cure, e non vi sono altre possibilità di intervento.

Oggi i vecchi manicomi - nei quali vennero rinchiusi decine di migliaia di persone (al momento della riforma si contavano in Italia ottanta mila posti letto negli ospedali psichiatrici) - non ci sono più, ed è invece attiva una diffusa rete di servizi di salute mentale nell'ambito delle aziende sanitarie.

Nonostante la liberazione di decine di migliaia di internati nei manicomi, i delitti non sono aumentati, smentendo con l'evidenza scientifica dei fatti chi paventava, pur di contrastare la chiusura dei manicomi, un aumento della criminalità legata alla follia.

Così come la tendenza ad attribuire sempre alla follia efferati delitti, è spesso smentita dall'assenza di una malattia mentale in chi li ha commessi.

LE CRITICITÀ DOPO TRENTA ANNI

I diritti e la dignità di chi soffre di disturbi mentali sono oggi riconosciuti.

Eppure, anche dopo trenta anni, troppo spesso i principi sono rimasti sulla carta e il diritto alla salute mentale non è garantito su tutto il territorio nazionale. Anzi rimangono forti differenze fra le diverse regioni e all'interno di queste.

Persiste, diffuso, lo **stigma** sul disagio mentale, che produce discriminazioni e ostacola le stesse azioni per prevenire, riconoscere e trattare efficacemente i disturbi mentali.

Inoltre, alla de - istituzionalizzazione manicomiale si sta lentamente sostituendo, in parti del Paese, uno strisciante processo di **neoistituzionalizzazione**.

Istituti geriatrici, comunità con degenze pluriennali, residenze sanitarie assistite, cliniche, rappresentano sempre più luoghi contenitivi di cronicizzazione, con notevole impegno di risorse. Questo proliferare di cronicari, in maggioranza strutture private, spesso non integrate nel Dipartimento per la Salute Mentale dell'ASL, produce separatezza, spinge verso il mero contenimento piuttosto che tendere al recupero.

Dall'altro lato i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (**SPDC**) sono l'unica risposta all'acuzie.

E in questa tenaglia, dove le pratiche della contenzione sono ancora da superare, rischiano di essere chiuse le diverse e positive esperienze di risposte al disagio mentale nel contesto ambientale e sociale di chi soffre.

Gli stessi **Centri di Salute Mentale**, ormai ben radicati su tutto il territorio nazionale, tendono ad offrire risposte esclusivamente di tipo ambulatoriale tecnico, dalla psicofarmacologia alla psicoterapia.

Rischia così di innalzarsi una barriera di inaccessibilità ai servizi per chi soffre di gravi disturbi psichiatrici. E queste situazioni, se non affrontate, portano all'abbandono di chi soffre e delle loro famiglie.

Culturalmente assistiamo ad un ritorno della medicalizzazione, dove il **farmaco** rappresenta la risposta centrale, anziché di ausilio alla cura. Ogni anno escono sul mercato nuovi psicofarmaci venduti come efficace risposta a quel determinato disturbo psichico, salvo poi magari scoprire che l'unica novità è legata al loro aumentato costo.

E ancora, spesso sul piano dell'immagine, il disturbo mentale viene individuato - con una semplificazione brutale - come di origine genetica. Continuiamo infatti a leggere di "scoperte di geni" che causerebbero le malattie mentali, quando gli stessi genetisti riconoscono il fattore ambientale come determinante. Certamente rassicura di più credere di conoscere "precise" cause e poter risolvere la malattia mentale con una semplice miracolosa pillola, senza dover mettere in discussione la storia di quelle persone nel loro ambiente.

Eppure la multifattorialità della malattia mentale è ormai patrimonio largamente condiviso della comunità scientifica. Aspetti sociali, ambientali, individuali e familiari, psicologici e biologici, sono tra loro integrati nella genesi dei disturbi psichiatrici, ma non ancora per molti mass-media.

