

**I servizi per la salute mentale in Italia: considerazioni critiche sulla riforma
Basaglia e in merito alla sua tenuta al tempo
della pandemia da COVID-19**

di Pierluigi Mascaro*

19 febbraio 2021

Sommario: 1. Considerazioni introduttive: il passaggio dalla normativa del 1904 alla legge n. 180/78. – 1.1. La dirompente portata innovativa della c.d. “Riforma Basaglia”: i punti chiave della legge n. 180/78, che ha rivoluzionato la Salute Mentale in Italia. – 2. Il processo di deistituzionalizzazione della malattia mentale: dal superamento delle strutture manicomiali alla nascita del Dipartimento di Salute Mentale (DSM). – 3. L’avvento della pandemia da COVID-19: considerazioni circa la tenuta di un sistema territoriale già in sofferenza. – 4. Conclusioni.

1. Considerazioni introduttive: il passaggio dalla normativa del 1904 alla legge n. 180 del 1978

Il presente scritto ha lo scopo di ripercorrere, senza pretese di esaustività assoluta, le tappe fondamentali della legislazione italiana in tema di salute mentale, riservando particolare attenzione alla riforma strutturale del 1978, repentinamente recepita, nelle linee essenziali, dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 dello stesso anno, per approdare ad una necessaria riflessione sulla sua tenuta e reale efficacia, nel corso del tempo, fino al giorno d’oggi, interrogandosi in maniera particolare sull’impatto che la pandemia da COVID-19 ha avuto nella gestione, da parte della sanità pubblica, della domanda, in netto incremento, di accesso ai servizi di sostegno psicologico e cura mentale da parte della popolazione su base nazionale.

Il punto di partenza di questo *excursus* storico-normativo è la legge Giolitti 14 febbraio 1904, n. 36, recante “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”. Esemplificativa della portata contenutistica di siffatta normativa è la terminologia adottata dal legislatore: i soggetti che avessero bisogno di cure mentali

* Cultore della materia in Diritto dell’ambiente, Dipartimento di Giurisprudenza della LUISS Guido Carli.

venivano definiti alienati, ovvero affetti da deviazioni del pensiero e del comportamento ritenute talmente gravi e irreversibili, da renderli incompatibili con quello che era considerato una sorta di paradigma di "normalità sociale" e, di conseguenza, dovevano essere tratti in custodia all'interno degli istituti manicomiali, per essere definitivamente allontanati da quel gruppo sociale, al quale avrebbero arrecato soltanto un irrimediabile nocimento.

E' necessario osservare come, sulla base della legge n. 36/1904, fosse estremamente facile entrare in manicomio: era all'uopo sufficiente che il soggetto venisse segnalato da un parente, da un medico o dal Sindaco; seguiva il mandato agli agenti di Pubblica Sicurezza, da parte del Procuratore del Re, per condurlo nella struttura manicomiale ove, a seguito di un breve periodo di osservazione, l'internamento diveniva definitivo¹. Finivano dunque in manicomio persone povere, alcolisti, disagiati, ma anche sovversivi, anarchici², donne che avevano osato ribellarsi al marito³ e poi, in epoca fascista, anche dissidenti politici nei confronti del regime⁴.

Risulta agevole dedurre come, sulla base dell'impostazione della legge Giolitti, i manicomi rappresentavano delle vere e proprie carceri, nelle quali internare ed allontanare definitivamente dalla società civile non soltanto quanti fossero affetti da disturbi psichici, ma anche personaggi politicamente scomodi o soggetti considerati fonte di pubblico scandalo, come omosessuali e ragazze madri; tutte situazioni, queste ultime, ben lontane dalla condizione di disagio o malattia mentale.

La legge Giolitti concedeva inoltre amplissimi poteri ai direttori dei manicomi, i quali potevano arrivare ad incidere, con proprie insindacabili decisioni, sui più importanti diritti civili degli internati⁵.

Tale impianto normativo è rimasto sostanzialmente invariato, anche a seguito dell'avvento della Costituzione repubblicana, fino al 1978, anno in cui la c.d. riforma Basaglia rappresentò una vera e propria rivoluzione copernicana in tema di salute mentale in Italia: su di essa ci si vuole soffermare nel prosieguo della trattazione.

