

La riforma italiana, in breve¹

1. Cosa dice la legge 180

La legislazione che ha riformato la salute mentale in Italia è costituita da un insieme di provvedimenti: una legge nazionale sui principi approvata il 13 maggio del 1978 (la cosiddetta “legge 180”) e 20 leggi regionali sui servizi e le politiche, in coerenza con il dettato costituzionale che riconosce alle Regioni larga autonomia nella pianificazione, gestione e amministrazione dei servizi sanitari. La legge nazionale non ha subito alcun cambiamento dalla sua approvazione, mentre tutte le leggi regionali hanno avuto numerose revisioni.

Questo in breve il contenuto della legge nazionale, che è costituita da quattro articoli (art. 33, 34, 35 e 64) della legge di riforma sanitaria n.833 approvata nel dicembre del 1978. Questi articoli hanno incorporato la legge 180.

Tre i punti chiave della legge.

a. Il divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici e di ricoverare nuovi pazienti in quelli già esistenti, che devono essere gradualmente superati e riutilizzati per altri scopi.

b. Il principio che le funzioni di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle persone con disturbi mentali devono essere di norma svolte dai servizi di salute mentale territoriali.

La legge istituisce inoltre, presso gli ospedali generali, i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), che possono avere non più di 15 letti ciascuno.

c. La disciplina del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

2. Il dispositivo del TSO

Come nel caso del TSO per altre malattie, che la legge disciplina all’articolo 33/833, il TSO per malattia mentale deve svolgersi “nel rispetto della dignità della persona e dei suoi diritti civili e politici, (...) e deve essere accompagnato da iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte della persona obbligata”.

Il TSO è richiesto da due medici, uno dei quali deve essere psichiatra.

E’ disposto dal sindaco o da un suo delegato.

E’ autorizzato dal giudice tutelare, che è anche responsabile della tutela giurisdizionale del TSO.

¹ Versione italiana della relazione introduttiva “The Italian Mental Health Law reform. Lessons learned” presentata al Second International Training Forum on Mental Health, Human Rights and Legislation organizzato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità a Ginevra il 10-12 novembre 2003

Il TSO può essere effettuato negli SPDC presso gli ospedali generali, presso i servizi di salute mentale.

Se il TSO si protrae oltre il settimo giorno e nel caso di ulteriori prolungamenti, lo psichiatra deve seguire la procedura indicata (sindaco e giudice) e deve spiegare per iscritto le ragioni del protrarsi dell'obbligazione.

Vorrei richiamare l'attenzione su due punti di questo dispositivo.

a. La ratio del TSO non è più la pericolosità della persona ma il fatto che ha bisogno di aiuto. Per usare le parole della legge, il TSO deve essere effettuato "se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e se gli stessi non vengano accettati dall'infermo" (art.34)

Questo ha alcune conseguenze importanti.

Il fatto che la persona malata di mente non accetti il trattamento psichiatrico non è più, di per sé, indicatore di pericolosità sociale.

Lo psichiatra non è più obbligato al controllo e alla repressione della pericolosità sociale.

Obbligare una persona malata di mente al trattamento significa tutelare i suoi diritti, non comprimerli.

b. Nella maggior parte delle legislazioni, anche in quelle delle democrazie occidentali che stabiliscono esplicitamente il rispetto dei diritti umani, la pericolosità sociale resta la ratio del trattamento coatto, il manicomio permane anche se limitato dal punto di vista quantitativo, e resta anche la legittimazione di forme di reclusione (porte chiuse, stanze di isolamento, contenzione fisica) dei cittadini malati di mente.

Questo tipo di legislazioni intendono proteggere i diritti dei malati di mente tramite forme di controllo e di limitazione dell'agire dello psichiatra, quali per esempio l'introduzione della distinzione fra trattamento coatto e somministrazione coatta dei farmaci, la supervisione delle tecniche di reclusione e di alcuni interventi quali la psicotomia.

