



LA SALUTE MENTALE NELL'ORDINAMENTO COSTITUZIONALE ITALIANO LA SALUD MENTAL EN EL ORDENAMIENTO CONSTITUCIONAL ITALIANO

STEFANO ROSSI¹

Dottore di ricerca in Diritto pubblico e tributario nella dimensione europea
Università di Bergamo

SOMMARIO: I. IL DIRITTO ALLA SALUTE (MENTALE) NELLA COSTITUZIONE. II. IL LABORATORIO ITALIANO DELLA SALUTE MENTALE: LA LUNGA MARCIA SINO ALLA LEGGE «BASAGLIA». III. LA REGIONALIZZAZIONE DELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE. IV. LA SANITÀ NEL PROCESSO DI DECENTRAMENTO E AZIENDALIZZAZIONE. V. I PROGETTI OBIETTIVO: DIRETTIVE PER L'ATTUAZIONE DELLA L. 180/1978. VI. I LEA E LA SALUTE MENTALE: LIMITI E SFIDE FUTURE. VII. CONCLUSIONI MINIME: LA SALUTE MENTALE TRA LEGISLAZIONE DI DETTAGLIO E LINEE GUIDA.

SUMARIO: I. EL DERECHO A LA SALUD (MENTAL) EN LA CONSTITUCIÓN. II. EL LABORATORIO ITALIANO DE LA SALUD MENTAL: LA LARGA MARCHA HASTA LA LEY «BASAGLIA». III. LA REGIONALIZACIÓN DE LA TUTELA DE LA SALUD MENTAL. IV. LA SANIDAD EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN Y HACIENDALIZACIÓN. V. LOS PROYECTOS OBJETIVOS: DIRECTIVAS PARA LA APLICACIÓN DE LA LEY 180/1978. VI. LOS LEA Y LA SALUD MENTAL: LÍMITES Y DESAFÍOS FUTUROS. VII. CONCLUSIONES BÁSICAS: LA SALUD MENTAL ENTRE LEGISLACIÓN DE DETALLE Y LÍNEAS GUÍA.

Palabras clave

Reforma Psiquiátrica; Ley de Salud Mental; Dignidad humana; Derechos constitucionales; Identidad personal.

Resumen

Este artículo examina la legislación en materia de salud mental en Italia e intenta discernir los medios para reorientar el modelo italiano. Podemos afirmar que los derechos constitucionales constituyen garantías orientadas a proteger ciertos valores o bienes fundamentales para alcanzar una vida digna, siendo la máxima expresión de la dignidad humana. En este sentido plantearemos un primer eje de análisis con la relación entre salud mental y derechos constitucionales en el campo

¹ Dottore di ricerca in Diritto pubblico e tributario nella dimensione europea. E-mail: stefano.rossi@unibg.it. Indirizzo: Dipartimento di Giurisprudenza, via G.B. Moroni 255, 24127 Bergamo.

estricto de la investigación. Partiendo del modelo personalista, se realizará un estudio sobre el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica llevado a cabo en Italia, a partir de la década de los años 80, tras la aprobación de la Reforma Psiquiátrica. Partiendo del derecho a la salud, se reflexionará sobre los «derechos al derecho» (diritti al diritto), es decir, el derecho de los enfermos mentales a ser ayudados, día a día, en la tarea de reconquistar su propia realidad, el decoro, la intimidad, la imagen y la identidad personal. La Ley de Salud Mental, aprobada en Italia en 1978, ha servido para renovar y reforzar oportunidades, obligaciones, deberes que han logrado los propósitos establecidos en el marco normativo, el cual tiene como fundamento y destinatario al ser humano; y con ello, la satisfacción de todas sus necesidades y derechos fundamentales para que, de este modo, se integren en su experiencia vital, beneficio e integridad personal, social y cultural, en vivencias encaminadas a su progreso y a su realización propia.

I. IL DIRITTO ALLA SALUTE (MENTALE) NELLA COSTITUZIONE

L'art. 32 Cost., che tutela il diritto alla salute, è indiscutibilmente uno dei più complessi da esaminare, interpretare e applicare, in quanto garantisce un insieme variegato di posizioni giuridiche soggettive². Tale «fascio di diritti»³ esibisce invero aspetti comunemente ritenuti tipici dei diritti sociali (la pretesa che ha ad oggetto una prestazione), quando si presenta come diritto alle cure (gratuite o sotto costo) e aspetti propri dei diritti di libertà (la pretesa che ha ad oggetto un'astensione), quando si presenta come diritto a determinarsi in ordine alle proprie scelte terapeutiche (quindi anche come diritto a non essere curato)⁴. Se ne può cogliere, in tal senso, la natura complessa, che prende la forma di una costellazione «nella quale assumono rilievo, contemporaneamente ed intrecciate

² La letteratura giuridica su questi temi è molto ampia. Fra i lavori di maggiore interesse, senza pretesa di completezza: L. CARLASSARE, «L'art. 32 cost. e il suo significato», in R. Alessi (a cura di), *L'amministrazione sanitaria italiana*, Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione, Neri Pozza, Vicenza, 1967, pp. 105-ss.; D. VINCENZI AMATO, «Art. 32, 2.º co.», in G. Branca (a cura di) *Commentario della Costituzione*, Zanichelli-II Foro Italiano, Bologna-Roma, 1976, pp. 175 ss.; M. LUCIANI, «Il diritto costituzionale alla salute», *Diritto e società*, 1980, pp. 769 ss.; B. PEZZINI, «Il diritto alla salute: profili costituzionali», *ibidem*, núm. 1, 1983, pp. 21 ss.; R. ROMBOLI, «Art. 5. Delle persone fisiche. Artt. 1- 10», in A. Scialoja, G. Branca (dir. da) *Commentario al Codice Civile*, Zanichelli-II Foro Italiano, Bologna-Roma, 1988, pp. 225 ss.; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Esi, Napoli, 2012; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, Giappichelli, Torino, 2015; S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

³ L. PRINCIPATO, «Il diritto costituzionale alla salute: molteplici facoltà più o meno disponibili da parte del legislatore o differenti situazioni giuridiche soggettive?», *Giurisprudenza costituzionale*, núm. 2, 1999, p. 2513.

⁴ M. LUCIANI, «Sui diritti sociali», in R. Romboli (a cura di), *La tutela dei diritti fondamentali davanti alle Corti costituzionali*, Giappichelli, Torino, 1994, p. 96.

tra loro, pretese a determinati comportamenti pubblici, pretese di astensione, situazioni soggettive di svantaggio»⁵.

Complessità che si esprime anche attraverso il paradigma del diritto fondamentale, espressamente previsto dalla lettera della Costituzione solo in relazione alla tutela della salute, a cui è correlata la qualificazione della salute come interesse della collettività a che tutti i componenti godano del miglior stato di benessere possibile a mezzo della predisposizione da parte dello Stato delle strutture e dei presidi sanitari più adeguati⁶. La salute, in questi termini, è un diritto per il singolo e un interesse per la collettività, ed è proprio per ovviare ai rischi insiti in tale asimmetria che ne deriva la sua tutela in via primaria ed immediata come modo di essere della persona ed espressione della sua sfera di libertà⁷, che non può quindi subire alcuna *deminutio* nel rapporto-confronto con le esigenze collettive.

Sicchè, in una prospettiva dinamica, il diritto alla salute —che, in quanto diritto fondamentale, si collega, da un lato, con la tutela generale della personalità (art. 2 Cost.), con i diritti fondamentali di eguaglianza, dignità (art. 3 Cost.) e libertà della persona (art. 13 Cost.), dall'altro, con le norme che garantiscono le concrete estrinsecazioni sociali della persona— esprime in via prevalente la somma degli ottativi del soggetto ovvero delle pretese non aprioristicamente determinabili la cui soddisfazione è presupposto fattuale del miglioramento degli *standards* qualitativi dell'esistenza, essenziali per il libero svolgimento della personalità dell'individuo stesso⁸.

