

Note al d.d.l. sen. Dirindin e altri *Disposizioni in materia di salute mentale volte all'attuazione e allo sviluppo dei principi di cui alla l. 13 maggio 1978, n. 180*

Luigi Benevelli

La legge 180/78, le sue finalità e i suoi assetti organizzativi hanno trovato la loro piena collocazione nell'impianto della legge 833/78 istitutiva del Servizio sanitario nazionale (Ssn); al riguardo ritengo che l'assistenza psichiatrica pubblica italiana debba continuare a riconoscersi negli assetti e nel destino del Ssn e che si debba evitare anche solo di evocare uno *status* a sé per la psichiatria pubblica anche perché questo aprirebbe lo spazio al ritorno a quelle "legislazioni speciali" psichiatriche che abbiamo conosciuto e che sopravvivono e vigono nella gran parte del mondo.

[Il d.d.l. a prima firma Dirindin](#), riprende formalmente le questioni evidenziate dal Rapporto della commissione senatoriale di inchiesta sull'efficienza e l'efficacia del Servizio sanitario nazionale (febbraio 2013), ma è soprattutto la *summa* puntuale dei contenuti delle importanti battaglie e delle forti iniziative messe in campo dal Forum salute mentale sin dalla sua costituzione nell'autunno 2003; sullo sfondo la complessa vicenda delle esperienze italiane di de-istituzionalizzazione psichiatrica nel loro intrecciarsi a livello:

- Costituzionale (Corte costituzionale), istituzionale (Parlamento, Governo, Comitato Nazionale per la Bioetica, Conferenza Unificata Stato-Regioni-Città-Autonomie) , normativo¹, programmatorio,
- amministrativo-gestionale (rapporti fra Stato, Regioni, Comuni, Aziende sanitarie)
- dei modelli di organizzazione dei servizi sanitari e sociali, dei modi di fare salute, e salute mentale nello specifico
- del protagonismo dell'associazionismo delle famiglie, in particolare, essendo quello degli utenti dei servizi decisamente più marginale in Italia
- dei saperi della bio-medicina, della psicologia, dell'antropologia medica
- continentale, in particolare il Parlamento Europeo e l'Ufficio Europeo dell'OMS
- mondiale (ONU, OMS).

La relazione di presentazione del d.d.l., assai chiara e ricca, documenta il modo con cui la politica ha governato l'assistenza psichiatrica pubblica a livello nazionale, regionale e locale a partire dal 1979, denuncia in modo forte e appassionato un disinvestimento che dura da anni, e giustifica la scelta del disegno di legge con la necessità e l'urgenza di contrastare, bloccare tendenze al degrado e all'abbandono in atto nei Dipartimenti di salute mentale italiani, per rilanciare l'assistenza psichiatrica pubblica, promuoverne la funzione in tutta la penisola. È riproposta l'introduzione dei LEA nel lavoro per la salute mentale e l'assistenza sociale, già presentata a Roma nel 2011 dal Centro "Franco Basaglia" e dalla Fondazione "Angelo Celli".

¹ Segnalo in particolare le radicali modifiche apportate al Codice Civile, grazie soprattutto all'elaborazione e all'opera del prof. Paolo Cendon.

Assai importante, innovativa e aggiornata è la trattazione del diritto alla salute nelle Carceri, della natura e delle funzioni delle REMS, dopo la avvenuta chiusura degli Opg.

Di seguito alcune osservazioni:

1. Per la comprensione della grave situazione in cui versa l'intero sistema di sicurezza sociale italiano, a me pare importante particolarmente utile il punto di vista "locale", "dal basso" perché è assai eloquente e dà indicazioni sul dove mettere mano per correggere, raddrizzare la drammatica deriva in corso nei servizi alla persona. Se ne parla esplicitamente agli inizi della relazione che accompagna il d.d.l.², ma poi nell'articolato si dettano norme che calerebbero anch'esse "dall'alto" (Ministero, Regioni) al "basso" (locale, Comuni). Per spiegarmi, cito l'introduzione al rapporto su una esperienza a più voci, cui sto partecipando, in corso nella mia città, di innovazione nella gestione dei servizi alla persona³:

La realtà dei sistemi locali di welfare denuncia una frammentazione molto spinta come indicano la scarsa comunicazione dei servizi tra loro e tra i diversi livelli istituzionali, la parcellizzazione delle competenze, la mancanza di veri e propri luoghi di monitoraggio, verifica e coordinamento delle politiche sociali. Frammentazione che si rende fenomeno autonomo anche rispetto alla disomogeneità di impostazione delle politiche regionali. Verso di essa devono dunque convergere gli sforzi per migliorare la situazione.