Così come, in questi anni, è mutato il **quadro epidemiologico**: anche per effetto di grandi trasformazioni sociali, economiche e culturali, che hanno prodotto nuove "determinanti" di disagio mentale e nuovi "soggetti" a rischio. Con una significativa diffusione del disagio psicologico, tra i giovani e gli anziani in particolare, fenomeno riconducibile in buona parte a determinanti sociali e di contesto ambientale e quindi alla "qualità del vivere" nella nostra società.

Infine non va dimenticato il nodo irrisolto del superamento degli **ospedali psichiatrici giudiziari** dove tra gli oltre 1200 internati, vi sono persone che rimangono rinchiusi solo perché fuori non hanno alternative.

Per queste ragioni, dopo trent'anni, c'è bisogno di continuare l'impegno per la realizzazione sul campo dei giusti principi della 180.

UN IMPEGNO CHE CONTINUA: ATTUARE LA 180

Visibilità ai successi

Si tratta in primo luogo di riconoscere e di dare visibilità alle tante esperienze positive, dove le *pratiche* hanno dimostrato che l'approccio più efficace per affrontare il disturbo mentale è quello globale, in cui il sanitario diventa un aspetto non esclusivo degli interventi e delle relazioni necessarie, dove la persona è soggetto che partecipa attivamente e non solo oggetto di cura, dove tutto si svolge nel territorio e non in luoghi separati. Dove il malato è una persona, un *cittadino* prima di tutto.

Salute e Prevenzione

La scommessa che dobbiamo vincere è legata alle ragioni profonde che ispirarono la 180 (e la stessa legge 833): l'idea della salute come *benessere* fisico, psichico e sociale, la salute come *diritto* del singolo e *interesse* della collettività; lo sguardo sulla malattia non solo attraverso le "lenti della clinica" ma - tanto più con il paradigma della cronicità - attento alle sue diverse e concomitanti cause. E tutto ciò avendo ben presenti le profonde mutazioni sociali che hanno trasformato il quadro epidemiologico in questi anni.

Di qui l'esigenza di investire ancora oggi nella **Prevenzione**, agendo sui determinanti di salute (la casa, il reddito, l'ambiente, il lavoro, il migrare, i ritmi e gli stili di vita, ...). Ma non basta limitarsi alle enunciazioni, bisogna precisare, già nella programmazione, obiettivi concreti di miglioramento degli indicatori di salute e di riduzione di morbosità e di mortalità, vincolanti per valutare gli interventi sociosanitari anche di prevenzione.

Interventi preventivi, miglioramento della qualità della vita delle persone affette da malattie psichiche mediante l'inclusione sociale e lavorativa e la tutela dei loro diritti e della loro dignità, nonché la promozione della ricerca in questo ambito, sono obiettivi ancora oggi tutti da perseguire.

La rete dei servizi nel territorio

Vanno attivate reti di sostegno sociale, soprattutto nei confronti delle persone più vulnerabili, da chi ha un basso stato sociale ed economico a chi è disoccupato o perde il lavoro, da chi è stato costretto ad emigrare a chi è emarginato, fino a chi si trova in uno stato di dipendenza da droghe ed alcol.

Rimane dunque del tutto attuale la realizzazione diffusa della rete dei servizi nel territorio; una rete sociale e sanitaria che accompagni anche la persona con gravi disturbi psichici verso la maggiore autonomia e qualità di vita possibile. C'è bisogno sempre di più di percorsi personalizzati dove i servizi sanitari e sociali abbiano la possibilità di intervenire utilizzando le risorse disponibili in modo flessibile. E c'è bisogno di garantire in modo particolare l'inserimento, la tutela e la conservazione del lavoro.

Proprio sulla rete dei servizi nel territorio si riscontrano i maggiori squilibri tra le diverse realtà regionali.

In questo senso la revisione straordinaria dei Livelli Essenziali di Assistenza, che riguarda anche quelli rivolti alla salute mentale (dalla prevenzione alla riabilitazione), è un'occasione offerta per ripensare la programmazione regionale e locale.