Il legislatore italiano considera che queste forme di controllo sull'operato del medico non possono essere strumento efficace di salvaguardia dei diritti del malato fin tanto che la malattia mentale continua ad avere uno "statuto speciale", e fin tanto che lo psichiatra continua ad essere fatto carico del controllo e della repressione della pericolosità sociale.

Nel regime italiano, quest'ultima responsabilità resta interamente nelle mani della polizia e delle altre istituzioni della giustizia penale.

Ciò non impedisce, quando sia il caso, al servizio psichiatrico e alla polizia di intervenire insieme nella stessa situazione, ma ciascuno potere sulla base del proprio specifico mandato.

2. Un lungo periodo di gestazione

La riforma psichiatrica italiana ha avuto un lungo processo di gestazione.

Il movimento per la riforma è nato nella seconda metà degli anni '60, spinto e guidato dal lavoro di Franco Basaglia e di quella rete di esperienze di de-

istituzionalizzazione che hanno cominciato a creare sistemi di servizi comunitari prima della legge di riforma, utilizzando le risorse liberate dalla chiusura dei reparti di ospedale psichiatrico.

Nel 1968 l'Italia ha avuto una prima parziale riforma della legge, e dieci anni dopo il parlamento ha approvato la legge di cui parliamo, nel quadro della riforma del sistema sanitario nel suo complesso.

3. L'applicazione della riforma

Alcuni dati quantitativi possono dare l'idea del processo di riconversione delle istituzioni psichiatriche avvenuto in Italia negli ultimi venticinque anni.

Il superamento degli ospedali psichiatrici è stato conseguito assai gradualmente, specie nell'ultima fase.

Il processo è iniziato alla fine degli anni '60, quando più di 90 mila persone, su 55 milioni di abitanti, erano internate negli ospedali psichiatrici pubblici e privati.

Tra il 1971 e il '77 il numero degli internati è diminuito del 25%, e del 53% nel decennio successivo.

Infine, nel decennio '88 – '98 il numero di internati è sceso fino a 7.704 persone, in maggioranza internate in alcuni ospedali psichiatrici privati, che hanno opposto le maggiori resistenze alla chiusura e alla riconversione.

L'indagine del Ministero della sanità nel 2001 le strutture psichiatriche mostra che il processo di chiusura degli ospedali psichiatrici a quella data era concluso.

Anche l'obiettivo di creare un sistema di servizi di salute mentali comunitari è stato conseguito gradualmente.

L'indagine del 2001 evidenzia che, a livello nazionale, la disponibilità dei servizi di salute mentale comunitari è pari agli standard quantitativi fissati dal Ministero della Sanità in accordo con la Conferenza Stato-Regioni.

In particolare, il numero di centri di salute mentale, ambulatori e centri diurni è leggermente più alto (1.98) rispetto dello standard nazionale (1 per 150.000 abitanti).

Anche la disponibilità di strutture residenziali, ovvero letti non ospedalieri sia per ex pazienti di ospedale psichiatrico che per pazienti nuovi, è leggermente al di sopra dello standard nazionale: ci sono 2.96 letti a fronte di uno standard fissato a un minimo di 1 a un massimo di 2 letti 10.000 abitanti.

Invece il numero complessivo di letti in ospedale generale è leggermente al di sotto: meno di un letto (0.92) a fronte di uno standard di 1 per 10.000 abitanti.

Da questi dati di base possiamo concludere che in Italia si è compiuto il ciclo dell'innovazione dei servizi di salute mentale, con il completo riorientamento in senso comunitario del sistema delle istituzioni psichiatriche pubbliche e con la sostanziale riconversione della spesa per gli ospedali psichiatrici.

4. Il processo di cambiamento

4.1. I principi della riforma “tradotti” dalle politiche regionali

Tra regione e regione vi sono differenze, talvolta assai significative, nella disponibilità di servizi, nella loro varietà e tipologia, nella quantità e tipo di personale e nel numero di ore di apertura.