¹ In questi termini P. IANNI, *Cenni storici: dalla legge Giolitti alla legge Basaglia. Intervento al Convegno "40 anni dopo: riflessioni sulla legge 13 maggio 1978, n. 180"*, in *Nomos*, 2-2017, p. 4; cfr. anche L. ANFOSSO, *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati. Commento alla legge 14 febbraio 1904 n. 36 ed al Regolamento approvato con R. decreto 5 marzo 1905 n. 158: dottrina, giurisprudenza, formulario*, UTET, Torino, 1907.

² In tal senso C. LOMBROSO, *Gli anarchici*, Fratelli Bocca, Torino, 1985.

³ Cfr., a tal riguardo, V. FIORINO, *Matti, indemoniate e vagabondi – Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia, 2002.

⁴ Sotto il regime fascista, il manicomio divenne il luogo di una massiccia repressione politica e sociale; si stima infatti che, dal 1926 al 1941, gli internati passarono da 60.000 a 96.000 unità, come si legge in P. SORCINELLI, *La follia di guerra. Storie dal manicomio 1940-1950*, Casa Editrice Odoya, Bologna, 2016 e S. SALUSTRI, *Il regime fascista e l'utilizzo dei manicomi per il controllo degli antifascisti*, in *E-Review – Rivista degli Istituti Storici dell'Emilia Romagna in Rete*, n. 3, 2015.

⁵ Si veda, sul punto, M. TAPINASSI, *Legge Basaglia 180/1978: la norma che ha rivoluzionato la Salute Mentale*, in *www.assocarenews.it*, 2020.

1.1. La dirompente portata innovativa della c.d. “Riforma Basaglia”: i punti chiave della legge 13 maggio 1978, n. 180, che ha rivoluzionato la salute mentale in Italia

Come accennato, la legge n. 180/78, recante “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, ha completamente invertito la rotta tracciata dalla legge Giolitti del 1904, prevedendo innanzitutto che, in via generale, gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono volontari, in ossequio al disposto di cui all’articolo 32, comma 2, della Costituzione (art. 1, comma 1)⁶; per contro, il trattamento sanitario obbligatorio (c.d. TSO), in base al dettato di cui all’articolo 2, comma 2, assume un carattere eccezionale, e può essere disposto soltanto in presenza dei seguenti tre elementi:

- Alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- La non accettazione delle cure da parte dell’infermo;
- Assenza di condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere⁷.

Il terzo comma dell’articolo 1 sancisce invece il diritto a comunicare con l’esterno in capo al soggetto sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio mentre, al comma 4, è stabilito che siffatto trattamento debba essere effettuato mediante iniziative volte ad assicurare il consenso⁸ e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato: in questo modo, si passa da un modello che improntava la cura mentale all’esclusione del paziente dalla vita associata e alla neutralizzazione della sua presunta pericolosità sociale, ad un altro nuovo e diametralmente opposto, che mira invece alla sua riabilitazione ed al conseguente reinserimento all’interno della comunità.

Di seguito, gli articoli 3 e 4 della legge Basaglia stabiliscono precise garanzie procedurali in favore dei soggetti sottoposti a trattamento sanitario obbligatorio in

⁶ L’articolo 1 della legge 180/78, al comma 2, dando ancora dispiego al secondo comma dell’art. 32 della Carta fondamentale, prevede che l’autorità sanitaria possa disporre accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori soltanto nei casi espressamente previsti dalla legge, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti in Costituzione, valori che, come visto, nella legislazione giolittiana erano attribuiti all’insindacabile potere discrezionale del direttore del singolo manicomio.

Per quanto concerne specificamente il diritto di elettorato attivo, il d.P.R. n. 223/1967 prevedeva che “non sono elettori gli interdetti e gli inabilitati per infermità di mente”; tale normativa fu abrogata dalla legge n. 180/78, eliminando così di fatto dall’ordinamento ogni esplicita limitazione del diritto di voto per “incapacità civile”, eccezione fatta per i minori d’età. Tale soluzione fu criticata da parte della dottrina, poiché andava ad incidere in maniera eccessiva su un diritto fondamentale della vita associata mediante un’abrogazione passata quasi in sordina, cfr., in merito, C. LA FARINA, *Infermità mentale e diritti politici*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 1979.

