

CAPITOLO

1

**LA VIA ITALIANA
AL CAMBIAMENTO
NELLA CURA
ALLE PERSONE CON
PROBLEMI DI
SALUTE MENTALE**

a cura di Giovanna Del Giudice

ABSTRACT

Il capitolo analizza l'evoluzione della cura delle persone con problemi di salute mentale in Italia, evidenziando la specificità della cosiddetta "via italiana" al cambiamento. Dopo una panoramica sull'assistenza psichiatrica nel secondo dopoguerra, vengono illustrate le principali tappe del superamento dell'ospedale psichiatrico, a partire dalla legge 180 del 1978, e lo sviluppo dei servizi territoriali. Si approfondisce inoltre la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e la costruzione della rete dei servizi di salute mentale. Infine, viene descritta la situazione attuale, considerando cultura professionale, stili operativi e modalità organizzative, offrendo uno sguardo complessivo sull'evoluzione, le criticità e le sfide contemporanee della psichiatria italiana.

1. Premessa

L'Italia ha una storia importante e unica al mondo nell'assistenza alle persone con disagio e disturbo mentale. Storia collettiva, complessa e conflittuale che ha ampliato nel nostro paese gli spazi della democrazia, con l'entrata a pieno titolo nella cittadinanza di persone prima escluse dal contratto sociale, in attuazione dell'Art.3 della Costituzione¹.

A partire dagli anni Sessanta del secolo scorso, grazie all'impegno di tecnici e politici "innovatori"², ha preso avvio in Italia un processo di messa in discussione e di rovesciamento dei paradigmi scientifici, legislativi, amministrativi, organizzativi, culturali e di potere costituiti intorno all'oggetto della psichiatria e alle istituzioni deputate: la malattia e la pericolosità ad essa connessa. Tale processo ha portato a riconoscere come centro dell'agire psichiatrico "l'esistenza sofferente in rapporto con il corpo sociale" (Rotelli 1988). È stato un processo di messa in discussione del paradigma biologico-medico e del rapporto lineare causa-effetto alla base della follia, per riconoscere e mettere al centro la complessità del soggetto, la sua biografia, soggettività ed unicità. È stato un avvicinamento alla sofferenza non più letta come oggetto da indagare, catalogare o controllare, separandola dal corpo individuale e sociale, ma come rappresentazione di un disagio esistenziale e di contraddizioni sociali da prendere in carico nella loro globalità, restituendo al soggetto opportunità, possibilità, ruoli e scambi multipli. È stato, inoltre, il passaggio da un circuito di assistenza fondato sull'ospedale psichiatrico, "l'istituzione negata"³, sostenuto e legittimato dalla legge del 1904 e dalla psichiatria biomedica, alla legge di riforma del 1978, alla chiusura dei

¹ Art.3: Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese.

² Si utilizza il termine innovatore nell'accezione proposta da Sergio Piro nel Forum Salute Mentale del 2003, nel senso di "anticipatori" del processo di riforma della psichiatria.

³ Si fa riferimento al libro a cura di Basaglia F. 1968, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, ed. Nuovo Politecnico, Einaudi. Il libro riceve nel 1969 il premio Viareggio per la saggistica, che viene devoluto da Basaglia e il suo gruppo al sostegno della comunità terapeutica goriziana.

manicomi e alla costruzione di una rete territoriale di “istituzioni inventate”⁴: i Centri di Salute Mentale aperti ed attraversati dalla comunità.

L'Italia, fin dal 1973, è punto di riferimento per l'Organizzazione Mondiale della Sanità per la cura delle persone con problemi di salute mentale.

Va però sottolineato che solo in alcune parti del paese tale processo – di deistituzionalizzazione – si è sviluppato pienamente, sostenuto da culture e pratiche di smontaggio e rovesciamento dei paradigmi fondanti il manicomio e la scienza psichiatrica. In altre situazioni si è trattato soltanto di un processo di deospedalizzazione⁵ o di transistituzionalizzazione⁶, che, lasciando immutato l'oggetto della psichiatria, i paradigmi e i dispositivi costituiti intorno alla malattia-pericolosità, ha trasferito nei servizi della riforma culture, organizzazioni, pratiche e stili operativi manicomiali. Tuttavia, la cultura e la pratica della deistituzionalizzazione hanno attraversato molte aree del paese, contaminando altri saperi e altri soggetti, andando oltre gli steccati disciplinari e coinvolgendo in maniera diffusa familiari di persone con esperienza di sofferenza mentale, cittadini/e, intellettuali, artisti, politici, studenti, associazioni e cooperative. È stato un nuovo modo di intendere e vivere i rapporti sociali, le relazioni tra soggetto e collettivo, tra individuale e sociale, tra soggetto e istituzione; un modo di guardare e confrontarsi con la diversità, contrastando il processo che la trasforma in disuguaglianza sociale. È stata l'affermazione concreta dell'universalità dei diritti. È stato un nuovo umanesimo.

2. L'assistenza psichiatrica in Italia dopo la seconda guerra mondiale

Dopo la fine della seconda guerra mondiale, mentre in Europa, in particolare in Inghilterra e in Francia, a partire dalla presa in cura dei militari tornati dal fronte, prendono avvio esperienze di cambiamento nell'assistenza alle persone

⁴ Istituzioni inventate “sull'oggetto esistenza sofferente in rapporto con il corpo sociale che entrino a pieno titolo nel territorio delle ingegnerie sociali come motori di socialità e produttori di senso, e siano a tutto spessore interferenti con la vita quotidiana, le quotidiane oppressioni, momenti di riproduzione sociale possibile, produttori di ricchezza, di scambi multipli e perciò terapeutici”. in Rotelli F., 2021, *Quale psichiatria?* ed. Alinea Verlag, 24

⁵ La deospedalizzazione è la diminuzione dei posti letto ospedalieri, la dimissione dei ricoverati dagli ospedali psichiatrici. La deospedalizzazione lascia immutato il paradigma dell'internamento, i suoi dispositivi amministrativi e legislativi.