In tale ottica si può scorgere un percorso parallelo tra lo sviluppo della nozione di salute che —transitando da una dimensione monadica ad una relativizzata— ha finito con il comprendere non soltanto funzioni biologiche in senso stretto, ma anche capacità logiche, affettive e relazionali⁹ e la correlata espansione del campo di tutela affidato all'art. 32

⁵ B. PEZZINI, «Il diritto alla salute: profili costituzionali», *cit.*, p. 25.

⁶ Sotto tale aspetto la «pretesa di astensione e pretesa di prestazione si intrecciano e si fondono, presentandosi come le due facce di una moneta; la libertà individuale si pone in definitiva come il presupposto, la radice, di un diritto strutturato in forma articolata in varie direzioni, sia positive che negative, che corrispondono ai diversi profili che la norma prende in considerazione nell'attribuire una tutela». Cfr. B. PEZZINI, «Il diritto alla salute: profili costituzionali», *cit.*, p. 72.

⁷ Secondo V. ONIDA, «Costituzione italiana», *Digesto discipline pubblicistiche*, Agg. VI, 1989, Utet, Torino, pp. 29-330 «la Costituzione si ispira anzitutto all'idea-forza della centralità e del primato della persona umana, considerata come soggetto di diritti in certo senso anteriori a qualsiasi riconoscimento da parte dello Stato, e quindi non condizionati a finalità collettive di qualsiasi genere, anche se limitati e limitabili —ma non in qualsiasi direzione e misura— in vista di esigenze degli altri individui della comunità, e quindi in vista dell'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà». Anche M. LUCIANI, «Sui diritti sociali», *cit.*, p. 772.

⁸ M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Cedam, Padova, 1998, p. 65.

⁹ C. D'ARRIGO, «Salute (Diritto alla)», *Enciclopedia del diritto*, Agg. IV, Giuffrè, Milano, 2001, p. 1013. Così da una definizione attenta puramente al dato biologico, dell'assenza di malattia, si è passati a un concetto assai più ampio, che comprende l'aspetto dinamico del miglioramento del benessere e guarda alla complessità dell'equilibrio tra soma e psiche. Specularmente, anche il concetto di malattia si presta a una formulazione

Cost., disposizione che dalla semplice tutela della salute pubblica si è resa «trasformatore permanente» delle istanze individuali e sociali (dalla tutela della salute dei lavoratori alla salubrità dell'ambiente, dal diritto al risarcimento del danno biologico sino all'affermazione del consenso informato) in diritti giustiziabili.

Non meno rilevante, a fronte dei diritti individuali connessi alla salute, appare il suo riflesso quale interesse collettivo, che è rivolto all'acquisizione di uno stato di benessere generale riguardante il complesso della popolazione, al di là quindi della condizione individuale di ciascuno. Tuttavia è bene sottolineare il duplice aspetto entro cui si incardina l'interesse collettivo, inteso sia come insieme di prestazioni sanitarie (anche preventive) atte a garantire la salute pubblica e destinate alla generalità della popolazione sia come «*dovere dell'individuo di non ledere né mettere in pericolo con il proprio comportamento la salute altrui, secondo il principio per cui il proprio diritto trova limite nel reciproco riconoscimento e nell'eguale protezione del diritto degli altri*»¹⁰.

È bene sottolineare come non sia ammissibile far discendere dal profilo collettivo della salute un dovere generale, soggetto a sanzione, di mantenersi in buona condizione psicofisica, in quanto «la preminenza nella tutela della salute dell'aspetto soggettivo personale rispetto a quello collettivo rende inaccettabile un sacrificio della libera determinazione individuale se non in presenza di rischi per lo stato di salute altrui»¹¹. L'interesse collettivo, infatti, rappresenta un limite esterno, e non interno, al diritto individuale, ovvero una barriera che ne circoscrive l'ampiezza senza tuttavia condizionarne il godimento. Peraltro, secondo la lettura ormai consolidata della dottrina¹² e della giurisprudenza costituzionale¹³, l'imposizione di un determinato trattamento sanitario, stabilito per legge, risulta legittima solo quando sia in gioco non soltanto la salute del singolo in quanto tale, ma anche, e direttamente, l'interesse collettivo alla salute. Ciò si evince dalla lettura combinata dei due commi dell'art. 32 Cost., per cui il carattere di limite esterno alla libertà individuale dell'interesse della collettività impedisce qualsiasi condizionamento intrinseco

estensiva, che dall'originario riferimento all'alterazione anatomo-funzionale si proietta verso l'area più indefinita delle sociopatie, consistenti nei disagi e nei disturbi variamente connessi con il contesto socio-culturale e ambientale.

¹⁰ Corte cost., 23 giugno 1994, n. 258, *Giurisprudenza costituzionale*, 2000, 2044.

¹¹ M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, cit., p. 93. Il trattamento sanitario deve comunque servire alla protezione dell'interesse della collettività alla salute generale e non può essere finalizzato al perseguimento di qualunque interesse pubblico.

¹² L. CARLASSARE, *L'art. 32 cost. e il suo significato*, cit., pp. 110 ss.; D. VINCENZI AMATO, *Art. 32, 2.º co.*, cit., pp. 174 ss.; B. PEZZINI, «*Il diritto alla salute: profili costituzionali*», cit., pp. 30 ss. e 63-64; M. LUCIANI, *Salute I) Diritto alla salute - dir. cost.*, cit., pp. 9-10.

¹³ In particolare Corte cost., 22 giugno 1990, n. 307, su cui F. GIARDINA, «*Vaccinazione obbligatoria, danno alla salute e responsabilità dello Stato*», *Giurisprudenza costituzionale*, 1990, pp. 1880 ss.; F. MODUGNO, «*Chiosa a chiusa. Un modello di bilanciamento di valori*», *Giurisprudenza italiana*, núm. 1, 1995, pp. 64 ss.

che ne trasformi in senso funzionale la natura¹⁴: la condizione richiesta per imporre un trattamento sanitario obbligatorio, ovvero la coesistenza della finalità di tutela della salute individuale e di quella collettiva, si configura quindi come un'endiadi, volta essenzialmente a proteggere i valori che integrano il profilo assiologico della persona umana.

Se dunque si scruta la sostenibilità della disciplina dei Trattamenti sanitari obbligatori (Tso) in materia di salute mentale alla luce dei parametri costituzionali ne emerge un quadro critico, nella misura in cui appare sfuggente quell'interesse alla tutela della salute collettiva tale da giustificare l'imposizione di un trattamento ad un soggetto con sofferenza psichica¹⁵, non rinvenibile certo —in forza di un meccanismo surrogatorio— nel vetusto criterio della pericolosità sociale.

Il tema della sicurezza rappresenta, certo, una delle questioni che balzano maggiormente all'ordine del giorno e la psichiatria è spesso chiamata in causa da una società che, impaurita, chiede protezione contro una violenza vista come incomprensibile, imprevedibile e frutto di un *black-out* della ragione che può veder coinvolto il malato di mente.

Tali esigenze collettive non possono tuttavia trovare risposta in un esasperato ricorso ai trattamenti coattivi o in forme di segregazione neo-manicomiale, ma debbono essere affrontate nel quadro di un'assistenza di prevenzione e cura a carattere territoriale, di prossimità, che sappia coinvolgere il paziente, la sua famiglia e il contesto comunitario in cui questi vive¹⁶.