⁷ Cfr., sul punto, M. TAPINASSI, *op. cit.*

⁸ Si consideri, a tal riguardo, C. LANDOLFI, *L’aporia della coercizione terapeutica “per malattia mentale” in un ordinamento liberaldemocratico: profili di incostituzionalità*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 2018, ove l’Autore afferma che non può esserci un reale fine terapeutico nella coercizione.

condizioni di degenza ospedaliera⁹ mentre, al successivo articolo 5, è disciplinato il meccanismo di tutela giurisdizionale avverso i provvedimenti che lo dispongano.

La legge n. 180/78, all'articolo 6, comma 1, dispone lo spostamento, in ambito extra ospedaliero, del baricentro funzionale del servizio di salute mentale, trasferendo in capo alle Regioni, le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, fino ad allora di competenza provinciale (art. 7, comma 1).

Infine, dall'esame del combinato disposto dei commi 5 e 6 dell'articolo 7 della legge, si evince come il legislatore del 1978 abbia optato per la chiusura definitiva delle istituzioni manicomiali, superando in radice le logiche contenitive ed isolazioniste della normativa precedente, in vigore sin dall'epoca giolittiana.

2. Il processo di deistituzionalizzazione della malattia mentale: dal superamento delle strutture manicomiali alla nascita del Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

L'entrata in vigore della legge 180/78 ha messo in moto, come anticipato, un graduale superamento delle strutture manicomiali, giunto a conclusione nel 1999.

Questo processo prende il nome di "deistituzionalizzazione", e si basa sull'assunto che l'oggetto della psichiatria non è la malattia in sé considerata, bensì la sofferenza mentale all'interno dell'esistenza complessa del soggetto ed immersa nel contesto sociale¹⁰. Sulla scorta di una simile premessa, la deistituzionalizzazione si è realizzata, in Italia, su due livelli differenti: quello manicomiale e quello territoriale, o di comunità.

Per comprendere appieno la portata del livello manicomiale, bisogna partire dal definire il concetto di "malattia istituzionale": con essa s'intende il comportamento patologico del paziente, indotto dal protrarsi nel tempo del trattamento manicomiale¹¹. Tale patologia, definita "regressione istituzionale", assume due caratteri peculiari: *in primis*, va ad interessare un soggetto già di per sé fragile, in quanto affetto da una pregressa sofferenza psichica; in secondo luogo, non viene agevolmente riconosciuta dallo staff manicomiale, e di conseguenza attribuita alla degenza in sé, ma le sue manifestazioni fenomeniche vengono ascritte al disturbo psichiatrico, potremmo dire, "di base"; dunque il manicomio, nato per curare, diviene esso stesso luogo generatore di ulteriore disagio e sofferenza¹².

Il secondo livello del processo di deistituzionalizzazione, quello territoriale, si concreta nell'alternativa che i numerosi dibattiti successivi all'entrata in vigore della

⁹ In particolare, l'articolo 3 disciplina le fasi procedurali finalizzate all'emanazione del provvedimento che disponga un trattamento sanitario obbligatorio, mentre il successivo articolo 4 prevede modalità e tempistiche di revoca o modifica di detto provvedimento.

¹⁰ Si consideri, a riguardo, R. PICCIONE, *Manuale di Psichiatria*, Bulzoni Editore, 1995.

¹¹ Come affermato da R. PICCIONE, *op. cit.*

¹² Per maggiori approfondimenti, si rimanda a E. GOFFMANN, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Edizioni di Comunità, Torino, 1961.

legge Basaglia fornirono alla soluzione manicomiale, e cioè un'organizzazione decentrata, una rete flessibile di strutture extra ospedaliere capaci di confrontarsi in maniera più diretta con i bisogni della popolazione di riferimento.

Su questa impostazione, l'articolo 34 della legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, nel recepire essenzialmente il dettato di cui ai commi 1 e 4 dell'articolo 6 della legge Basaglia, ha sancito la nascita del Dipartimento di Salute Mentale – di seguito DSM – organizzato a livello regionale secondo un nuovo paradigma concettuale, improntato non più alla logica del contenimento, ma ad una psichiatria di prevenzione, cura e riabilitazione.

Dal punto di vista funzionale, il DSM si presenta come un insieme di strutture e attività ed è responsabile non soltanto della patologia psichiatrica dei singoli abitanti del territorio, ma dell'intera salute mentale, per così dire, "di comunità". In questo senso, ogni DSM ha principalmente una funzione di prevenzione dei disturbi psichici e una di cura, intesa come intervento sulla malattia mentale acuta e non, tesa ad evitare, per quanto possibile, l'ospedalizzazione del paziente, nonché come riabilitazione del disturbo stabilizzato¹³.