⁶ La transistituzionalizzazione è il passaggio dei ricoverati/e da un'istituzione totale ad un'altra. La transistituzionalizzazione non intacca la logica istituzionale.

con disturbo mentale, specificatamente quella della “comunità terapeutica”⁷ in Inghilterra e del “settore”⁸ in Francia, in Italia il contesto della psichiatria rimane caratterizzato da profonda arretratezza: l’orientamento scientifico della maggioranza degli accademici e degli psichiatri è biologico organicista. L’assistenza psichiatrica è normata dalla Legge 36 del 1904 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati” che definendo “pericolose per sé e per gli altri e di pubblico scandalo” le persone con disturbo mentale prevede il loro ricovero nei manicomi. Sulla pericolosità del malato di mente, si organizzano l’architettura, gli spazi e l’arredo, le modalità di lavoro e le regole del manicomio. Alla psichiatria è riconosciuta la funzione di controllo sociale, più che di cura, i manicomi sono luoghi di custodia e segregazione. Il ricovero dei pazienti è coatto e, dopo 30 giorni di internamento, la persona perde i diritti civili e politici e viene iscritta nel casellario giudiziario. Le condizioni di vita e di lavoro nel manicomio sono gravemente degradate. Le terapie somatiche di shock – insulिनico, cardiazolico, acetilcolिनico e principalmente elettrico – messe a punto nei paesi europei di regime nazi-fascista⁹, producono agli internati sofferenze e danni gravi fino alla morte; la contenzione meccanica e l’isolamento sono routinari.

La psicologia, abolita dagli studi di medicina nel 1923 dal Ministro Gentile del governo fascista e la psicoanalisi, introdotta in Italia da Edoardo Weiss, non trovano spazio di diffusione: ogni studio che non si fonda su basi organiche continua ad essere squalificato come non scientifico.

L’introduzione nel 1954 degli psicofarmaci sembra portare speranze di cambiamento nella cura delle persone con malattia mentale. Nei comprensori manicomiali cominciano ad operare reparti “aperti” dove vengono ricoverati, in regime mutualistico, pazienti con patologie subacute, mentre si avviano le prime esperienze di attività ludiche, occupazionali e artistiche per gruppi di ricoverati.

⁷ La comunità terapeutica, creata da Maxwell Jones nel 1952, si fonda sulla responsabilizzazione dei pazienti nella gestione dell’istituzione; tende verso un’organizzazione di messa in crisi delle gerarchie e di rapporti paritari tra utenti e operatori, utilizza come strumento principe l’assemblea.

⁸ La psichiatria di settore è caratterizzata da servizi territoriali per la cura delle persone con disturbo mentale. Tale organizzazione prevede presidi esterni come luoghi di presa in carico della domanda di cura e l’ospedale psichiatrico come luogo di ricovero, lasciando quindi immutato il circuito manicomiale.

⁹ In Austria nel 1933 viene scoperto lo shock insulिनico, nel 1935 quello cardiazolico, e nel 1937 quello acetilcolिनico. La lobotomia è introdotta da Moniz, psichiatra portoghese, nel 1935 e modificata nella tecnica nel 1938 dall’italiano Berti. Nel 1938 l’introduzione da parte di Ugo Cerletti dell’elettroshock.

Ma, nonostante l'introduzione degli psicofarmaci e le innovazioni introdotte, permanendo il paradigma biologico medico, la cultura della pericolosità, della incomprensibilità e non curabilità del malato di mente, la qualità dell'internamento non muta.

Il numero dei ricoverati nei manicomi italiani nel 1960 raggiunge le 154 mila unità, a conferma del fatto che il processo di dimissione dell'ospedale psichiatrico non è tanto influenzato dalla terapia psicofarmacologica, ma è sempre significativamente collegato al ciclo dell'economia, come peraltro gli studi successivi di follow-up hanno attestato¹⁰.

3. Esperienze di superamento dell'ospedale psichiatrico e di avvio del lavoro nel territorio

La consapevolezza diffusa delle condizioni di degrado dell'internamento nei manicomi italiani, del sovraffollamento e dell'arretratezza dei sistemi di cura fanno crescere da più parti la necessità di promuovere un cambiamento.

In alcune città italiane, psichiatri innovatori, chiamati da politici innovatori – presidenti di Provincia o assessori alle politiche sociali¹¹ – avviano modalità operative volte alla trasformazione dell'assistenza psichiatrica e di denuncia della violenza della psichiatria. Ci riferiamo prioritariamente all'esperienza di: Sergio Piro al Materdomini di Nocera Superiore (Sa) dal 1959, Franco Basaglia a Gorizia dal 1961, Edoardo Balduzzi a Varese dal '64, Carlo Manuali a Perugia dal '65, Eugenio Borgna a Novara dal '67, Giovanni Jervis a Reggio Emilia dal '69 e poi di Agostino Pirella ad Arezzo (1971), Franco Basaglia a Trieste (1971), Antonio Slavich a Ferrara (1972), Lucio Schittar a Pordenone (1972). Esperienze diverse, a volte in contrasto sulle strategie da adottare, che trovano un fronte comune importante nell'impegno per il superamento della Legge 36 del 1904 e nel riconoscimento della necessità di una riforma del sistema sanitario nazionale.