Occorre sottolineare che queste differenze non sono esclusive né tipiche del sistema della salute mentale: esse in gran parte riflettono differenze, storicamente radicate nell'economia e nella società, tra le regioni del Nord e del Centro, più ricche in termini di reddito pro capite e di disponibilità di servizi pubblici, e quelle del Sud, più povere e con un sistema pubblico meno sviluppato.

Fin dalle prime fasi della riforma questo è stato un problema centrale: ad esempio, le regioni del Nord e del Centro hanno approvato le legislazioni regionali di applicazione entro i primi due anni della riforma, mentre nel Sud sono stati necessari 5-6 anni per passare da disposizioni che regolavano la transizione a vere e proprie leggi regionali di programmazione e attuazione dei nuovi servizi.

Se si osservano i dati delle diverse indagini ministeriali che hanno seguito l'applicazione della riforma, si vede che le differenze tra le regioni nella implementazione dei servizi comunitari si sono sensibilmente ridotte nella seconda metà degli anni '90.

Ciò va posto in relazione al fatto che, negli anni tra il '94 e il '98, sono state per la prima volta messe in atto a livello nazionale, con provvedimenti sia del governo (Ministero della Sanità) che del parlamento, interventi finalizzati a promuovere l'applicazione della riforma e ad armonizzare le differenze tra le regioni.

Questo processo sembra essersi interrotto a partire dal 2001, in coincidenza con la riforma della Costituzione che ha riconosciuto alle Regioni maggiori autonomie, in vista di una trasformazione dello Stato in senso federalista.

Questa maggiore autonomia ha rafforzato, specie in alcune regioni, processi di privatizzazione di settori importanti dei servizi sanitari, che stanno rompendo nei fatti la cornice e la cultura del sistema sanitario nazionale.

Fuori da questo quadro in cui è stata concepita, sarà molto difficile l'applicazione della riforma psichiatrica nella sua sostanza, che è quella di fornire servizi di salute mentale comunitari, accessibili a tutti nel proprio luogo di vita e rispettosi dei diritti e dei bisogni delle persone che li usano. Potranno dunque venire grandi pericoli per la riforma psichiatrica da queste tendenze alla privatizzazione che l'Italia come molti altri paesi sta vivendo, coperte dietro la necessità di contenere o ridurre la spesa pubblica.

4.2. I principi della riforma “interpretati” dagli amministratori sanitari e dai dirigenti dei servizi di salute mentale

Diverse ricerche, che qui per ragioni di tempo non è possibile analizzare, hanno messo in evidenza differenze significative, all'interno delle regioni, anche tra aree contigue o tra zone della stessa città, sia nei processi di superamento degli ospedali psichiatrici che nella qualità dei servizi offerti.

Alcune di queste ricerche hanno analizzato i processi di de-istituzionalizzazione attraverso indicatori quali la presenza di programmi di riabilitazione

individualizzati, il coinvolgimento delle famiglie e della comunità, i progetti per l'inserimento sociale dei pazienti, dall'abitare al lavoro.

Altre ricerche hanno analizzato la qualità dei servizi attraverso indicatori quali la varietà nell'offerta di strutture e nella tipologia di personale, la continuità terapeutica, la collaborazione con le famiglie, il numero di trattamenti involontari, l'uso di mezzi di contenzione e la chiusura delle porte, la disponibilità di risorse per l'inserimento sociale degli utenti, per la ricerca, per l'aggiornamento del personale.

Non è possibile qui, per ragioni di tempo, analizzare le differenze riscontrate e i diversi risultati corrispondenti, né è possibile presentare i modelli innovativi che in Italia sono nati sia per quanto riguarda i servizi (ad esempio il centro di salute mentale aperto 24/24 ore con posti letto) che per quanto riguarda i metodi di inserimento sociale (es. le imprese sociali) delle persone con disturbi mentali anche gravi.

