

Dalla legge 180 alla Seconda Conferenza Nazionale per la Salute Mentale: considerazioni critiche

Renato Ventura¹

10 Ottobre 2021

Le numerose e fondate sollecitazioni che sono state espresse nella Conferenza del luglio 2021 mettono in luce, tra l'altro, una serie di questioni aperte riguardo l'applicazione della legge 180 e la possibilità di ampliare i diritti delle persone affette da disturbo mentale e migliorare i servizi psichiatrici.

Viene sostanzialmente sottaciuto e non esplicitato il problema di fondo rappresentato dalla collocazione del disturbo mentale nell'ambito di una espressione di un "malfunzionamento" di strutture cerebrali e/o di alterazione o peculiarità di "funzionamento" psicologico della mente e del determinismo sociale delle sue manifestazioni.

Si tratta di malattia o di un problema che concerne le relazioni umane e la società?

È ovviamente difficile ancora oggi dare delle risposte a questo problema di fondo. Tuttavia credo che sia imprescindibile, per individuare possibili risposte organizzative di tipo sanitario e/o socio-assistenziali, operare delle scelte circa la definizione e l'approccio che si vuole dare al problema del disturbo: mentale: collocare tale disturbo in un'ottica di tipo medico- sanitario o psicologico o socio-relazionale?

Non è il caso di ripercorrere la storia della psichiatria con le note polemiche e incertezze riguardo allo statuto epistemologico della psichiatria e ai risvolti politici che sono sottesi alle scelte di politica sanitaria nel campo della Salute Mentale (SM): si veda in proposito Foucault.

Ma, seppure in forma apparentemente diversa e attualizzata, gli stessi problemi rappresentati dalla delega al potere medico della devianza, la tendenza a ghettizzare e emarginare il "diverso", la grande rilevanza degli aspetti economici (la tendenza a escludere gli "scarti" sociali non produttivi, la maggiore vulnerabilità ai disturbi psichiatrici delle fasce sociali più deboli e la loro assenza di potere contrattuale nel poter gestire il loro problema di salute e benessere mentale, ecc.) sono tuttora di stretta attualità e non sostanzialmente diversi di quelli della fine dell'800 e primi del '900.

Ne, mi pare, che l'attuale legislazione nazionale e regionale, abbia dato completa e convincente risposta, al problema della SM e della "malattia" mentale. Le virgolette indicano ovviamente il peculiare utilizzo di tale termine che viene qui utilizzato per indicare la vasta area dei disturbi mentali gravi (sostanzialmente le psicosi) che vengono assimilate, e pertanto trattate, come patologie della mente e diventano pertanto "malattie

¹ *Psichiatra, neurologo, psicoanalista (socio SPI e membro IPA), consulente medico legale in materia psichiatrica presso il Tribunale di Milano. Ha svolto attività come neurologo presso l'Ospedale San Carlo Borromeo e negli ultimi dieci anni è stato responsabile di una comunità terapeutica psichiatrica a media protezione e di un centro diurno per pazienti psichiatrici. Attualmente è presidente di La Tartavela ODV (Associazione di familiari e volontari per la salute mentale).*

mentali” nella comune e persistente nosografia psichiatrica ispirata ed ancorata ad antiche categorie diagnostiche storicamente ben definite e di stampo tardo ottocentesco. Per alcuni versi (esplosione delle terapie psicofarmacologiche) sembra che alcuni problemi, relativi a un approccio al disturbo mentale e alla devianza, si siano aggravati! La legge 180, con il suo sostanziale “imprinting” socio-sanitario e la creazione di una organizzazione dedicata alla cura e prevenzione del disturbo mentale ancorata, nonostante tutto e necessariamente, tenuto conto delle conoscenze dell’epoca, a una concezione di tali disturbi come espressione di una non conformità a una pretesa “normalità” del funzionamento psicosociale di impronta e derivazione ottocentesca e kraepeliniana (si vedano le numerose e universalmente adottate definizioni che di tali disturbi da il DSM e l’ICD), ha avvalorato e reso possibile un intervento applicativo che ha comportato la creazione di reparti psichiatrici (SPDC) riservati a persone affette da disturbo mentale, strutture ambulatoriali (CSM) del pari riservate a tali disturbi e strutture intermedie (Centri Diurni, CD e Comunità Terapeutiche, CT) che avrebbero dovuto avere bensì finalità riabilitative e risocializzanti ma che, per varie ragioni - non ultime, nel caso delle comunità terapeutiche, gli interessi economici non sempre trasparenti, quando affidate a cooperative o al privato - che nel tempo si sono rivelate antiterapeutiche, emarginanti, ghetizzanti e cronicizzanti.