In questo clima di innovazione e di importanti esperienze di cambiamento, che trovano nel movimento del Sessantotto nuova forza e alleanze (nella classe operaia, nel movimento studentesco e in quello di liberazione delle donne) nel marzo 1968 il Governo italiano guidato da Aldo Moro (Ministro della sanità Luigi Mariotti) emana la Legge 431 "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica",

¹⁰ Warner R., 1991, *Schizofrenia e guarigione*, ed. Feltrinelli,

¹¹ I manicomi e l'assistenza agli "alienati" afferiscono alle Province e quindi al Ministero degli Interni fino al 1981.

che introduce importanti modifiche alla legge del 1904. Si introduce il ricovero volontario, riconoscendo la persona con disturbo mentale non totalizzata nella malattia, mantenendo una qualche capacità di intendere e/o di volere; viene abolita l'iscrizione del ricovero in ospedale psichiatrico nel casellario giudiziario; si limita il numero dei ricoverati in ogni istituto fino a 625, suddivisi in sezioni con un massimo di 125 internati/e; si definiscono i requisiti del personale di assistenza; sono istituiti i Centri di Igiene Mentale (CIM) nel territorio.

Agli inizi degli anni '70, negli 83 ospedali psichiatrici pubblici erano internati più di 100.000 uomini e donne, per lo più coatti e privi dei diritti civili e politici. Le condizioni di internamento erano violente, e dure erano anche le condizioni di lavoro degli infermieri, a cui veniva demandata la custodia e il controllo degli internati, al fine di garantire ordine, disciplina e prevenire gli "incidenti". La comunità scientifica italiana e internazionale attribuisce a Franco Basaglia¹², attraverso il suo percorso teorico e pratico, in qualità di direttore

¹²Franco Basaglia nasce a Venezia l'11 marzo del 1924 in una benestante famiglia borghese. Dopo il liceo classico intraprende gli studi di medicina all'Università degli Studi di Padova. Nel '44 è detenuto per sei mesi nel carcere di Venezia per attività antifasciste: questa esperienza segna in maniera profonda la sua vita. Dopo la laurea frequenta la Clinica di malattie nervose e mentali diretta dal professor Giovanni Battista Belloni, di chiaro indirizzo organicista. Nel 1958 prende la libera docenza, ma non considerato adatto all'Accademia per la sua formazione fenomenologica esistenziale, viene "esiliato" dal prof. Belloni nel 1961 nel manicomio di Gorizia. Nell'impatto con il manicomio, lo assale un "lezzo infernale" (Basaglia 1979) che lo rimporta all'esperienza nel carcere di Venezia, ma questa volta egli è dalla parte dei carcerieri. Di fronte al divario tra "il rigoroso livello delle dissertazioni scientifiche e la realtà a cui tali dissertazioni si riferiscono: il malato mentale, così come si presenta, dopo anni di ospedalizzazione" (Basaglia 1964) Basaglia sceglie di non essere complice di quella distruzione dell'uomo, rifiuta di porre tra se e il manicomio la distanza di un sapere, accetta di affrontare il rischio del reale: "mette tra parentesi la malattia" per ricercare e 'incontrare' l'esistenza sofferente dei soggetti oltre le "incrostazioni istituzionali" (Basaglia 1967). Da avvio quindi ad un processo di trasformazione dell'istituzione a partire dall'esperienza della comunità terapeutica di Maxwell Jones. Ma già nel '64 si rende conto e dichiara che il manicomio, come luogo di istituzionalizzazione, non può essere riformato, deve essere distrutto. Nel 1969, impedito dalla giunta provinciale di uscire oltre le mura, lascia Gorizia. Dopo sei mesi come *visiting professor* in uno dei *Community Mental Health Centers* di New York, ritornato in Italia, prende nel 1970 la direzione dell'ospedale psichiatrico di Colorno, chiamato dall'assessore alle Politiche Sociali della Provincia di Parma, Mario Tommasini, ma impedito dalla giunta di sinistra nel progetto di chiusura del manicomio, nel 1971 accetta la direzione dell'ospedale psichiatrico provinciale di Trieste, chiamato dal giovane presidente della Provincia moroteo Michele Zanetti. A Trieste Basaglia, e il suo gruppo di lavoro – la maggior parte giovani medici appena laureati e non contaminati dalla psichiatria manicomiale – opera per la decostruzione dell'ospedale psichiatrico e per l'apertura di una rete di servizi di salute mentale territoriali sostitutivi del manicomio. Nel novembre 1979, Basaglia

degli ospedali psichiatrici provinciali – prima a Gorizia, poi a Colorno e infine a Trieste dal 1971 al 1979 – il merito di aver avviato il processo di deistituzionalizzazione della psichiatria e del manicomio, che ha portato, nel 1978, all’approvazione in Italia della legge di riforma dell’assistenza psichiatrica.

Il lavoro di decostruzione e smontaggio della cultura e pratica segregante e violenta del manicomio, delle gerarchie, delle regole e dispositivi anche amministrativi, portato avanti dal 1971 a Trieste da Franco Basaglia ha preso avvio dalla restituzione alle e agli internati dei diritti civili e politici, prima negati dall’internamento, e insieme di libertà, storia, voce, relazioni, scambi, proprietà, reddito, lavoro.