L'interesse collettivo alla salute mentale si inverte dunque in efficaci programmi e servizi di prevenzione, diagnosi e cura, in una psichiatria migliore nella sua capacità di incontrare l'altro che necessita di aiuto, di erogare trattamenti caratterizzati da un più alto grado di appropriatezza, in un contesto sociale più aperto verso la possibilità di integra-

¹⁴ D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 169-172 ss. sulla disciplina dei trattamenti sanitari obbligatori.

¹⁵ D. VINCENZI AMATO, *Art. 32, 2.º co., cit.*, p. 192 secondo cui «questo legame tra la salute del singolo e salute della collettività sussiste probabilmente solo con riguardo alle malattie contagiose, ed è senz'altro da escludere in presenza di malattie mentali che soltanto in modo indiretto —proprio attraverso, cioè, la eventuale pericolosità del soggetto— possono minacciare la salute degli altri»; nota A.M. VECCHIETTI, *Salute mentale e riforma sanitaria*, Giuffrè, Milano, 1983, pp. 105-107 come «rest[i], pertanto, il dubbio che ciò che deve avere preoccupato maggiormente il legislatore sia stato, subito e con validità di effetti, attuare intanto le forme di coercitive della libertà solo a «questi» cittadini, certamente ancora molto scomodi, con l'apparente intenzione di tutelare la loro salute, ma con il recondito fine sia di proteggere da essi la società, sia di modificarne il comportamento, attraverso sistemi autoritari di controllo delle devianze».

¹⁶ Bisogna tenere pur conto, in questi casi, che la richiesta rivolta alla psichiatria e alle sue istituzioni rischia di non essere una richiesta di «cura», ma d'altro genere: sono il contenimento e il controllo (anche chimico) dei comportamenti, l'«esilio» a una certa distanza (meglio se lunga) e per qualche tempo (il più possibile) dal contesto sociale e dalla famiglia, e, al più, un intervento esclusivamente pedagogico-educativo che con la cura psichiatrica non dovrebbe essere confuso. Cfr. I. FERRANNINI, P.F. PELOSO, «I trattamenti senza consenso in psichiatria e in medicina tra norme, culture e pratiche. Appunti per una discussione», *Noos*, núm. 1, 2012, pp. 40 ss.

zione delle persone cui capita di fare nella propria vita esperienza della malattia mentale e più attento a non colpirle con atteggiamenti di stigmatizzazione¹⁷.

È nel solco di tale narrazione che va inserito il racconto della salute mentale che, pur non essendo più isolabile dalla salute in sé intesa, ha vissuto e vive un travaglio concettuale¹⁸, che si riflette inevitabilmente sui profili giuridici del suo disciplinamento.

Sembra infatti impossibile risolvere la «crisi» della psichiatria attraverso l'individuazione di un concetto di malattia mentale scientificamente valido, o, quantomeno, scientificamente «più valido» degli altri, laddove nemmeno il tentativo di razionalizzazione operato attraverso il sistema DSM¹⁹ è stato in grado di offrire una risposta rassicurante. Dato che la costruzione giuridica della scienza non può più limitarsi a recepire le proposizioni che quest'ultima propugna, è necessario passare a una condizione di reciproco scambio critico in cui il diritto, trovandosi a regolare una scienza incerta, deve, da un lato, esprimere valutazioni sul sapere scientifico, e, dall'altro, rendere ragione (anche) della scientificità delle proprie scelte, sciogliendo prescrittivamente un «nodo» non districato del sapere descrittivo²⁰.

Pertanto, la scienza, quale manifestazione della realtà sociale, «non costituisce più solo la materia oggetto di regolamentazione giuridica, ma è anche fattore di determinazione e di rinnovamento del diritto»²¹. Ciò incide anche sulla dimensione costituzionale, in riferimento ad ambiti particolarmente soggetti all'impatto della natura mutevole del contesto medico-scientifico come gli artt. 3 e 32 Cost., nel senso che il sistema giuridico può entrare in relazione «non al dettato della Costituzione, bensì (...) al dato costituzionale quale risulta, però, dalle acquisizioni della scienza»²².

¹⁷ C. ALBANESI, C. MIGANI, *Il lavoro di rete nella promozione della salute mentale: teorie e pratiche per un modello di intervento*, Carocci, Roma, 2004, pp. 36 ss.

¹⁸ M. ANGELL, «L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria», *Psicoterapia e Scienze umane*, núm. 2, 2012, pp. 263-282.

¹⁹ Il manuale internazionale di psicodiagnostica più diffuso e accreditato dell'*American Psychiatric Association*. L'ultima versione è il DSM-V-TR, cfr. AA.VV., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5*, American Psychiatric Publishing, 2013. L'altra classificazione dei disturbi mentali è quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'ICD-10 (*International Classification of Diseases*) approvata nel 1990 durante la 43.ª Assemblea mondiale della Sanità dell'OMS e utilizzata a partire dal 1994.

²⁰ M. TALLACCHINI, «Biotecnologie e diritto della scienza incerta», *Notizie di Politeia*, núm. 54, 1999, pp. 98-100.

²¹ G. D'AMICO, «I dubbi della scienza al vaglio della Corte costituzionale: dalle incertezze della scienza alle certezze del diritto (materiali giurisprudenziali)», in A. D'Aloia (a cura di), *Bio-tecnologie e valori costituzionali. Il contributo della giustizia costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2005, p. 261; S. PENASA, *La legge della scienza: nuovi paradigmi di disciplina dell'attività medico-scientifica*, Trento, 2015, pp. 454 ss.

²² P. VERONESI, «Uno statuto costituzionale del corpo», in S. Canestrari, G. Ferrando, C.M. Mazzoni, S. Rodotà, P. Zatti (a cura di), *Il governo del corpo, Trattato di Biodiritto*, diretto da S. Rodotà, P. Zatti, I. Giuffrè, Milano, 2011, pp. 351 ss.



Tuttavia, al di là di tale aspetto che pur risulta centrale nella definizione del rapporto tra diritto e scienza²³, un dato appare indiscutibile, ovvero che il mutamento di approccio alla malattia di mente —dall'impianto custodialistico e repressivo alla convinzione che la socializzazione e partecipazione del malato possieda essa stessa un'efficacia terapeutica— ha determinato, dapprima, un'evoluzione della disciplina pubblicistica relativa ai trattamenti sanitari nel segno della volontarietà e, successivamente, una riforma dello statuto giuridico degli infermi di mente e della loro tutela, volta a restituire soggettività alle persone vulnerabili.

Inquadrare la salute mentale nella costellazione del diritto alla salute consente di mettere in piedi un dispositivo di linguaggio, un codice, un'utopia in grado di occuparsi della sofferenza psichica il che —come ha scritto Paolo Zatti— significa saper come «regolare rapporti e decisioni che si inseriscono nelle condizioni di fragilità, di fatica, di malattia e di battaglia, di *handicap*, di non autosufficienza, di declino delle forze e della vitalità, di vecchiaia, di attesa e di desiderio di morire: le condizioni che tutti gli esseri umani incontrano in qualche punto tra la nascita e la morte, e che li conducono in quell'esperienza in cui, come dice *Levine*, “la mente si consuma e il cuore diviene di brace”²⁴.

Sicché lo sguardo del giurista, in tale prospettiva, incontra il malato, non la malattia; nella sua mente non cerca di decifrare i segni di una patologia (per valutarne l'incapacità o l'imputabilità), ma vuole conoscerne la biografia, il che impedisce alla soggettività del paziente (fatta di rapporti, diritti e modi di vita) di scomparire dietro l'oggettività di segni sintomatici e, al contempo, di ridurne la complessità entro quella forzata grammatica nosografica attraverso cui si classifica la malattia per classificare anche la persona.