Ovviamente questa è una critica generale dell’impianto normativo e organizzativo e non mette in discussione singole realtà operative che bene hanno operato né le buone intenzioni che singoli operatori o strutture mettono nel loro difficile lavoro.

Pertanto si tratta di correttamente inquadrare le politiche sanitarie e del welfare avendo presente quali sono le premesse di ordine metodologico e i punti di arrivo delle eventuali proposte riformatrici.

Ci sono 2 dati di fatto indiscutibili: la tendenza a sostituire l’istituzionalizzazione manicomiale con strutture residenziali cronicizzanti, la tendenza sempre più estesa al trattamento psicofarmacologico dei disturbi mentali più gravi. Per la verità anche i cosiddetti disturbi emotivi comuni tendono spesso essere trattati con terapie psicofarmacologiche, quando vengono gestiti dallo psichiatra.

Innegabile è anche il fatto che i servizi di salute mentale sono gestiti dagli psichiatri all’interno dell’organizzazione sanitaria.

Questo modello (sanitario) innegabilmente ha rappresentato un progresso rispetto negli ospizi, e successivamente ai manicomi, ove venivano ricoverate le persone affette da disturbo mentale.

La legge 180, incorporata nella 833, nel 1978, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale ha rappresentato indubbiamente un enorme progresso in quanto inseriva il trattamento e la gestione dei disturbi psichiatrici all’interno del sistema sanitario nazionale e nel contempo istituiva l’organizzazione territoriale dei servizi psichiatrici che doveva farsi carico dei pazienti affetti da disturbo mentale in chiave preventiva e curativa.

Dopo 40 anni dalla legge 180 è però evidente che tale organizzazione tende a perpetuare, anche se involontariamente, lo stigma in quanto assegna al trattamento dei disturbi mentali un percorso tendenzialmente riservato a strutture non pienamente inserite nel contesto prettamente sanitario (CSM e SPDC) e con caratteristiche peculiari rispetto agli altri reparti ospedalieri. Anche le c.d. “strutture intermedie” (CD e CT), cioè i luoghi nei quali destinare le persone disturbate e disturbanti in un’ottica riabilitativa e risocializzante, che appare in realtà utopistica e che riproduce logiche emarginanti e

ghettizzanti e che spesso si risolvono in ricoveri prolungati con perdita dei rapporti con i familiari e il tessuto sociale del territorio di provenienza, rispondono alla logica della separatezza dalle strutture propriamente sanitarie, pur avendo caratterizzazioni sanitarie (presenza di infermiere, dello psichiatra, ecc.).

L'utopia è pensare che per il solo fatto di essere inseriti in un tessuto comunitario le persone, che spesso fanno del loro isolamento il modo di essere e di difendersi dai loro fantasmi persecutori, possano costruire legami significativi e superare la loro persecutorietà e l'autismo che domina e caratterizza, difensivamente, il loro declinarsi sociale e affettivo.

Appare evidente, a distanza di 40 anni dalla 180, che allora, ma forse non poteva essere diversamente, non fu compiuta una scelta di fondo: il disturbo (la "malattia") mentale rientra, al pari di altre patologie, nel novero delle alterazioni che devono essere trattate dai medici (con l'"aggiunta" di psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, riabilitatori) o è altra cosa di una patologia somatica e allora deve essere affrontata primariamente con strumenti e ottiche sociologiche e psicologiche?

Oggi viene spesso, anche se timidamente, proposta l'alternativa della c.d. "residenzialità leggera". Potrebbe essere una soluzione per soggetti con problemi di mancanza di autonomia abitativa e con necessità di essere supportati. Una interessante pubblicazione dedicata all'abitare supportato (FrancoAngeli editore) ha per titolo "Educare leggermente" e dà indicazioni operative per correttamente assistere in strutture residenziali "leggere" (appartamenti protetti) persone che necessitano di assistenza per l'abitare.

Appare però sempre più dilatato il ricorso alle terapie psicofarmacologiche (in particolare con l'utilizzo degli antipsicotici) con grossi dubbi - oltre che pesanti conseguenze per la gravosità degli effetti collaterali che riducono le aspettative di vita di 15 - 20 anni (!) - riguardo alle loro reali possibilità di dare una risposta terapeutica al disturbo mentale.

In realtà molto spesso si limitano al controllo sintomatologico, fondamentalmente basato sulla sedazione. Quand'anche, come con gli antidepressivi e gli ansiolitici, si riesca a controllare il disturbo, tale controllo produce molto spesso una tendenza alla dipendenza e alla assuefazione con grossi problemi, anche con questa tipologia di farmaci, riguardo gli effetti collaterali.