Furono avviate pratiche di presa in carico e di cura delle persone internate nel rispetto della loro dignità e insieme si attuarono azioni articolate e complesse per rispondere ai bisogni di reddito delle persone (sussidi, pensioni di invalidità o di lavoro). Nel dicembre del 1972 fu costituita la prima cooperativa di lavoro di ex internati, a partire dalle squadre dei lavoratori dell’ergoterapia, segnando la fine dello sfruttamento e il riconoscimento del diritto al lavoro. L’ospedale psichiatrico, aperto alla città, fu gradualmente chiuso con le dimissioni dei lungodegenti: pochi tornarono a casa, mentre la maggior parte andò a vivere in gruppi di convivenza, supportati dagli operatori – anch’essi “liberati” dai reparti – in case nella città o nel comprensorio ospedaliero. Le residenze del direttore e dell’economista costituirono i primi gruppi di convivenza all’interno del manicomio in trasformazione. Contemporaneamente, si operò per interrompere la cosiddetta “carriera morale”¹³ delle persone che dalla città erano ricoverate nell’ospedale, interrompendo il passaggio dei ricoverati dai reparti di accettazione ai reparti di degenza e il percorso di istituzionalizzazione e cronicizzazione.

Nel territorio provinciale, dal 1975 al 1977, furono aperti sette Centri di Salute Mentale (CSM) capaci di farsi carico delle persone dimesse dall’ospedale psichiatrico, ma anche della domanda di salute mentale del territorio, contrastando i ricoveri nell’ospedale, nell’ottica di divenire a questo sostitutivi.

lascia la direzione dell’ospedale di Trieste, che viene assunta da Franco Rotelli, e va a Roma come consulente per i servizi psichiatrici della Regione Lazio. Il 29 agosto del 1980 Franco Basaglia muore nella sua casa a Venezia.

¹³ Termine è utilizzato da Erving Goffman in *Asylums. Le istituzioni totali; i meccanismi dell’esclusione e della violenza* (ed Einaudi 1968) intendendo “una sorte di filo conduttore – di carattere sociale – seguito nel ciclo dell’intera vita di una persona” che ha a che fare non solo con l’immagine che ognuno ha di sé ma anche “con la posizione ufficiale, la figura giuridica, lo stile di vita e fa parte di un complesso istituzionale che proviene dall’esterno”.

Il 13 maggio del 1978, quattro giorni dopo il ritrovamento del cadavere di Aldo Moro a Roma in via Caetani, il governo italiano – Ministra della salute Tina Anselmi – emana la Legge 180/78 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”. La legge prevede che gli accertamenti e i trattamenti siano volontari, e che il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) è considerato residuale: applicato solo nei casi in cui la persona soffre di un disturbo mentale severo, richiede urgenti interventi terapeutici, non aderisce al trattamento e sono fallite tutte le iniziative adottate dal CSM per garantire la cura volontaria. Il TSO, proposto da due medici, è emanato dal Sindaco e ratificato dal Giudice Tutelare. Anche nella condizione di trattamento obbligatorio la persona rimane titolare di diritti civili e politici, può comunicare con chi ritiene, può opporsi, attraverso un legale, al TSO. La nuova legge prevede, inoltre, che nessuno possa essere ricoverato in ospedale psichiatrico per la prima volta e, dopo due anni dalla sua emanazione, viene bloccato per chiunque il ricovero in ospedale psichiatrico. È vietata la costruzione di nuovi istituti psichiatrici e viene istituita una rete di servizi di salute mentale territoriali, in grado di garantire prevenzione, cura e riabilitazione. Negli ospedali generali sono istituiti i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), con un massimo di 15 posti letto (successivamente aumentati a 16) per i ricoveri volontari e obbligatori. La pericolosità cessa di essere un attributo della malattia mentale. La psichiatria entra nella medicina.

Va ricordato, inoltre, che la Legge 180/78 è una legge quadro, priva di stanziamenti, emanata sotto la pressione di un referendum promosso dai radicali per l’abolizione della Legge 36/1904. Saranno i Progetti Obiettivi Salute Mentale del 1994-96 e del 1998-2000 a definire il modello organizzativo dei servizi della salute mentale.

Il primo ospedale psichiatrico si chiude a Trieste nel marzo del 1980 e tutti gli ospedali psichiatrici chiudono entro il 1999: da allora l’Italia è un paese senza manicomi.

4. La chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari

Nel 2017 sono stati chiusi in Italia i sei Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), istituti inaccettabili ed incongrui sia per legislazione sia per organizzazione. Non luoghi, tra il carcere e il manicomio, dove venivano ricoverate le persone con disturbo mentale autrici di reato, giudicate, attraverso perizia, “totalmente incapaci di intendere e di volere” al momento del fatto-reato e “pericolose socialmente”. Gli internati, totalizzati nella malattia, cessavano di essere titolari di responsabilità e diritti. Gli OPG furono definiti dal Presidente della Repubblica

Giorgio Napolitano, nel suo messaggio di Capodanno del 2011 “autentico orrore, indegno di un paese appena civile”. Nel 2010 negli OPG erano internate 1400 persone.

Il processo di chiusura prende avvio, nell’ambito delle azioni e degli interventi legislativi promossi dalla Commissione parlamentare d’inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Sistema Sanitario Nazionale, presieduta dal senatore Ignazio Marino, a seguito dell’intervento nel 2008, presso il Governo italiano, del Consiglio d’Europa sullo stato in cui versano gli OPG.