Ciascun DSM è costituito da tre strutture fondamentali: il Centro di Salute Mentale (CSM), il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e le strutture intermedie.

Il Centro di Salute Mentale è il centro propulsore ed organizzativo del DSM e si occupa innanzitutto di accogliere la totalità delle domande dell'utenza, eccezion fatta per specifici casi urgenti. E' il luogo dove si tengono i colloqui terapeutici con pazienti e familiari e la sede dell'*équipe* multidisciplinare che stabilisce ed attua gli interventi territoriali. In esso hanno luogo tutte le attività preventive e quelle di natura terapeutico-riabilitativa non basate sulla residenzialità o sul ricovero.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è la struttura adibita al ricovero e, per legge, non può avere più di 15 o 16 posti letto, al fine di evitare la riproduzione di ormai superate logiche manicomiali. Il ricovero psichiatrico può essere disposto esclusivamente per la gestione del paziente acuto, che necessiti di assistenza continua ed intensiva e le cui condizioni impediscano lo sviluppo del progetto territoriale. Per qualunque ragione sia necessario disporre il ricovero ospedaliero, bisogna tenere in debito conto quattro aspetti fondamentali:

- Esso deve essere sempre considerato come *extrema ratio*: la maggior parte dei pazienti, seppur in gravi condizioni, non ne necessitano;
- Non deve protrarsi troppo a lungo, al fine di scongiurare l'insorgenza di una regressione istituzionale;

¹³ Cfr., sul punto, F. NOZIGLIA, *Il processo di deistituzionalizzazione: dal manicomio al Dipartimento di Salute Mentale*, in www.psicologiafenomenologica.it, 2017.

- L'intervento terapeutico non deve mai risolversi unicamente in un ricovero, che deve essere eventualmente assunto come fase di un più ampio progetto terapeutico a centralità territoriale;

- La disposizione di un ricovero è una decisione in ogni caso estremamente delicata, da assumere con certezza ponderazione, specie nei casi in cui si debba ricorrere ad un TSO, quando l'interessato non accetta il provvedimento che lo dispone¹⁴.

Infine, le strutture intermedie si collocano a metà tra la struttura ospedaliera e quella ambulatoriale, nell'ottica della continuità e della centralità territoriale dell'intervento, e consistono in spazi, anche tra loro eterogenei, adibiti all'assistenza e riabilitazione dei pazienti le cui esigenze non rientrano né nelle competenze del Centro di Salute Mentale, né in quelle della struttura ospedaliera. Le strutture intermedie, dette anche protette, possono avere sia natura semiresidenziale (centro diurno) e sia residenziale (comunità, casa alloggio, gruppo appartamento).

3. L'avvento della pandemia da COVID-19: considerazioni circa la tenuta di un sistema territoriale già in sofferenza

Il sistema nazionale, a base territoriale, per la salute mentale si caratterizza sempre più per una disomogeneità, nell'organizzazione dei servizi, nella distribuzione delle risorse finanziarie e nella disponibilità di personale, cui consegue una vera e propria negazione del diritto delle persone che vivono una sofferenza e che accedono ai servizi territoriali di salute mentale di portare avanti un percorso terapeutico-riabilitativo realmente individualizzato, concordato e condiviso¹⁵.

I tagli subiti dal settore sanitario negli ultimi decenni e la differenza nella distribuzione delle risorse disponibili tra le Regioni sta comportando una evidente istituzionalizzazione dei pazienti, in palese contrasto con la *ratio* ispiratrice della riforma Basaglia, che il più delle volte si concreta nell'invio in comunità e nel massiccio utilizzo – se non abuso – di psicofarmaci, molte volte imposti.

Indubbiamente, l'avvento della pandemia da COVID-19 ha pesantemente aggravato siffatta situazione.

Le restrizioni imposte al fine di contenere la curva epidemiologica e, in modo particolare, il *lockdown* generalizzato dei mesi scorsi hanno profondamente inciso sull'equilibrio psicologico della popolazione e, di conseguenza, è fortemente aumentata la domanda di accesso al servizio pubblico di salute mentale: dunque, in quelle realtà territoriali dove esso risultava già fragile e carente di risorse economiche e personale, si è operata la scelta di interrompere il servizio, abbandonando a loro stesse le persone

¹⁴ In questi termini R. PICCIONE, *op. cit.*

¹⁵ In questi termini R. BOMBACE, A. CIOFFI, *Salute mentale, la denuncia: "Le pratiche coercitive sono ancora diffuse nei servizi psichiatrici"*, in *www.dire.it*, 2020.

assistite insieme alle proprie famiglie, dal momento che, per via dell'ingente spesa da sostenere, la possibilità di rivolgersi, anche solo *medio tempore*, a specialisti operanti nel settore privato è riservata soltanto alla popolazione di ceto economico elevato.