II. IL LABORATORIO ITALIANO DELLA SALUTE MENTALE: LA LUNGA MARCIA SINO ALLA LEGGE «BASAGLIA»

La legge 180/1978 è il frutto di una rivoluzione «copernicana», che, nel porre la persona —e non più la malattia— al centro dell'universo della sofferenza psichica, ne ha fatto il luogo di riflessione della psichiatria, di attenzione ed azione dei servizi e infine di discussione nel contesto sociale.

La condizione del malato di mente è divenuta, in tal senso, paradigma per una riflessione complessiva sui meccanismi e le forme di disciplinamento della società, ovvero

²³ G. D'AMICO, «I dubbi della scienza al vaglio della Corte costituzionale: dalle incertezze della scelta alle incertezze del diritto (materiali giurisprudenziali)», in A. D'Aloia (a cura di), *Biotecnologie e valori costituzionali. Il contributo della giustizia costituzionale*, cit., pp. 237 ss.

²⁴ P. ZATTI, «Oltre la capacità», in G. Ferrando, G. Visintini (a cura di), *Follia e diritto*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003, p. 54.

sul ruolo dell'istituzione quale insieme di apparati scientifici, legislativi, amministrativi, di codici di riferimento culturale e di rapporti di potere strutturati attorno al binomio malattia/pericolosità.

Al fine di comprendere la complessità del cammino percorso per superare consolidati stereotipi e crittotipi²⁵ che connotavano la legislazione psichiatrica italiana, basti pensare che la legge 14 febbraio 1904, n. 36 sui «Manicomi e sugli alienati» —entrata a regime nel 1909 con l'approvazione del relativo regolamento di attuazione n. 615— era strutturata intorno alla centralità dell'ordine pubblico, ponendo in primo piano il bisogno di tutelare, di salvaguardare la «società dei sani» dai malati di mente, subordinando quindi la cura alla custodia, nell'ottica secondo cui la malattia mentale, concepita in termini strettamente biologici, era da considerarsi come dato naturale, incurabile e irreversibile²⁶.

L'orientamento della legislazione giolittiana —volto a realizzare forme di controllo sociale e al contempo di indirizzo del costume— si desumeva peraltro dalle stesse condizioni atte a legittimare l'internamento in manicomio, ovvero la pericolosità per sé o per altri o il pubblico scandalo ingenerato da soggetti che non potessero essere custoditi e curati convenientemente al di fuori del manicomio²⁷. A completare il quadro vi era il meccanismo che prescriveva, a seguito del provvedimento di internamento definitivo, una sorta di «cancellazione civile» che privava il malato non solo dei diritti politici, ma anche della capacità di agire attraverso interdizione e nomina di un tutore per l'amministrazione dei beni patrimoniali.

Neanche l'avvento della Costituzione contribuì ad un rapido adeguamento dell'arcaico tessuto normativo ai principi di uguaglianza e tutela delle diritti individuali e sociali, laddove ad una psichiatria internazionale che, negli anni '50, si apriva ai contributi della psicoanalisi, della fenomenologia e della sociologia, faceva riscontro, in Italia, una classe

²⁵ R. SACCO, *Introduzione al diritto comparato*, Giappichelli, Torino, 1980, pp. 3 e 109 definisce il concetto di *crittotipo* come un «modello (in particolare regola) non verbalizzato cioè rimasto inespresso nell'ordinamento considerato».

²⁶ S. MERLINI, «Libertà personale e tutela della salute mentale: profili costituzionali», *Democrazia e diritto*, núm. 1-2, 1970, pp. 61 ss.; L. BRUSCUGLIA, *Infermità di mente e capacità di agire. Note critiche e sistematiche in relazione alla legge 18 marzo 1968, n. 431*, Giuffrè, Milano, 1971, pp. 8 ss.; L. BRUSCUGLIA, F.D. BUSNELLI, A. GALOPPINI, «Salute mentale dell'individuo e tutela giuridica della personalità», *Rivista trimestrale di diritto e procedura civile*, 1973, pp. 661-663; A.M. VECCHIETTI, *Salute mentale e riforma sanitaria*, cit., pp. 2 ss.

²⁷ La malattia di mente, più che riguardare la materia della sanità, apparteneva a quella della pubblica sicurezza, tanto da rientrare anche nel testo unico di pubblica sicurezza, il quale prevedeva a carico degli esercenti la professione sanitaria l'obbligo di denunciare entro due giorni all'autorità di pubblica sicurezza tutte «*le persone da loro assistite o esaminate affette da malattia mentale o da grave infermità psichica, le quali dimostrino o diano sospetto di essere pericolose per sé e agli altri*» (art. 153 r.d. 18 giugno 1931, n. 773); correlativamente, seppur a titolo contravvenzionale, il codice penale sanzionava una serie di condotte (artt. 714, 715, 716, 717 c.p.) che riflettevano la sussistenza di obblighi di custodia o di denuncia.

medica in larga parte arroccata su posizioni organiciste, sull'assolutizzazione della diagnosi e sul legame —esplicito nella legge del 1904— tra esigenze di ordine pubblico e internamento manicomiale.

Solo a partire dagli anni '60, durante il periodo del cd. «disgelo costituzionale»²⁸, un insieme (irripetibile) di condizioni politiche e sociali²⁹ rese possibile l'avvio di un percorso di riforme volte a superare i residui e le distorsioni del regime fascista, dando piena attuazione alla Carta costituzionale attraverso l'apertura di nuovi spazi di libertà. In questo contesto si colloca la legge 18 marzo 1968, n. 431 che rivestì un ruolo centrale nella modernizzazione della legislazione psichiatrica. La nuova normativa, pur parziale nei suoi contenuti, veniva ad incidere su meccanismi che contribuivano al fenomeno di stigmatizzazione ed istituzionalizzazione del malato di mente.

Con essa infatti veniva abrogato l'obbligo di annotazione del ricovero in manicomio nel casellario giudiziario, si prevedeva inoltre la possibilità di ricovero volontario in ospedale psichiatrico ed inoltre di trasformazione dei ricoveri coatti in volontari, spezzando per la prima volta il legame tra malattia mentale e pericolosità. Sul piano organizzativo si stabiliva che ciascun ospedale psichiatrico dovesse essere costituito «da due a cinque divisioni, ciascuna delle quali con non più di 125 posti letto», stanziando risorse per l'adeguamento delle strutture e delle piante organiche di ciascun istituto. La legge «Mariotti», ispirata ai principi della psichiatria territoriale di settore, prevedeva anche la creazione dei Centri di igiene mentale (Cim) in grado di fungere da servizi di medicina preventiva di prossimità.

La breccia aperta nell'«istituzione totale» del manicomio venne ampliata da una prassi coraggiosa, portata innanzi da psichiatri e amministrazioni locali illuminate, che valorizzò l'attività di prevenzione, diagnosi e presa in carico del malato attraverso servizi di tipo ambulatoriale, affiancati dalla creazione di laboratori protetti, centri diurni e case-famiglia, collocati prevalentemente in zone non marginali del tessuto urbano e che in molti casi erano aperti a tutta la popolazione³⁰.

La legge 431/1968 consentì agli operatori di andare nel territorio e, al contempo, di sperimentare pratiche volte a forzare la realtà manicomiale, mirando esplicitamente al suo smantellamento. Dentro quelle esperienze di de-istituzionalizzazione la nuova psichiatria riuscì a costruire anche rilevanti rapporti con il territorio e saggiare nuove forme terapeutiche.

²⁸ A. PIZZORUSSO, «Il disgelo costituzionale», in *Storia dell'Italia repubblicana*, vol. II, t. 2, Einaudi, Torino, 1995, pp. 136 ss.