È la Legge 9 nel 2012 a dare avvio al processo legislativo per la chiusura degli istituti: definisce la data di chiusura al 2013 e istituisce le Residenze per le misurazioni di sicurezza (REMS), strutture sanitarie afferenti al DSM per l’accoglienza di persone con problemi di salute mentale autrici di reato totalmente incapaci di “intendere e volere” e pericolose socialmente. Dopo due proroghe della data di chiusura, è la Legge 81 del 2014 “Disposizioni urgenti per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari” a concludere l’iter legislativo. La Legge, sebbene proroghi per la terza volta la chiusura degli OPG portandola al 1 aprile 2015, apporta significative modifiche alla Legge 9/12: sposta il focus dalle strutture – le REMS – ai soggetti autori di reato che devono, entro 45 giorni dal loro ingresso in REMS, divenire titolari di un progetto terapeutico individuale alternativo all’internamento, elaborato dai CSM di riferimento.

La legge prevede che la misura di sicurezza detentiva (MS) va considerata come l’ultima opzione e che i giudici, anche di sorveglianza, devono favorire le misure alternative all’internamento. Inoltre, stabilisce che la MS non può essere superiore agli anni della pena corrispondente al reato e che la pericolosità sociale non può essere riconosciuta o confermata sulla base della mancata presa in carico delle persone da parte del servizio pubblico o delle condizioni economiche del soggetto: condizioni ambedue che, negli OPG, avevano determinato, attraverso continue proroghe della MS, i cosiddetti “ergastoli bianchi”. La legge infine istituisce presso il Ministero della Salute un organismo di coordinamento per il monitoraggio degli interventi di superamento degli OPG.

5. La rete dei servizi della salute mentale territoriali

L’organizzazione dei servizi della salute mentale, così come si presenta oggi nel territorio nazionale, fa riferimento alla Legge 180/1978, recepita dalla Legge 833/1978 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, ai Progetti obiettivo salute mentale del 1994-96 e del 1998-2000 e, più recentemente, alla Legge 81/2014.

La salute mentale è garantita dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM), inteso come l'insieme dei servizi, degli operatori e delle risorse che, in un territorio definito, si fa carico della domanda di salute mentale di una comunità. Il DSM assicura le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e integrazione sociale, compresa la risposta all'urgenza/emergenza e garantisce l'unitarietà della programmazione e della gestione, in modo da fornire alle persone risposte omogenee, in qualunque punto del sistema. Il DSM tutela la presa in carico della popolazione, con particolare attenzione alle persone con problemi severi di salute mentale, con minor potere contrattuale e a rischio di esclusione sociale.

Si riportano i servizi del DSM, le loro funzioni e l'organizzazione a cui dovrebbero tendere, già sperimentate da quasi cinquant'anni in varie aree del paese:

- Centro di Salute Mentale (CSM): è il punto di accesso al sistema della salute mentale di comunità in un territorio definito. È un servizio aperto e attraversato dalla comunità, di prossimità¹⁴, collocato vicino ai luoghi di vita delle persone, responsabile della salute mentale di un territorio e non solo dei pazienti designati. È un servizio a bassa soglia, aperto 7 giorni a settimana per almeno 12 ore al giorno, ma anche fino a 24 ore con posti letto per l'accoglienza diurna/notturna¹⁵. Il CSM opera, attraverso un'equipe multidisciplinare, in integrazione con gli altri servizi sociali e sanitari del territorio, con l'associazionismo, la cooperazione sociale, i gruppi informali, le parrocchie, le scuole. Si fa carico della persona con sofferenza, storicizzata e relazionata, nella sua globalità e concretezza di bisogni, riferiti all'abitare, al reddito, alla formazione, al lavoro, all'affettività e alle relazioni, attraverso la formulazione di un progetto personalizzato di presa in carico e cura. Il progetto è attivato in maniera partecipata con la persona, i suoi familiari e, nelle situazioni più complesse, in co-progettazione e cogestione con il Terzo Settore. Il CSM opera nei contesti di vita della persona, a domicilio, nei luoghi di lavoro e di socialità, nel territorio e nelle sue istituzioni, garantendo interventi precoci, continuità terapeutica, risposta alle situazioni di emergenza/urgenza, promuovendo adesione e partecipazione delle persone con disagio mentale alla cura. Il CSM è regista e responsabile di tutto il processo

¹⁴ Il CSM si considera di norma di prossimità se opera su un territorio fino a 80mila abitanti.

¹⁵ I CSM H24 con posti letto al momento attuale sono attivi nella Regione FVG e in alcune ASL della Campania. È il dispositivo che meglio sembra rispondere, a tuttora, ai bisogni di cura di una popolazione e che viene richiesto dai familiari e dalle persone con problemi di salute mentale. Sono in via di sperimentazione e di attivazione CSM H24 a Rosario nella Provincia di Santa Fe (Argentina) e in Inghilterra.

di cura della persona, anche quando questa si colloca temporaneamente in altri servizi del DSM o del territorio SPDC, Strutture residenziali, Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza, carcere, ospedale, residenze per anziani. Lavora con i familiari promuovendo l'associazionismo e i gruppi di auto aiuto e l'associazionismo e il protagonismo delle persone con problemi di salute mentale. Svolge funzione di day hospital, promuove attività di socializzazione, culturali, di inserimento sociale e lavorativo.