In primo luogo significa garantire la “**presa in carico**” delle persone e dei loro familiari, con **CSM**¹ accoglienti, integrati con gli altri servizi e con il territorio, capaci cioè di agire socialmente e in modo flessibile e, non da ultimo, di prevenire e ridurre il ricorso al TSO e al ricovero. Occorre in ogni caso che l'assistenza psichiatrica sia garantita, con le adeguate dotazioni organiche, 24 ore e per 7 giorni alla settimana non solo dai servizi ospedalieri.

Inoltre, significa anche garantire, con indicatori di offerta e standard precisi (intanto rispettando quelli fissati dai P.O. Salute Mentale), più assistenza domiciliare, più centri diurni e più integrazione fra sanitario e sociale.

Mentre **gli SPDC**² devono essere luoghi per le acuzie, in cui non sia praticata la contenzione. Perché ciò non sia solo petizione di principio, bisogna garantire spazi adeguati, il personale necessario, la formazione necessaria e un più stretto collegamento ai servizi territoriali nell'ambito del **DSM**³, per evitare rischiose separazioni che alimentano rischi di “psichiatriche parallele”.

Le Strutture residenziali vanno ripensate, e accreditate sulla base di standard e indicatori di qualità, che prevedano piccole dimensioni, le inseriscano davvero all'interno del territorio e le riportino dentro al progetto di assistenza del **DSM**.

Lavorare per la salute mentale

E' un lavoro delicato, complesso, affascinante e faticoso al tempo stesso. Le professionalità sono tante e lavorare in modo integrato, rispettando e valorizzando l'apporto professionale di ciascuno prima che la logica gerarchica, è fondamentale: vi sono medici, infermieri, psicologi, animatori, terapisti occupazionali, sociologi, tecnici della riabilitazione, educatori, assistenti sociali, operatori di assistenza, ausiliari, amministrativi, con le più diverse tipologie di rapporto, dai dipendenti di servizi pubblici ai soci di cooperative. Tutti le operatrici e gli operatori sono risorse preziose.

La qualità del lavoro è fortemente condizionata dalla carenza di organico e dai conseguenti sovraccarichi di orario e di lavoro e, soprattutto negli ultimi anni, dalla crescita del precariato. Servono non solo infermieri, ma anche animatori, educatori, tecnici della riabilitazione necessari per offrire risposte differenziate e complete. E serve stabilità e riconoscimento professionale.

Anche la crescita disordinata della presenza di soggetti privati e di cooperative sociali - avvenuta troppo spesso più per contenere la spesa pubblica che per riconoscere il valore aggiunto del privato sociale - segnala l'esigenza di ristabilire un governo del servizio pubblico, tramite il **DSM**, e il pieno rispetto degli standard e dei contratti di lavoro. Per questo vanno definiti accreditamenti rigorosi, secondo le indicazioni del “memorandum 2007 sul lavoro pubblico”, che sono utili anche per dare valore e riconoscimento al ruolo dei soggetti no profit.

Una enorme quantità e qualità di risorse può provenire anche dalla partecipazione attiva delle cittadine e dai cittadini utenti e familiari e dalla comunità civile.

¹ CSM = Centri di Salute Mentale

² SPDC = Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

³ DSM = Dipartimento di Salute Mentale (dell'Azienda Sanitaria Locale)

Anche l'organizzazione del lavoro in psichiatria è fondamentale per una risposta appropriata ai bisogni di salute mentale. Deve essere confermato e rinforzato il modello dipartimentale, ma non deve essere autoreferenziale e fortificato solo al suo interno, bensì integrato nelle attività socio-sanitarie dei distretti e del territorio, a partire dalla medicina generale.

Infine, per un lavoro di qualità, fondamentale è la **formazione**, oggi appannaggio di un sistema universitario avulso dai Dipartimenti di Salute Mentale, e fondato su uno storico approccio riduzionista, di tipo organicista - biologico, che si manifesta in diversi "reparti" universitari dove troppo spesso le pratiche sono assai lontane dall'impostazione della legge 180.

L'assistenza medica è certamente importante, ma senza un approccio globale, sia verso le singole persone che verso tutta la popolazione, è difficile portare avanti una promozione della salute mentale.