Appare pertanto inevitabile un ripensamento riguardo al modo di intendere il disturbo mentale: malattia o disagio in vario modo declinato a livello delle relazioni interpersonali e dei comportamenti accettati socialmente? Da tale divergente interpretazione del disturbo dipende di conseguenza, il modo di rispondere a tale disagio privilegiando un modello biologico centrato su un'interpretazione fondamentalmente ottocentesca del disturbo mentale, inteso come malattia delle strutture cerebrali, un tempo attribuite a lesioni non ancora rilevabili con i mezzi a disposizione, oggi interpretante con sofisticate indagini a livello neurorecettoriale che sostanzialmente ci riportano all'interpretazione organicista di tali disturbi ai quali si dà pertanto una risposta di tipo psico-neuro-farmacologica.

A questa visione si contrappone ovviamente la psichiatria che privilegia un'interpretazione sociologica dei disturbi mentali. La psichiatria sociale nasce nel 1904 con Ilberg. Non è pertanto nata ieri.

Non deve però sfuggire che anche tale interpretazione dei disturbi mentali, nonostante sia sostenuta dagli studi pionieristici di Hollinghead e Readlich, di Maxwell Jones in

Inghilterra sulle comunità terapeutiche, dall'antipsichiatria di Cooper e in Italia dalle più recenti interpretazioni dei fenomeni psicosociali di Basaglia, Rotelli e dalla corrente neo o post-basagliana di psichiatria democratica, in fondo rischia di riprodurre o riproporre (con più sofisticate teorizzazioni) l'ottocentesca visione della persona affetta da disturbo mentale come "deviante" rispetto alla società.

Tali rapide citazioni servono solo a indicare ai non cultori della materia che ci sono illuminanti e ancora non del tutto esplorate aree del sapere psichiatrico che possono (devono) essere ancora valorizzate. Si pensi solo al "Mito della malattia mentale" del 1974, di Thomas Szasz che conserva intatta la sua forza dirompente riguardo un concetto della psichiatria fondato sulla pretesa natura organica (biologica) dei disturbi mentali e sullo "Stato Terapeutico" che vorrebbe, con un diffuso e capillare welfare, farsi carico in modo totalizzante della vita delle persone. Una sorta di "Grande Fratello" orwelliano.

Peraltro l'idea suggestiva dell'"inclusione" come risposta alla esclusione e alla auto-esclusione sociale si scontra con la dura realtà dei fatti.

La persona con disturbo mentale grave (lo psicotico) viene emarginato e tende a isolarsi per la forza stessa del disturbo che lo porta a cercare di allontanarsi da situazioni avvertite come pericolose (l'interazione con gli altri). Nello stesso tempo gli altri colgono con paura o disagio il comportamento incongruo e si difendono dal pericolo (reale o immaginario) di un contatto con una condizione che mette in crisi le abituali difese nei confronti dell'ignoto e dell'estraneo in quanto potenzialmente destabilizzante delle nostre sicurezze. E' ovviamente una descrizione assai semplificata delle dinamiche psicologiche in gioco ma che può spiegare la difficoltà di superare lo stigma e di affrontare il disturbo mentale semplicisticamente promuovendo il suo inserimento sociale con interventi di tipo educativo, abilitativi/riabilitativi o adattando il suo "humus" sociale alle sue necessità.

In realtà in quest' ultima prospettiva molto c'è da fare e da proporre.

I tempi sono maturi per operare forme di superamento dello stigma e di accettazione sociale di persone "diverse". Penso agli omosessuali, un tempo considerati malati psichiatrici, penso alle persone disabili che hanno ottenuto piena cittadinanza dei loro diritti, penso alla (contrastata) integrazione degli emigranti...

Si tratta di dare piena dignità alla singolarità, alla individualità, alle peculiarità proprie di ogni persona seppure talora divergenti o in contrasto con la c.d. "normalità" comunemente intesa come adeguamento a norme e convenzioni.

Ma allora le persone che si discostano dal sentire comune o che, addirittura, violano le leggi, come vanno gestite in una società aperta e "inclusiva"? Difficile rispondere. Su queste questioni le visioni politiche divergono e si scontrano.

Ma come persone interessate alla Salute Mentale dobbiamo trovare la nostra collocazione e tentare una risposta, seppure incerta, incompleta, dubitativa.

Personalmente ritengo che possa essere messa in campo l'importante e forse decisiva componente interpretativa psicologica e psicopatologica che si dimostra spesso in grado di dare ragione dei comportamenti devianti e della sofferenza delle persone affette da disturbi psichici.