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): è collocato all'interno di un ospedale generale e si fa carico delle persone con sofferenza mentale che necessitano di ricovero in ambiente ospedaliero. È dotato di un numero di posti letto non superiore a 16, pur in presenza di alcune differenze regionali o locali. Opera in stretta connessione con gli altri servizi del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e, in particolare, con il Centro di Salute Mentale (CSM) di riferimento della persona ricoverata. Svolge attività di consulenza nei reparti ospedalieri, prevalentemente per le situazioni di urgenza. Lo SPDC deve tendere a operare con le porte aperte, assicurando il rispetto dei diritti delle persone ricoverate e il non ricorso a strumenti e pratiche coercitive, come è assicurato, al 2025, nei 15 SPDC *no-restraint* – su un totale di 320 SPDC – che non fanno ricorso alla contenzione e lavorano con le porte aperte¹⁶.
- Residenze per la salute mentale e abitare supportato: rispondono ai bisogni delle persone seguite dai CSM che necessitano di un percorso terapeutico-riabilitativo personalizzato, definito nel tempo e supportato da operatori dedicati, in modo differenziato in relazione alle problematiche e alle disabilità dei soggetti. Le Residenze per la salute mentale devono essere organizzate sul modello di casa, in riferimento all'organizzazione di spazi, arredi, relazioni, regole di convivenza, partecipazione e responsabilizzazione sulla convivenza. Le residenze con finalità terapeutico-riabilitative, supportate sulle 24 ore,

¹⁶Per quanto sia molto basso il numero di SPDC *no restraint* questi dicono che “si può fare” e indicano la direzione verso la quale andare in una cura rispettosa della dignità e dei diritti. Va specificato che alcuni SPDC, fin dalla loro costituzione, non hanno mai “legato”, operano con le porte aperte, senza sistemi di videosorveglianza; altri dopo periodi anche lunghi di ‘contenzione zero’ sono tornati a legare a partire di norma dal cambiamento dei dirigenti del SPDC o del DSM o, al contrario, con il cambio dei dirigenti, SPDC *restraint* non hanno più legato e operato con le porte aperte, a dimostrazione che il ricorso alla contenzione è significativamente collegato con l'organizzazione dei servizi della salute mentale, con le culture e gli stili operativi. Non esiste un monitoraggio in tutte le regioni italiane e negli SPDC del ricorso alla contenzione meccanica e non c'è una trasparenza dei dati.

accolgono un numero limitato di utenti, di norma compreso tra 6 e 8. Le residenze con finalità socio-riabilitative ospitano generalmente un numero inferiore a 6 persone che necessitano di supporto nella vita quotidiana, garantito sulle 12 o sulle 24 ore. L'abitare supportato rappresenta una forma di presa in carico residenziale rivolta a piccoli gruppi di persone con disabilità psicosociale che necessitano di sostegno nella vita quotidiana, finalizzata al contrasto dei processi di istituzionalizzazione e alla promozione dell'autonomia e dell'inclusione sociale.

- Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS): accolgono fino al massimo di 20 persone, inviate dal magistrato perché prosciolte per malattia mentale e ritenute socialmente pericolose, per le quali non è stato possibile una misura di sicurezza alternativa. Sono strutture territoriali che si fanno carico delle persone residenti nel territorio regionale. In contrasto con il criterio della territorialità nel giugno del 2022 è stata aperta in Liguria la REMS di Calice al Cornaviglio (La Spezia) che accoglie persone provenienti da tutto il territorio nazionale, in MS detentiva in attesa di posto nella Regione competente. Oggi in Italia sono presenti 32 REMS.

6. Come si presentano oggi i servizi della salute mentale: cultura, stili operativi, organizzazione e criticità

Viviamo tempi bui, in cui si fa fatica, a volte, a riconoscere il paese in cui è avvenuto il più importante processo di riforma nella presa in cura delle persone con problemi di salute mentale. Da molti anni assistiamo a un processo di involuzione delle culture e delle pratiche dei servizi. Il diritto universale alla salute mentale, a una cura e una presa in carico rispettosa dei diritti e della dignità delle persone, vengono troppo spesso calpestati o ignorati. Avanza il ritorno a una psichiatria biologica-clinica e prestazionale, poco attenta a chi ha più bisogno e alle situazioni complesse; una psichiatria violenta, fino alla morte di persone legate, che esercita abbandono, che ripropone contenimento e istituzionalizzazione. L'organizzazione, le culture e le pratiche dei Dipartimenti di salute mentale nelle Regioni – titolari della sanità dal 2001, con la riforma del Titolo V della Costituzione – presentano un divario significativo dal punto di vista quantitativo e qualitativo; talvolta tale divario è presente persino all'interno nella stessa regione. Le logiche di accorpamento hanno determinato, ormai da anni, l'organizzazione di DSM (che spesso comprendono i servizi delle Dipendenze e della Neuropsichiatria) estremamente vasti per territorio e popolazione.

I Centri di Salute Mentale organizzati per lo più come ambulatori, dispensatori di psicofarmaci e di prestazioni, sono di norma aperti fino alle 12 ore al giorno, per cinque giorni alla settimana, chiusi nelle festività e nei prefestivi. Coprono aree che arrivano a superare i 200mila abitanti: non sono più, quindi, servizi di prossimità per l'utenza e operano su territori spesso scarsamente conosciuti dagli operatori.