²⁹ P. GINSBORG, *Storia d'Italia dal dopoguerra ad oggi*, Einaudi, Torino, 2006, pp. 404 ss.; M. REVELLI, «Movimenti sociali e spazio pubblico», in *Storia dell'Italia repubblicana, La trasformazione dell'Italia. Sviluppo e squilibri*, vol. II, t. 2, Einaudi, Torino, 1995, pp. 471 ss.

³⁰ Sulle esperienze di quegli anni F. BASAGLIA (a cura di), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968; E. VENTURINI (a cura di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino, 1979.



tiche nella relazione diretta con i pazienti, abbattendo le barriere gerarchiche e mettendo in discussione i saperi professionali di cui erano portatori i diversi tipi di operatori (medici, infermieri, assistenti ospedalieri).

Sicchè si può notare come la svolta, concretatasi nella legge 13 maggio 1978, n. 180, fosse, nel contesto sociale e nelle pratiche terapeutiche, ormai maturata attraverso quel sapere esperienziale accumulato a partire dagli anni '60; a rendere però ineludibile la scelta fu l'approssimarsi di un *referendum*, proposto dai radicali, volto all'abrogazione della disciplina del 1904, il che costrinse le forze parlamentari, ad ampia maggioranza, ad approvare una legge stralcio, disciplinante il solo settore della salute mentale, con l'espressa intenzione di riassorbirne i contenuti nella più complessiva riforma istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (l. 23 dicembre 1978, n. 833).

Nel regolare il trattamento della malattia mentale, il legislatore —abbandonata completamente l'ottica asilare e para-detentiva caratterizzante la vecchia legge del 1904— definisce una scala di valori che vede il primato della salute dell'uomo, della sua libertà e dignità su ogni altro interesse (v., in particolare, artt. 1, 2.º co., e 2, 2.º co., lett. g), l. 833/78, e art. 1, 2.º co., l. 180/78). Si postula un diverso approccio alla salute mentale, modificando gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico —dal controllo sociale dei malati alla promozione della salute e prevenzione dei disturbi mentali— spostando di conseguenza l'asse portante dell'intervento istituzionale dal ricovero ospedaliero alla definizione di servizi territoriali.

Sul piano organizzativo, ciò si traduce nell'inserimento organico dei servizi psichiatrici nell'ambito dei servizi generali, in modo da eliminare —pur nella specificità delle misure terapeutiche— ogni forma di discriminazione e di segregazione verso i settori di cura delle infermità mentali, e al fine di favorire, al contempo, il recupero e il reinserimento sociale delle persone con disturbo psichico (art. 2, 2.º co., lett. g), l. 180/1978).

In termini direttivi, inoltre il trattamento dell'infermo in condizioni di degenza ospedaliera risulta, per esplicita scelta del legislatore, ridotto ad una forma di intervento assolutamente residuale e transitoria, venendo indicati quali luoghi in cui attuare, di norma, gli interventi terapeutici e riabilitativi, i Centri e i presidi psichiatrici extra-ospedalieri; mentre per il ricovero ospedaliero si prevede la creazione di specifici reparti di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale (art. 34, 5.º co., l. 833/78 e art. 6, 2.º e 3.º co., l. 180/78).

Quanto agli ospedali psichiatrici, la stessa legge —oltre a disporre il divieto di nuove costruzioni— prevede il graduale superamento di quelli esistenti (art. 64, 1.º e 3.º co., l. 833/78 e art. 7, 5.º e 6.º co., l. 180/78), condizione realizzatasi solo nel 1998.

Con riguardo agli accertamenti e ai trattamenti sanitari, la cui disposizione è condizionata al generale principio di volontarietà, si stabilisce, in via d'eccezione, una disciplina snella che, nell'«amministrativizzare» il procedimento di imposizione del trattamento



obbligatorio (Aso e Tso)³¹, ne circoscrive la responsabilità dell'adozione entro il circuito formato da sapere medico e autorità locale delegata alla tutela della salute pubblica, con una funzione di garanzia attribuita al giudice tutelare.

Il legislatore del 1978 ha preferito dunque erigere l'impianto del dispositivo trattamentale sul binomio necessità/rifiuto delle cure, che ne rappresenta il corrispettivo concreto e molto più obiettivabile. Esso rappresenta, infatti, l'asse portante della condizione in cui un rifiuto (espresso in varie forme) al trattamento non può essere accettato in quanto potenzialmente lesivo per il diritto alla salute del paziente e, al contempo, per il correlato interesse della collettività: su questo paradigma si delineano i modelli di presa in carico e di prevenzione del *drop-out* così come il tentativo di costruzione della relazione terapeutica, nella misura in cui si prevede che i trattamenti debbano «essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato» (art. 33, l. 833/1978)³².

Se l'obiettivo essenziale perseguito attraverso la riforma è dato indiscutibilmente dalla chiusura dei manicomi nel segno dei diritti, sostituendo all'*Asylum* un sistema di cura senza custodia, l'impatto, a livello normativo, sociale e culturale, del passaggio da una cura-controllo del disturbo psichiatrico, attuata di norma in condizioni di degenza ospedaliera, ad una gestione della medesima con netta predominanza del momento territoriale, ambulatoriale e domiciliare, si è concretato in uno *work in progress* in costante evoluzione. E non poteva essere altrimenti in un contesto connotato da bisogni complessi e composti, in cui l'approccio terapeutico non si può limitare all'aspetto sanitario o farmacologico ma deve coinvolgere anche il vissuto esistenziale del malato e della sua famiglia, ponendo attenzione all'essenza della persona umana sofferente, piuttosto che all'astratto timore della distruttività e pericolosità del disturbo mentale da cui è afflitta.

III. LA REGIONALIZZAZIONE DELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

L'assetto del Sistema sanitario italiano si presenta allora tutt'altro che statico, influenzato com'è dal sostrato di una posizione giuridica soggettiva in continua evoluzione quale il diritto alla salute. Di questa dinamicità è espressione l'evoluzione stessa della legislazione sanitaria, prima e dopo il 1978.

³¹ Anche con riguardo al trattamento sanitario obbligatorio, permane la regola generale del trattamento extra-ospedaliero. La legge, difatti, ipotizza i casi in cui il trattamento obbligatorio della malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in situazione di degenza ospedaliera: per darvi luogo, oltre alla presenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, e al fatto che gli stessi non vengano accettati dall'infermo, si precisa che devono sussistere condizioni e circostanze che non permettano di adottare tempestive ed idonee misure extra-ospedaliere (art. 34 l. 833/78; art. 2, 2.° co. l. 180/78).

³² Sulla disciplina dei trattamenti sanitari obbligatori si veda A.M. VECCHIETTI, *Salute mentale e riforma sanitaria, cit.*, pp. 50 ss.

In questo quadro, il fenomeno di regionalizzazione dell'assistenza sanitaria in ambito psichiatrico ha vissuto due stagioni: una prima, *post* legge 180/1978, durante la quale l'attuazione della riforma si è prolungata indeterminatamente nel tempo, cristallizzando «situazioni di passaggio» che avrebbero dovuto essere superate in tempi brevi ed una seconda fase, quella dei Progetti Obiettivo, che hanno costituito una svolta nella piena ed effettiva attuazione della lettera e dello spirito della riforma.

È bene rammentare che, sino al 1968, l'assistenza sanitaria era gestita per il profilo ospedaliero da organismi autonomi, pubblici e privati, spesso con funzioni miste anche di beneficenza e istruzione, sulla base del dettato della legge Crispi del 1890, mentre l'assistenza medico-generica, specialistica e farmaceutica veniva assicurata tramite l'organizzazione mutualistica. Entro questo quadro la gestione dei manicomi, dei relativi servizi e del personale erano di esclusiva competenza delle amministrazioni provinciali, che hanno continuato a svolgere tale funzione anche dopo l'approvazione della riforma nella lunga fase di transizione che ne è seguita.