Queste differenze sono oggi, insieme, un problema e una ricchezza, come è stato efficacemente sottolineato dalla conferenza nazionale che la UNASAM, la rete che raccoglie la maggioranza delle associazioni di familiari, ha tenuto a Roma il 24 novembre 2004. Gli organizzatori hanno scelto di presentare e analizzare, per ogni regione, un esempio di buona pratica, chiedendo agli psichiatri, agli amministratori e al governo come mai queste buone pratiche si riscontrano in alcuni luoghi e non in altri, che pure appartengono allo stesso paese e magari alla stessa regione.

4.3. Il consenso verso la riforma

Questo esempio consente una ulteriore osservazione.

Quando è stata approvata, la riforma psichiatrica era sostanzialmente un patrimonio del movimento che l'aveva promossa. Ma le cose sono cambiate: nel 2001 un parlamentare che fa parte del partito del primo ministro ha presentato un disegno di legge nettamente orientato a ripristinare gli ospedali psichiatrici e il concetto di pericolosità del malato di mente. Le reazioni delle associazioni professionali (e tra queste della sezione italiana della World Psychiatric Association), della gran parte delle associazioni di familiari, delle associazioni utenti, del mondo associativo, di esperti e di opinion leaders, e anche di membri autorevoli dei partiti di governo sono state così negative che il disegno di legge, finora, non è andato in discussione in parlamento.

Questo non smentisce le osservazioni fatte prima sulle differenze nella applicazione della riforma, ma indica un dato importante, che il nuovo quadro di principi oggi è ampiamente accettato.

4.4. Riforme fatte e altre da fare

Un ultimo punto è necessario citare per comporre un quadro valutativo della riforma.

La legge che ha cambiato l'assetto dei principi in tema di salute mentale ha promosso nuove riforme legislative e nuove regolamentazioni che riguardano le persone con disturbi mentali. Tra le prime, la legge quadro sulla disabilità, la legge sulle "cooperative sociali", le disposizioni in materia di lavoro e di abitare

delle persone con disabilità. La più recente è la riforma degli articoli del codice civile che disciplinano l'incapacità, approvata nell'ottobre 2004 dai due rami del parlamento.

Molti altri problemi rimangono però da affrontare.

Il principale è rappresentato dalla persistenza di sei ospedali psichiatrici giudiziari, dove sono internate quasi mille persone, imputate o condannate, riconosciute malate di mente. Questi ospedali, che sono diretti da uno psichiatra e hanno anche infermieri psichiatrici tra il personale, sono inseriti nel sistema carcerario, mentre l'incapacità rimane definita da alcuni articoli del codice penale degli anni '30.

Sedici sentenze della Corte Costituzionale hanno parzialmente corretto questi articoli, nelle parti più esplicitamente contraddittorie con i principi della riforma psichiatrica, ma una riforma sostanziale, che in questi anni di vita della riforma è stata più volte promossa, non è ad oggi nell'agenda del parlamento italiano.

Un commento finale.

Probabilmente questa presentazione non è riuscita a comunicare la complessità dei processi che la riforma psichiatrica ha messo in moto.

La scelta del parlamento italiano di rompere radicalmente con l'ideologia della pericolosità sociale del malato di mente ha provocato molte reazioni negative all'inizio, e più tardi la ricerca dei modi per far andare le cose come prima, a dispetto dei nuovi principi.

Ma la riforma ha anche aiutato il moltiplicarsi e diffondersi di pratiche nuove, che dimostrano che i diritti umani, la dignità e la cittadinanza delle persone con disturbi mentali possono essere prese sul serio da un sistema pubblico di salute.

Una mia amica, che dirige una associazione di utenti a Torino, usa dire "io sarò matta, ma di certo non sono matta quando dico che le cose in psichiatria possono cambiare. Io l'ho visto che è possibile".