È fortemente ridotta la pratica delle visite domiciliari, con le conseguenti ricadute: non conoscenza dei contesti familiari, sociali e di vita delle persone; scarso supporto alle famiglie; assenza di continuità terapeutica; carenza di interventi precoci quando la sofferenza inizia a manifestarsi. Ritorna la pratica della selezione della domanda per “non competenza”, considerando spesso competente solo la domanda per la quale il servizio ha una risposta preformata. Avanza la pratica dell'abbandono e delle “dimissioni” dai CSM delle persone più complesse o che creano allarme sociale, persone che si rivolgono poco ai servizi, ma che al contrario dovrebbero essere tenute a mente e mantenute in carico dagli stessi. È debole, e non più centrale, il lavoro di equipe; talvolta si assiste a un lavoro parallelo tra i diversi ruoli professionali. Poche sono le occasioni di confronto tra operatori, di discussione sulle situazioni di maggiore criticità o sui fallimenti. Poche le iniziative aperte alla comunità.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura si presentano sempre più chiusi, blindati e non attraversati da familiari, amici, associazioni, anche per i pazienti ricoverati in trattamento volontario; servizi con regole rigide, pratiche di ispezione, di privazione di strumenti della vita quotidiana ritenuti pericolosi. Va tuttavia sottolineato che gli SPDC sono spesso gravati da tutto quello che i CSM, i servizi sanitari o sociali non prendono in carica, funzionando come veri e propri “imbuti” in cui si scaricano le situazioni più complesse o più abbandonate. La maggior parte opera con le porte chiuse, limita la possibilità di visite o di permanenza di familiari o amici, riduce la presenza di associazioni e ricorre alla contenzione meccanica e farmacologica. Negli ultimi anni sono diminuiti gli SPDC *no restraint*. Dalle Regioni non è stato attuato o reso trasparente il monitoraggio sull'utilizzo dei 60 milioni di euro erogati dal Ministero della Salute nel 2021 per il superamento della contenzione, né sugli esiti raggiunti¹⁷.

¹⁷ Si deve all'indagine, con accesso agli atti, della giornalista Ludovica Jona alcune importanti informazioni tra cui che in una ASL del Lazio il budget è stato utilizzato per l'acquisizione della macchina per la terapia elettroconvulsivante.

Aumenta in maniera significativa il ricorso alla istituzionalizzazione in strutture residenziali e cliniche psichiatriche, così come l'abbandono nel carcere di persone con problemi di salute mentale. Cresce il ricorso, non più residuale, alla misura di sicurezza detentiva, mentre avanza la richiesta diffusa di aumento dei posti in residenze, del numero delle REMS e della costituzione di ulteriori reparti negli Istituti penitenziari per le persone con problemi psichiatrici. Diminuiscono, al contempo, le pratiche di formazione e di inserimento lavorativo.

Certamente grande responsabilità in questo processo ha la politica: l'assenza da oltre 10 anni di politiche nazionali e locali di indirizzo¹⁸, di interventi strutturali e di rafforzamento culturale dei servizi della salute mentale nel solco della riforma. In alcuni territori si è assistito, anzi, a politiche aggressive di indebolimento e smantellamento di servizi funzionanti e riconosciuti a livello nazionale e internazionale. In un quadro generale di profondo depauperamento e definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, di avanzamento di logiche privatistiche ed individualistiche, mentre si proclama l'aumento della sofferenza mentale – in particolare negli adolescenti – il budget destinato alla salute ha toccato nel 2023 la soglia minima del 2,9% della spesa sanitaria¹⁹.

¹⁸ Si precisa che il 29 dicembre 2025 è stato approvato dalla Conferenza Stato Regioni il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSAM) 2025-2030, elaborato dal Tavolo tecnico per la salute mentale presso il Ministero della Salute. Pur condividendo molte affermazioni nel PANSAM e l'attenzione alle sei aree prioritarie, non si possono non esprimere preoccupazioni su contraddizioni tra gli enunciati e la loro possibile traduzione operativa, in particolare tenendo conto dei "bisogni delle persone più gravi, povere, sole, le cui pensioni di invalidità sono ampiamente al di sotto del reddito "minimo vitale". (Pellegrini 2025). In una prima analisi del testo, sicuramente da approfondire, destano molti dubbi in particolare le mancate indicazioni della composizione dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale "integrato ed inclusivo", la non definizione degli ambiti territoriali di riferimento onde garantire servizi di prossimità e gli orari di apertura, l'assenza dell'obiettivo di contenzioni zero (si ricorda peraltro che il recente documento approvato dalla Conferenza Stato Regioni "Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale" prevede la possibilità di contenzione negli SPDC ma anche nei servizi di NPJA e nelle REMS), e tanto più il divario tra le risorse necessarie e quelle previste dalla ultima Legge di bilancio 2026, senza che siano indicate le priorità di azioni.

¹⁹ La legge di bilancio 2026 per la salute mentale ha previsto 80 milioni per il 2026, 85 per il 2027 e 90 per il 2028. Di questi 30 milioni sono per il personale, a fronte di un fabbisogno stimato dalla Società italiana epidemiologia psichiatrica (SIEP) di 785 milioni. Inoltre, preoccupazione importante oggi suscita il Disegno di Legge sulla salute mentale, primo firmatario il sen. Francesco Zaffini, testo base per la Commissione Affari Sociali del Senato sulla riforma della Legge 180. Il testo fin dal suo incipit mette al centro il tema della sicurezza degli operatori, e poi quella dei familiari, quindi quello della pericolosità della persona con disturbo mentale. Il DdL prevede la costituzione di strutture per gli accertamenti sanitari obbligatori (ASO), di

Anche quando la politica è sembrata più attenta ai temi della salute mentale, sono stati attuati solo interventi puntiformi, privi di visione, non monitorati, con risultati inefficaci e incapaci di produrre cambiamento. Penso in particolare ad alcune occasioni mancate, in particolare quelle vissute nella XVIII legislatura (4 marzo 2018-12 ottobre 2022): la convocazione nel giugno 2021 della seconda Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale, a vent'anni dalla prima (anche per la pressione di numerose associazioni riunite nel Coordinamento Nazionale Salute Mentale); l'emanazione, nel luglio 2021, dell'“Accordo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale nel triennio 2021-2023”, inviato alla Conferenza Stato-Regioni ma mai realmente seguito; l'assegnazione, nell'agosto 2021, di 60 milioni di euro per il rafforzamento dei DSM, il superamento della contenzione e il reinserimento sociale delle persone con disturbo mentale autrici di reato; l'istituzione, nel settembre 2021, dell'Osservatorio per il monitoraggio del superamento degli OPG, mai adeguatamente sostenuto.