Non si tratta di privilegiare questa o quella scuola benché vi siano modelli interpretativi più o meno validati nell'esperienza psicoterapeutica.

Anche l'interpretazione psicodinamica del disturbo psicotico ha apportato notevoli progressi nel trattamento di tali disturbi. Certo tali trattamenti hanno costi e necessità operative che difficilmente si conciliano con il servizio pubblico.

L'interessante è sempre attuale definizione di tali disturbi come bio-psico-sociali come da modello di Engels (1977) può essere tuttavia fuorviante in quanto, pur rappresentando un modo di uscire dall'*impasse* costituito dalla difficoltà di definire la natura dei disturbi mentali, tuttavia può rappresentare un modo accattivante e "politicamente" (inteso in senso di scelta di fondo riguardo alla gestione di un problema) non impegnativo e non divisivo di intendere il disturbo mentale.

E' fondamentale a tale modello che si ispirano le strutture psichiatriche che, con l'enfasi che viene dato alla multiprofessionalità e multidisciplinarietà, spesso in verità solo sulla carta, dell'*équipes* psichiatriche territoriali, ritengono di rispondere alla multifattorialità delle cause del disturbo mentale e delle sue conseguenze a livello sociale, con un approccio che riunisca competenze diverse.

Con l'integrazione dei saperi e delle competenze si tenta infatti di rispondere alla complessità del disturbo mentale, quando è grave e compromette il funzionamento psicosociale della persona nei vari livelli: l'abitare, il lavoro, le autonomie, le relazioni affettive e sociali...

In realtà è possibile che un allargamento della visione eccessiva, seppur forse non infondata, delle cause del disturbo mentale e delle sue conseguenze, rischi di trascurare una gerarchizzazione dei fattori in gioco nel provocare il disturbo.

Un altro rischio è quello di una infantilizzazione della persona che, con una c.d. "presa in carico" globale dei suoi problemi da parte dell'*équipe* psichiatrica in modo totalizzante, rischia di perdere la sua identità e di essere inglobato dalle pratiche terapeutiche-riabilitative e reso dipendente dai servizi.

Molto è stato scritto - e si cerca, nelle situazioni più avanzate, di applicare e rendere effettivamente fruibili, i concetti e le pratiche che ne favoriscano la presa di coscienza da parte degli utenti (brutto termine che si può sostituire con persone) – circa l'*empowerment*, l'*advocacy*, l'inclusione sociale, la contrattazione del trattamento, il supporto tra pari, riconosciuto come vero e proprio impegno lavorativo e da retribuire, ecc.; ma molti sono termini *passerpartout* e di moda e rischiano di rimanere prive di un contenuto applicabile nelle attuali circostanze politico-amministrative.

Il budget di salute può invece rappresentare una concreta e percorribile proposta per dare alle persone affette da disturbo mentale la possibilità di autonomamente trovare la soluzione più adatta ai loro bisogni, che si tratti di una assistenza domiciliare, di una residenzialità supportata, di un soggiorno in una comunità residenziale, di una psicoterapia o di un supporto di tipo psicoeducativo o riabilitativo per inserirsi o reinserirsi nel mondo del lavoro e nella società.

Strettamente connesso al budget di salute è lo smantellamento delle strutture residenziali o la loro eventuale riconversione in strutture "leggere".

Il budget di salute verrebbe finanziato con le risorse ora destinate a tali strutture (si calcola circa il 70% del bilancio per la salute mentale).

Si tratterebbe di invertire la tendenza medicalizzante del trattamento psicofarmacologico e cronicizzante delle strutture residenziali utilizzando come "leva" l'uso del budget di salute come risorsa per fornire alla persona le risorse necessarie per affrontare i suoi disturbi (mentali) avendo la libertà di scegliere il percorso: psichiatra o psicologo,

ricovero o residenzialità supportata (al proprio domicilio o in un appartamento protetto), rivolgendosi a strutture pubbliche o private...

Forse è utopia in quanto le risorse (sempre scarse) verosimilmente dovranno essere gestite in accordo e con la supervisione delle strutture pubbliche. Si spera che almeno il “paziente” e i suoi famigliari possano avere voce in capitolo sulle scelte e il percorso terapeutico.

In proposito non vedrei male un “garante” terzo che possa rappresentare la terzietà della valutazione. Certamente però non deve essere, come previsto nell’ultimo documento della Regione Lombardia (si veda il Piano Regionale per la SM 2004 – 2012) un *case manager* interno all’équipe curante e pertanto, di necessità, espressione di una pratica autoreferenziale nella gestione del disturbo mentale.