I ripetuti interventi nell'articolazione delle relazioni tra le istituzioni esperiti nell'ultimo ventennio (ad es. la legge Bassanini del 1997, la riforma del titolo V° Cost. del 2000, sino al riassetto del sistema sanitario regionale [lombardo]) non hanno determinato crescita di coesione tra le strutture pubbliche.

In particolare, l'esperienza introdotta con la legge quadro 328 del 2000 "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che ha riformato il sistema dei servizi di assistenza sociale con la promozione dei «Piani di Zona», dopo una fase iniziale di euforia, ha progressivamente perso slancio. La stessa idea di pianificazione delle politiche è, di fatto, scomparsa.

Salvo eccezioni, la "macchina del welfare" si mostra ripiegata nella reazione al contingente e - pertanto- in affanno. Il vertice statale, ma più in generale i diversi livelli di governo, non sembrano in grado di rapportarsi ai sistemi locali di attuazione, i quali nascondono il disorientamento nell'adeguamento passivo al minimo livello di compartecipazione, storditi dal flusso delle disposizioni sopravvenienti, quasi indifferenti alla perdita generale di efficacia degli interventi. A questa situazione molto ha concorso la politica finanziaria pubblica, orientata schizofrenicamente a ridurre la spesa con la puntualizzazione continua e minuziosa di norme puramente contenitive senza attenzione alle logiche di miglioramento dell'espletazione dei servizi.

È in grado la proposta del d.d.l. Dirindin, calata in un sistema così conflittuale, inceppato, a compartimenti stagni di essere efficace rapidamente, come si propone di essere? È possibile una ragionevole risistemazione dei sistemi di benessere sociale così malridotti a livello locale, ovunque? Da dove partire?

A me pare che bisognerebbe da subito ridurre le dimensioni delle attuali maxi-aziende sanitarie, ospedaliere e non, riportandole agli ambiti delle Province: ancora più dopo la

² Vi si sottolinea la novità introdotta nell'ordinamento di un "sistema di assistenza reticolare su base territoriale [...] fondamento per la struttura amministrativa dei Dipartimenti di salute mentale, quali pilastri organizzativi dell'assistenza psichiatrica e quindi di un ambito assai rilevante nel sistema di *Welfare* italiano"

³ AA.VV, *La lunga strada per un nuovo welfare locale: una piccola esperienza*, (in corso di pubblicazione)

bocciatura il 4 dicembre 2016 della proposta di Riforma costituzionale. Si tratta soprattutto, a mio avviso, di restituire ai Sindaci il ruolo di autorità sanitaria locale (art. 13), loro assegnato dalla legge 833/78., un ruolo che nelle attuali Aziende ha finito coll'essere pressocchè annullato, col risultato che nessuno svolge nemmeno la funzione di mettere insieme la conoscenza di quanto servizi, cittadini, volontariato fanno, situazione per situazione, quali ne siano i caratteri e le cause, nonché di monitorare l'esito degli interventi. Nel tempo, al posto dei sindaci, comunque democraticamente eletti dalle popolazioni, ha messo radici una classe di funzionari che rispondono a chi li ha nominati (le giunte regionali) ma non al potere politico-amministrativo locale, alle articolazioni delle comunità locali.