Grandi sono anche le responsabilità dell'Università che, salvo importanti eccezioni, non ha sostenuto il processo di riforma, ripiegando sempre più su un approccio biomedico e farmacologico; un'impostazione che ha contribuito a formare operatori spesso non adeguatamente attrezzati ad affrontare la complessità della domanda di salute mentale del territorio, né preparati a confrontarsi con la sofferenza e il disturbo mentale attraverso una presa in carico globale della persona e del suo contesto familiare e sociale, oltre schemi prefissati e precostituiti.

Ma sentiamo pure la necessità di interrogarci sulle responsabilità dei tecnici: sull'affievolirsi della spinta propulsiva di idee, pratiche e pensiero critico; sulla difficoltà a portare avanti, con competenza e coraggio, pratiche che tengano insieme etica e professionalità; sul rischio di piegare acriticamente i bisogni delle persone alle regole delle istituzioni; sull'incapacità di trovare soluzioni che permettano di affrontare il disagio e la sofferenza sempre più diffusa, senza rifugiarsi in logiche difensive e inerziali; sull'incapacità di contrastare la funzione di con-

“unità di accoglienza e di presa in carico intensiva territoriale” per le persone affette da disturbo mentale autrici di reato. Aumentano i posti letto nelle REMS da 20 a 25, i posti letto di sezioni specialistiche psichiatriche degli istituti penitenziari, dove è possibile pure effettuare il TSO, passano dagli attuali 320 posti letto ai 1800. Si prevede l'aumento del numero di giorni di TSO da 7 a 15. Sono legittimati per “documentate necessità cliniche e al solo scopo di impedire comportamenti auto ed etero lesivi” trattamenti coattivi fisici, farmacologici, ambientali.

trollo sociale, storicamente assegnata alla psichiatria; sul rischio di confermare e sostenere pratiche di neo istituzionalizzazione che tolgono risorse ai CSM.

Da ultimo, pur denunciando – in un complessivo depotenziamento della sanità pubblica – il definanziamento dei Servizi di salute mentale con l'importante riduzione del personale a questo collegato, non possiamo non riconoscere la “fuga” dal servizio pubblico di operatrici ed operatori demotivati. Ci pare si sia affievolita la capacità inventiva, la possibilità di opporsi all'ineluttabilità e all'inerzia, di ricercare nuove alleanze e spazi di azione, di guardare in maniera attenta a dove siamo, di valorizzare le risorse presenti nei servizi e nelle comunità.

In sintesi, possiamo affermare che, a oltre sessant'anni dall'importante movimento teorico-pratico di messa in discussione della psichiatria biomedico-asilare²⁰ – che ha prodotto un radicale cambiamento culturale, organizzativo e legislativo, ponendo fine all'era del manicomio pubblico civile e giudiziario e allo “statuto speciale” delle persone con sofferenza mentale, tornate a essere titolari di diritti – in tutto il territorio nazionale è attiva una rete di servizi di salute mentale che, pur nelle differenze quantitative e qualitative e nelle criticità presenti, rappresenta un importante presidio organizzativo territoriale da rafforzare e qualificare per riprendere il percorso della deistituzionalizzazione.

In questo contesto, esiste una generazione di giovani operatori ed operatrici che desidera impegnarsi sui binari già tracciati dalla riforma: a queste persone va data voce, riconoscimento, valore e supporto affinché non si disperdano. Parallelamente sono presenti in tutto il territorio nazionale associazioni dei familiari delle persone con sofferenza mentale, in particolare quelle che afferiscono all'Unione Nazionale Associazioni Salute Mentale (UNASAM), la più importante rete di associazioni dei familiari (circa 70 associazioni) che hanno sostenuto il processo di riforma e sono divenute interlocutrici dei DSM e dei decisori politici, locali e nazionali.

Sono inoltre numerose le persone che hanno vissuto o vivono esperienze di sofferenza mentale che hanno preso voce, testimoniando il proprio vissuto e esprimendo in maniera forte e critica il loro punto di vista sull'organizzazione dei servizi; alcune di esse si sono formate e operano oggi nei servizi di salute mentale come “esperti tra pari”, affiancando il personale sanitario. Accanto a ciò si registrano molte esperienze positive di inserimento lavorativo, soprattutto nelle cooperative sociali ma anche in ambiti e contesti profit. Laddove operano

²⁰ La psichiatria asilare si riferisce alla vecchia pratica di internare le persone con disturbi mentali in istituti chiusi come i manicomi.

servizi territoriali di prossimità, qualificati e integrati con la comunità, vi è evidenza di una riduzione dello stigma e del pregiudizio. Numerose sono, infine, le associazioni e le cooperative, così come cittadini e cittadine, intellettuali, professori, artisti che, a diverso titolo, si occupano di salute mentale, in relazione spesso con il servizio pubblico.

Per questo, pur nella consapevolezza critica di quanto non funziona, va ritrovata la capacità di leggere ciò che di positivo rimane, di rinnovare alleanze, di ripartire nel processo di deistituzionalizzazione e di non perdere la speranza che “l'impossibile può tornare possibile”, evitando, in un realismo cinico, il rischio di legittimare un ritorno indietro che riproduca il restringimento dei diritti, prima di tutto quello della cura per tutte e tutti.