Un primo passo verso la regionalizzazione dell'organizzazione della tutela della salute mentale venne compiuto con la legge 22 luglio 1975, n. 382, con la quale si fissarono i principi e criteri in base ai quali il governo, entro 12 mesi, avrebbe dovuto emanare decreti diretti a completare il trasferimento delle funzioni amministrative inerenti le materie di cui all'art. 117 Cost., nonché degli uffici e del personale alle regioni. In particolare con il d.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 furono affidate alle regioni le funzioni di programmazione e di organizzazione dei servizi, nonché le tipologie e modalità delle prestazioni inerenti alla materia dell'«assistenza sanitaria ed ospedaliera»³³.

Seppure in maniera disorganica, è però solo con l'art. 7, 1.º co., l. 180/1978 che vennero espressamente trasferite alle regioni «*le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera già esercitate dalle province*», lasciando a queste ultime la competenza sull'assistenza psichiatrica ambulatoriale e domiciliare, senza peraltro disciplinare le forme del necessario coordinamento organico e funzionale tra le strutture³⁴.

Un assetto sistematico alla materia è stato conferito dalla legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), la quale indica all'art. 1 come compito coordinato

³³ Sulle problematiche connesse al decentramento amministrativo in materia sanitaria si richiama V. ANGIOLINI, «L'amministrazione locale nella riforma sanitaria: spunti per una definizione obiettiva del fenomeno autonomistico», *Jus*, 1979, pp. 232 ss.

³⁴ Ciò consentì alle province di continuare a gestire l'assistenza psichiatrica extra-ospedaliera, perpetuando le scelte politico-organizzative ormai sedimentate, senza attivare iniziative di rinnovamento in stretta collaborazione con gli organi (ospedali generali) deputati all'assistenza ospedaliera. In tal modo molte amministrazioni provinciali poterono impedire non solo ogni attività decentrata sul territorio, ma anche l'apertura degli stessi servizi speciali di diagnosi e cura presso gli ospedali generali.

dello Stato, delle regioni e degli enti locali territoriali, l'attuazione del complesso delle funzioni, strutture e servizi destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica della popolazione, secondo modalità tali da garantire l'eguaglianza dei cittadini³⁵. In questa prospettiva appare rilevante la previsione dell'art. 2, 2.° co., lett. g) che stabilisce tra gli obiettivi che le istituzioni avrebbero dovuto perseguire «*la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali, in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici*».

Sotto il profilo strettamente ordinamentale, la l. 833/1978 attribuiva, con l'art. 5, alle regioni le funzioni di indirizzo e coordinamento in materia sanitaria in generale e psichiatrica in particolare, nel rispetto dei criteri di programmazione economica nazionale, nonché, ai sensi dell'art. 11, le funzioni legislative e amministrative proprie e delegate, seguendo il metodo della programmazione pluriennale, da attuarsi attraverso la predisposizione di piani sanitari regionali.

Risulta essenziale, alla luce dell'ispirazione di fondo della riforma, volta a espandere i servizi psichiatrici di territorio, quanto disposto dall'art. 34 che demandava alle leggi regionali l'istituzione dei servizi territoriali destinati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle malattie mentali entro strutture dipartimentali, sia di tipo ospedaliero che extra-ospedaliero. L'opera di de-istituzionalizzazione avviata dalla riforma non poteva certo limitarsi all'abbattimento delle strutture manicomiali, dovendo prospettare un percorso alternativo attraverso l'edificazione di un sistema di servizi di prossimità, dotati di mezzi e operatori qualificati, in grado non solo di «fare» prevenzione ed educazione sanitaria alla popolazione, ma anche di farsi carico del reinserimento sociale delle persone con sofferenze psichiche.

Delineato, seppur sinteticamente, lo sviluppo normativo in materia, si può dire che, sul piano attuativo, le regioni, nel corso degli anni '80, non hanno dato seguito alle previsioni della legge del 1978, «dimenticando» di dotarsi di apposite leggi in materia³⁶.

³⁵ A. CORASANITI, «Commento agli artt. 1 e 2 legge 23 dicembre 1978, n. 833», *Leggi civili commentate*, 1979, pp. 1194 ss.; in generale F. ROVERSI MONACO (diretto da), *Il Servizio Sanitario Nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978*, núm. 833, Giuffrè, Milano, 1979.

³⁶ La maggior parte delle Amministrazioni regionali peraltro non adottò mai alcun Piano Sanitario Regionale: di fatto, nel corso degli anni Ottanta, essi furono approvati solo in Emilia Romagna, Piemonte, Marche, Valle d'Aosta, Toscana, Umbria, Veneto, Friuli e nella provincia autonoma di Bolzano. Per alcuni momenti di riflessione sulla riforma dei primi anni Ottanta: R. MISITI *et al.*, *La riforma psichiatrica: prima fase di attuazione*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1981; S. PIRO, A. ODDATI (a cura di), *La riforma psichiatrica del 1978 e il meridione d'Italia: studio sull'attuazione della Legge n. 180 del 13 maggio 1978 in sei province dell'Italia meridionale peninsulare*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1983.



Alla ritardata attuazione delle nuove normative contribuirono, al di là delle resistenze culturali e politiche, anche i ritardi nell'istituzione delle Unità sanitarie locali (USL), gli inadeguati finanziamenti statali, il blocco degli organici³⁷. Tutto ciò ha determinato conseguenze che ancora oggi caratterizzano quell'immagine «a macchia di leopardo» che meglio definisce il livello di presenza ed efficienza dei servizi psichiatrici nelle varie aree del nostro Paese: difatti, a fronte di alcune esperienze particolarmente importanti —ove i processi di deistituzionalizzazione e reinserimento degli infermi di mente figurano assai avanzati— sussistono situazioni nelle quali i servizi sono assenti, privi di risorse materiali ed umane, perpetuando attraverso la presenza di strutture residenziali di lungo degenza (alle volte in condizioni di profondo degrado) quei manicomi che la legge «Basaglia» intendeva cancellare dalla storia del nostro paese.

IV. LA SANITÀ NEL PROCESSO DI DECENTRAMENTO E AZIENDALIZZAZIONE

I fattori organizzativi, gestionali e quelli tecnici influiscono in maniera ormai determinante nella strutturazione dei servizi e sulle modalità attraverso le quali le prestazioni, in particolare quelle legate alla salute, vengono ad essere rese disponibili e fruite dai cittadini-utenti. Per tale motivo, nel contesto dell'analisi qui condotta, non poteva essere omissa il riferimento al fenomeno della «aziendalizzazione» che, a partire dall'inizio degli anni '90, ha travolto e modificato il Servizio Sanitario Nazionale e di riflesso anche le strutture preposte alla tutela della salute mentale.

La politica sanitaria nel corso di quel decennio è stata caratterizzata da una forte spinta al decentramento, nella convinzione da parte del legislatore che l'attribuzione del potere decisionale, e delle conseguenti responsabilità finanziarie, a livello locale avrebbe potuto responsabilizzare maggiormente gli amministratori pubblici, spingendoli ad adottare comportamenti di spesa virtuosi; queste scelte sono state accompagnate anche dalla sperimentazione di nuovi modelli organizzativi maggiormente concorrenziali tra fornitori di prestazioni (pubblici o privati convenzionati) con la finalità di creare una sorta di mercato sanitario regolato³⁸.

³⁷ Come scrive C.G. DE VITO, *I luoghi della psichiatria. Una ricerca sulla rete dei servizi di salute mentale in Toscana a trent'anni dalla legge Basaglia*, Polistampa, Firenze, 2010, p. 46 «L'inerzia delle istituzioni e il mancato collegamento con i servizi territoriali fecero del periodo tra il 1983 e il 1993 una fase di "sostanziale abbandono e di lenta trasformazione della struttura". La sintesi di quel cinico disinteresse verso le persone ancora ricoverate negli ospedali psichiatrici era in un neologismo allora molto in voga: "residui manicomiali"».