Per ovviare a questa situazione di stallo, se non di vero e proprio disservizio, occorre un piano organico concordato tra il Governo centrale e la Conferenza delle Regioni, mirante a ridisegnare i percorsi dei servizi di salute mentale, stante il quadro a impostazione territoriale disegnato dalla legge 180/78¹⁶. Bisogna evitare, specie in determinate Regioni, che si continui sulla strada dei tagli alle risorse finanziarie, con conseguente accorpamento di più DSM e/o servizi territoriali: attualmente, in molte realtà territoriali del Paese, ove il progetto-obiettivo indica in circa 80.000 abitanti la capienza massima di un dato servizio, ci si trova nella situazione che il medesimo debba offrire assistenza a 200/300.000 utenti¹⁷.

A fronte della necessità di destinare al servizio pubblico di salute mentale circa l'8% della spesa sanitaria, in Italia non si è mai arrivati a superare la soglia del 5%, indicata anche come minima indispensabile dalla Conferenza delle Regioni; stanti i dati del Ministero della Salute, ci si accorge che, negli ultimi anni, la percentuale di spesa si attesta non oltre il 2,5/3%, con alcune Regioni che spendono addirittura meno del 2%. Di pari passo, occorre soffermarsi sulla questione della qualità della spesa, cioè di come vengono spese le risorse: troppo spesso, il 2,5/3% della spesa sanitaria riservato ai servizi di salute mentale viene speso in farmacoterapia e nel pagamento delle rette alle comunità e alle cliniche private¹⁸, grandi contenitori che accolgono 40 o anche più persone, ma purtroppo non nell'ottica dei percorsi di ripresa e risocializzazione pensati dal legislatore del 1978, bensì in quella della reistituzionalizzazione dei disturbi psichici all'interno delle strutture private convenzionate con le Regioni.

Alla luce di siffatte considerazioni, urge un piano strategico da approvare in ogni singola Regione, al fine di garantire, potenziare e, ove necessario, riqualificare i servizi dipartimentali di salute mentale, affinché possano effettivamente ricominciare a portare avanti percorsi terapeutici e riabilitativi personalizzati ed orientati alla risocializzazione e ad una ripresa della vita indipendente da parte degli assistiti.

4. Conclusioni

Alla luce dell'analisi svolta in questa trattazione, è possibile affermare che sicuramente la stagione riformatrice in tema di salute mentale in Italia, che trova le sue origini nell'intuizione senza precedenti di Franco Basaglia e nel lavoro della sua *équipe*, che hanno trovato il culmine nell'approvazione della legge 180/78, ha raggiunto risultati rivoluzionari. Non si può tuttavia omettere che il progetto Basaglia fosse di

¹⁶ Così R. BOMBACE, A CIOFFI, *op. cit.*

¹⁷ Siffatti dati provengono da UNASAM, l'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale.

¹⁸ Sempre secondo quanto si apprende da UNASAM.

gran lunga più ambizioso: egli aspirava ad un profondo e radicale cambiamento della concezione sociale della malattia mentale, che non solo andava affrancata dallo stigma e dal pregiudizio che da sempre l'avevano connotata, ma anche gradualmente accettata come una condizione soggettiva immanente all'essere umano, quasi – per così dire – speculare alla ragione¹⁹.

Tuttavia negli ultimi anni, le difficoltà nel reperimento e nell'allocazione delle risorse finanziarie, con tutte le conseguenze negative che ne sono conseguite, hanno fatto sì che la psichiatria si cristallizzasse nuovamente; essa infatti non sembra più perseguire l'obiettivo della cura e del reinserimento sociale del paziente, ma piuttosto favorire una sorta di sua eterna permanenza all'interno dei servizi, secondo logiche molte volte esplicitamente contrarie allo spirito della legge 180/78.

¹⁹ “La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, per tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere”, così affermava F. BASAGLIA, *Che cos'è la psichiatria*, Baldini Castoldi Editori, 1967.