2. Manca anche nella stessa relazione di accompagnamento al d.d.l. un richiamo, a mio avviso dovuto, all'urgenza della riforma del Codice Rocco in tema di imputabilità, diritto al processo per pazienti con diagnosi psichiatrica autori di reato. È uno nodo politico culturale ostico, assai difficile da sciogliere, come ci ha dimostrato il recente dibattito parlamentare in occasione della discussione sulle *Modifiche al codice penale e al codice di procedura penale per il rafforzamento delle garanzie difensive e la durata ragionevole dei processi nonché all'ordinamento penitenziario per l'effettività rieducativa della pena* quando le ragioni e le acquisizioni dell'esperienza dei servizi di salute mentale sono state sostanzialmente ignorate dai parlamentari della Commissione Giustizia, dai dirigenti del DAP, da parti consistenti della Magistratura⁴. La sen. Mussini, presentatrice dell'emendamento che ha riproposto l'equiparazione fra REMS e Opg (e con lei, mi pare, l'insieme della Commissione Giustizia) si è posta, del tutto legittimamente, tutta dentro il Codice Penale vigente e quindi ha continuato ad argomentare di cura, custodia, misura di sicurezza, pericolosità, come se non fosse accaduto niente in Italia a partire dalla 180 fino al lavoro della Commissione Marino e ai suoi esiti. Tutto questo ci mostra quanto profonde siano le radici messe dal lavoro di Cesare Lombroso e dei suoi allievi a costruire e imporre nei Codici e nel senso comune, in nome della difesa della nazione dai "degenerati", lo stereotipo del reo folle. Auspico quindi che gli studiosi del Diritto penale vicini a Stopopg prendano in mano l'iniziativa per la riforma del Codice in tema di imputabilità, pericolosità, infermità ecc., i testi di Vinci Grossi e Franco Corleone, con una nuova, aggiornata presentazione.
3. Per quanto riguarda il sistema formativo dei professionisti che operano nella salute mentale il ddl sceglie ancora una delega *tout court* all'Università, e sappiamo quanto diffusi e quali siano non solo i limiti degli approcci scientifici prevalenti, ma i pre-giudizi e i giudizi liquidatori nei confronti dell'insieme dell'esperienza italiana nel campo della salute mentale
4. Mi riconosco pienamente nei valori politici, costituzionali, professionali che ispirano il d.d.l. Dirindin. Sapendo della forza e degli argomenti di chi si oppone ad essi (ultimo esempio è la polemica sull'uso dell'ECT in quel di Brunico), credo che sia importante, decisivo, dimostrare che il lavoro di presa in carico, a livello locale, fa star meglio le persone e le famiglie, promuove la rete delle relazioni sociali e informali, contiene i costi (riducendo il grande ricorso alla cosiddetta residenzialità "protetta" che oggi assorbe troppa parte della spesa psichiatrica pubblica), eleva la qualità delle relazioni e delle responsabilità delle persone nelle relazioni sociali. Qui credo sia tempo che si vada a formalizzare, validare un sistema condiviso di valutazione degli esiti dei trattamenti, anche a distanza di 5- 10 anni e oltre,

⁴ Francesco Schiaffo a proposito dell'art. 1, co.16 lett. d) della c.d. "riforma Orlando", ha parlato del "raccapricciante acting out di un legislatore schizofrenico", F. Schiaffo, *Psicopatologia della legislazione per il superamento degli OPG*, «Diritto penale contemporaneo», 21 giugno 2017.

rispetto alla qualità della vita quotidiana delle persone utenti del DSM, per “misurare”, “pesare” il lavoro dei DSM stessi e consentire l’attivazione di un sistema premiale, magari affidandone il compito all’Istituto Superiore di Sanità

5. Un d.d.l. di queste ambizioni non può ignorare il tema della tutela della salute mentale dei migranti, una sfida che mette in discussione le culture scientifiche e professionali “atlantiche”, soprattutto dopo che il Ministero della Salute ha licenziato il 22 marzo scorso, a conclusione di un lavoro di due anni e mezzo, le *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*⁵.

Concludendo, va evitato che, anche in ragione dello stigma che continua ad accompagnare i suoi utenti e i suoi servizi, quello dell’assistenza psichiatrica pubblica italiana ridiventi un mondo separato: la sua forza, il suo prestigio stanno nell’essere cresciuto dentro il Servizio sanitario nazionale, frutto della più grande riforma mai varata nella nostra Repubblica.

Mantova, 19 luglio 2017

⁵ v. Luigi Benevelli, *Note di commento* alle Linee guida del Ministero della Salute per il trattamento dei disturbi mentali delle persone Richiedenti e Titolari di Protezione internazionale e umanitaria (RTP), 22 marzo 2017, «Forum salute mentale», giugno 2017.