³⁸ A. CROSETTI, *Il Servizio sanitario. «Profili organizzativi»*, in R. Ferrara (a cura di), *Salute e sanità, Trattato di Biodiritto*, diretto da S. Rodotà e P. Zatti, Giuffrè, Milano, 2010, pp. 217 ss.

Così, la «riforma *bis*» e, cioè, il riordino degli anni 1992/1993, voluto dalla legge delega n. 421 del 23 ottobre 1992 e attuato con i decreti legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993, ha avuto come obiettivo generale quello di garantire ai cittadini di poter accedere su tutto il territorio nazionale ad una gamma di prestazioni di assistenza sanitaria predefinita, assicurando, nello stesso tempo, il rispetto dei vincoli di spesa pubblica determinati in funzione dell'andamento dell'economia nazionale. Tali provvedimenti hanno inoltre comportato di riflesso il superamento del sistema organizzativo precedente, che è passato da un modello di servizio nazionale verticalmente integrato (caratterizzato dalla presenza di un ente, lo Stato, che interviene in più fasi del processo produttivo di beni e servizi sanitari), ad un modello misto ove i beni e servizi sanitari sono opera sia del pubblico che del privato. Si è venuta quindi ad affermare, in un'ottica sussidiaria, l'idea che fosse necessario instaurare un sistema di concorrenza tra istituzioni pubbliche e private in funzione del miglioramento della qualità del servizio offerto e in ossequio al principio della libertà di scelta del cittadino³⁹.

I limiti⁴⁰ dei d.lgs. 502 e 517 vengono gradualmente evidenziati e si delineano progressivamente, attraverso dibattiti e confronti, nuovi orientamenti di politica sanitaria, che trovano verso la fine degli anni '90 contestuale espressione nel Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 e nella legge 419/98 di delega al Governo per la razionalizzazione del Ssn e nel relativo decreto legislativo.

³⁹ A. MATTIONI, «Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali», in R. Balduzzi (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Il Mulino, Bologna, 2010, pp. 297 ss. secondo cui «Dai provvedimenti di riordino emerge un Servizio —in cui le istituzioni non pubbliche accanto a quelle pubbliche sono acquisite al solo fine di una razionalizzazione territoriale— che continua ad essere governato dalla programmazione e che seleziona prestazioni sanitarie, non necessariamente integrate con quelle socio-assistenziali e non necessariamente unitariamente imputate - sulla base di un preconstituito fabbisogno finanziario messo a disposizione, alle quali accede l'universalità dei soggetti, ai quali può essere chiesto di partecipare anche finanziariamente».

⁴⁰ Così, ad esempio, un effetto tangibile dell'aziendalizzazione sui servizi di salute mentale è dato dal cd. «gigantismo istituzionale», ovvero dalla creazione di servizi dotati di un elevato numero di operatori, strutture e competenti su un ampio bacino d'utenza. Tale condizione ha ingenerato delle conseguenze non controllabili in termini di gerarchizzazione endo-strutturale, di incapacità di razionalizzazione, di burocratizzazione e centralizzazione delle attività non solo amministrative ma anche prestazionali con ricadute sul livello di efficienza del servizio per gli utenti, specie quelli più fragili. La trasformazione dei D.s.m. da strutturali —con gestione di budget autonoma— a tecnico-funzionali, venne a rafforzare il ruolo dei Direttori generali delle Asl in merito all'allocazione delle risorse finanziarie alle Unità funzionali, ora detentrici di budget, favorendo un ulteriore processo di diversificazione tra di esse. Introducendo tetti di spesa e bilanci definiti, l'aziendalizzazione spingeva i responsabili dei servizi a pensare in termini quantitativi, sopravvalutando il peso dei momenti ospedalieri e farmacologici dell'intervento, e sottostimando la rilevazione di molte attività territoriali.



Per questo con il d.lgs. 229 del 1999 si è inteso riproporre, in una versione razionalizzata, la cultura, le finalità e le idealità proprie della riforma del 1978⁴¹: si iscrive in tale contesto la sussunzione delle attività di tutela della salute entro la categoria di funzione pubblica realizzativa del diritto soggettivo attribuito alla universalità delle persone, di cui si garantisce la libertà e la dignità. Sul piano organizzativo la riforma delinea un sistema sanitario integrato dove le responsabilità programmatiche sono attribuite sia al governo centrale che agli enti locali, definendo in tal modo un modello di cooperazione amministrata. Da questo momento, infatti, le regioni concorrono alla definizione del Piano sanitario nazionale⁴² e a loro volta i comuni sono responsabili dell'organizzazione dei servizi, attraverso la definizione dei distretti, nella maniera più utile per i cittadini. In coerenza con lo sviluppo di significative forme di integrazione socio-assistenziale, si viene quindi a strutturare un sistema di governo della salute in cui, sia pure in via embrionale, trovano considerazione anche il ruolo del volontariato e delle espressioni del pluralismo etico-culturale⁴³.

Si può concludere sul punto notando come la più rilevante novità delle riforme legislative degli anni '90 sia rappresentata dalla nuova strutturazione dei rapporti tra Stato e regioni in campo sanitario, in cui la programmazione della politica sanitaria — in virtù del Piano sanitario nazionale, della definizione degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, di quella delle linee di indirizzo del Ssn — avviene attraverso una procedura di «concertazione» tra i due livelli di governo, centrale e regionale, volta a garantire l'universalità e uniformità delle prestazioni in un contesto razionalizzato.

⁴¹ G. GIARELLI, «Convergenza e divergenza nelle riforme dei servizi sanitari nazionali euro-mediterranei», in G. Vicarelli (a cura di), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, Il Mulino, Bologna, 2011, p. 39 secondo cui «Assieme al II Piano sanitario nazionale 1998-2000 [la riforma operata con il d.lgs. 229 del 1999] avrebbe dovuto rappresentare forse uno dei tentativi più ambiziosi in Europa di creare un quadro di regolamentazione dettagliata, basato sui quattro pilastri strategici dei piani sanitari regionali, del processo di accreditamento istituzionale, della valutazione di qualità delle cure e della promozione di forme di integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, organizzativo e professionale».

⁴² Il Piano sanitario nazionale, di impostazione profondamente innovativa e centrata sugli obiettivi di salute, afferma che gli interventi in merito ai determinanti non sanitari della salute (fattori ambientali, sociali, economici, ecc.) richiedono un coordinamento intersettoriale, a livello governativo regionale e locale, che deve tradursi in strategie condivise per obiettivi comuni, e che l'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta quindi una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi.

⁴³ Per tutti R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. n. 229/99*, Giuffrè, Milano, 2001; A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Franco Angeli, Milano, 2008.



V. I PROGETTI OBIETTIVO: DIRETTIVE PER L'ATTUAZIONE DELLA L. 180/1978

Come già accennato, se la riforma psichiatrica si poneva l'obiettivo della contestualità tra il superamento dell'ospedale psichiatrico e la costruzione dei servizi, proprio a questo livello si determinarono le maggiori difficoltà, con una forte «discrepanza temporale» tra il lavoro di dimissione e la strutturazione dell'intervento sul territorio. In parte ciò era una conseguenza inevitabile della scelta di rottura fatta dalla legge 180, per la quale l'abolizione degli ospedali psichiatrici segnava un punto di non ritorno, che tuttavia presupponeva la necessaria strutturazione di una rete di servizi territoriali di salute mentale ispirati ad un modello del tutto alternativo a quello di assistenza psichiatrica manicomiale.