Le Famiglie le associazioni

Il rapporto fra psichiatria e familiari delle persone con disturbo mentale è stato a lungo segnato da stigma e pregiudizi, da colpevolizzazioni, sofferenza, vergogna e solitudini. La chiusura dei manicomi ha rotto questo schema e ha smascherato lo stigma ma ha anche aumentato la responsabilità assistenziale delle famiglie e il conflitto con gli operatori, tanto più se i servizi sono carenti.

Le associazioni dei familiari sorte in questi anni, al di là delle notevoli diversità che le contraddistinguono, hanno esigenze comuni, in primo luogo poter contare su servizi adeguati, accessibili, disponibili.

Da questo punto di vista si tratta di riconoscere che le persone con disagio mentale, i loro familiari e gli operatori sono necessariamente destinati ad un dialogo a tre voci senza il quale tutto è più difficile.

Ed in ogni caso la partecipazione attiva dei familiari e delle associazioni è una risorsa importante che va riconosciuta concretamente.

Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e salute mentale in Carcere

Il trasferimento della sanità penitenziaria al SSN, disposto finalmente dopo anni di attesa con l'ultima legge finanziaria e in corso d'opera con i decreti attuativi in questi giorni, è una conquista di civiltà.

Ora si tratta di organizzare il trasferimento in modo che ci sia la piena integrazione dell'assistenza in carcere nei servizi sanitari delle ASL e l'immediata acquisizione delle conoscenze sulle specificità epidemiologiche degli istituti di pena, quali sono senza dubbio i fenomeni di disagio mentale

Il trasferimento della sanità penitenziaria al SSN offre un'occasione anche per procedere con il definitivo superamento degli OPG. Sono i servizi territoriali di salute mentale che devono assicurare l'assistenza in carcere, anche per contrastare il ricorso all'OPG, e per meglio assicurare strumenti di reintegrazione sociale dentro e fuori dal carcere.

I finanziamenti

Per realizzare tutto questo servono **risorse sufficienti** per i servizi di salute mentale, con parità di investimenti rispetto agli altri settori della sanità.

Si tratta di completare - entro una data definita - il processo di dismissioni degli ex Ospedali Psichiatrici e il conseguente reinvestimento dei fondi, di indicare l'utilizzo delle risorse del Fondo Sanitario vincolate agli investimenti anche per riqualificare le strutture; ma bisogna soprattutto definire come strutturale per la spesa corrente l'assegnazione almeno del 5% dei Fondi Sanitari Regionali per la salute mentale, sapendo che oggi poche realtà raggiungono questa cifra.

Per rilanciare questi temi è importante l'attenzione che si è creata sulla scadenza del trentennale della legge 180.

Per quanto ci riguarda crediamo sia necessario aprire tavoli di confronto sull'attuazione della 180 in tutti i territori, con Regioni, Asl e Comuni. Ed è necessario farlo in collaborazione con la ricca rete di associazioni che in questi anni nel territorio ha contribuito, con una partecipazione critica, a dare concreta attuazione alla "riforma Basaglia".

Perché la 180 era e resta per tutti una conquista civile e un avanzamento della strategia dei diritti.

La CGIL, dopo trenta anni, continua il suo impegno per attuarla.

«dopo l'apertura dei padiglioni di Gorizia, nel 1963/64, tutti si aspettavano di vedere cose orribili. E non accadde nulla (...) le persone si comportavano correttamente, chiedevano cose molto giuste, volevano cibo migliore, possibilità di relazione uomo-donna, tempo libero, libertà per uscire, ecc., cose che uno psichiatra nemmeno immagina che il suo malato possa chiedere. Cominciammo a divulgare e a mostrare che era possibile gestire un manicomio in maniera differente. Tutto questo ci portò, implicitamente, a una riflessione di carattere politico: le classi oppresse erano internate e l'ospedale era un mezzo di controllo sociale da parte del potere.»
(Franco Basaglia - Conferenze brasiliane)