Nel contesto del processo di rinnovamento dell'organizzazione sanitaria si inserisce il Progetto Obiettivo «Tutela della salute mentale», approvato con d.P.R. 7 aprile 1994, che ha rappresentato, dopo 16 anni dall'approvazione della legge 180, la prima regolamentazione a livello nazionale volta a dettare i principi direttivi e i criteri guida per strutturare in maniera tendenzialmente omogenea il sistema dei servizi per la salute mentale sul territorio nazionale. Nelle premesse del documento si dà atto del fatto che la legge 180 abbia «*postulato un diverso approccio alla malattia mentale, modificando gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali e spostando l'asse portante delle istituzioni assistenziali dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli incentrati sui servizi territoriali*». Tuttavia proprio il risultato non soddisfacente dell'attuazione della riforma, la scarsa articolazione dei servizi, nonché il ritardo nel predisporre strutture ed interventi sul territorio, con un sovraccarico funzionale per le famiglie dei malati, hanno spinto l'esecutivo a definire linee uniformi di sviluppo strutturali del sistema. In tal senso, il Progetto prevedeva la creazione di Dipartimenti di salute mentale (D.S.M.), corrispondenti al bacino di utenza e ai bisogni a livello regionale, ed inoltre che, in ogni Dipartimento di salute mentale (D.S.M.), la struttura ordinaria comprendesse i seguenti Servizi: *a*) Centri di salute mentale; *b*) Servizi di diagnosi e cura (S.P.C.D.); *c*) strutture semiresidenziali (*day hospital* psichiatrico e centro diurno); *d*) strutture residenziali, specie in considerazione di bisogni di lungo-assistenza, la domanda di residenzialità protetta e semiprotetta.

Il rilancio del processo riformatore della 180 coincide dunque con un ulteriore spostamento del baricentro dei servizi di salute mentale in direzione di un Dipartimento «forte», connotato in senso specialistico, che si viene ad inserire in un modello organizzativo nel quale la protezione della salute mentale è garantita dall'unitarietà e integrazione dei servizi psichiatrici che insistono sul territorio e soprattutto dall'azione congiunta e coordinata tra tali servizi e quelli socio-sanitari confinanti in termini di competenze (Consultori, Sert ecc.).

Successivamente, con il Progetto obiettivo nazionale sulla tutela della salute mentale 1998-2000 (d.P.R. 1 novembre 1999), nell'individuare la salute mentale fra le tematiche ad elevata complessità per le quali si ritiene necessaria l'elaborazione di specifici atti di



indirizzo, si è preso atto e si è tentato di colmare le lacune che connotavano il precedente progetto: infatti, se da una parte si può affermare che, pur con differenti gradi di realizzazione, il modello dipartimentale era stato avviato e che la de-ospedalizzazione era un fatto quasi compiuto, dall'altra parte, la salute mentale in età evolutiva (nelle forme domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri) continuava ad offrire servizi carenti, permanevano inoltre lo scarso coordinamento e la conflittualità tra le varie figure professionali e non si era riusciti ad implementare le reti informali di solidarietà creando una collaborazione con il terzo settore e le famiglie.

Il Progetto Obiettivo 1998-2000 ha perciò formulato ulteriori cinque «obiettivi di salute», tuttora attualissimi: a) promuovere la salute mentale nell'intero ciclo della vita, dall'età evolutiva all'anziano; b) perseguire la prevenzione, sia primaria che secondaria, del disagio giovanile; c) salvaguardare la qualità di vita del nucleo familiare del paziente; d) ridurre il numero ancora elevato di suicidi e tentati suicidi; e) ricostruire il tessuto affettivo, sociale e relazionale del paziente⁴⁴.

Il nuovo Progetto Obiettivo si è dunque caratterizzato per la programmazione dei progetti terapeutici e di risocializzazione, per l'incremento degli interventi della rete sociale e familiare, oltre che per la limitazione della cronicità e delle pratiche assistenzialistiche.

È interessante notare, sotto il profilo dei principi costituzionali adombrati nei summenzionati obiettivi, come ne emerge una forte impronta personalista rivolta a tutelare l'uomo concreto nei suoi aspetti esistenziali più profondi: in particolare il richiamo alla necessità di ricostruire il tessuto affettivo, sociale e relazionale del paziente intreccia tali tematiche con l'affermazione, anche in questo campo, del principio di dignità, che si traduce in un efficace strumento di reazione all'isolamento del fenomeno giuridico in una visione astratta, tecnicista e neutralista, nella quale sfuma ogni senso di morale coinvolgimento e responsabilità.

Nel campo della salute mentale il riconoscimento della dignità come valore della persona può essere declinato in una duplice prospettiva plurale e soggettiva: inteso come riconoscimento dell'invulnerabilità (e autonomia) della stessa, e al contempo, in funzione del richiamo alla «pari dignità sociale», come strumento per ridare spessore alla cittadinanza delle persone con infermità mentali, laddove, sancita la loro libertà formale (anche attraverso le previsioni della l. n. 833/1978), si rende necessario garantire e approntare i mezzi atti a rimuovere gli ostacoli che ne impediscono la piena realizzazione.

⁴⁴ Per maggiori approfondimenti si rinvia ai lavori del Centro Studi del Ministero della Sanità (in collaborazione con il Centro studi Labos) e dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale cfr. AA.VV., *L'assistenza psichiatrica in Italia. La normativa e la diffusione dei servizi sul territorio. Progetto Obiettivo «Tutela della Salute mentale»*, Ter edizioni, Roma, 1998; AA.VV., *Utenza psichiatrica e servizi*, Ter edizioni, Roma, 1998.

La positivizzazione del principio di dignità fa sì che la persona, considerata all'interno di una dimensione relazionale, venga iscritta in un orizzonte di irrinunciabile appartenenza all'umanità, intesa come tessuto di mutue relazioni fondate su di un imperativo di reciproco riconoscimento: essa viene dunque compresa come categoria del «prossimo», della comunanza con l'altro che è propria di ogni individuo, quale *als Mitmensch*, ossia come punto di riferimento di una relazione normativa con se stesso e con l'insieme della umanità. Citando Hofmann⁴⁵, la dignità non può essere pensata svincolata da una comunità concreta di riconoscimento e significazione. In tale prospettiva l'etica dei diritti discende, così, da un dovere originario, quello di riconoscere l'altro e i suoi diritti, nonché quello di esercitarli in modo da non far venir meno il rispetto di sé.

Vi è da segnalare inoltre come, per la prima volta ufficialmente, viene affrontato in modo organico il problema della prevenzione e promozione della salute mentale, con interventi specifici e precoci sulle condizioni di disagio e disturbo mentale, realizzati anche attraverso lo strumento del «*patto della salute*» volto a coordinare ed integrare le agenzie formali ed informali in grado di contribuire alla costruzione di un progetto di salute mentale di comunità.

La fase di attuazione del secondo Progetto ha consentito di affrontare diversi problemi organizzativi e strutturali relativi all'offerta di prestazioni di cura ed assistenziali: ciò è avvenuto attraverso lo sviluppo, non sempre programmato, del settore residenziale, un notevole sforzo di qualificazione degli interventi mediante forme più esigenti di accreditamento ed il ruolo molto importante assunto dall'associazionismo, dalle pratiche di auto-mutuo aiuto con il coinvolgimento degli utenti e familiari nei momenti di programmazione, monitoraggio e verifica delle politiche e dei progetti.

L'adozione dei Progetti Obiettivo ha costituito quindi un catalizzatore per l'approvazione da parte delle regioni di apposite discipline normative (leggi e regolamenti), piani attuativi e progetti obiettivo regionali, finalizzati a definire sia la dimensione organizzativa-gestionale che quella clinica. Tuttavia, a fronte di una parziale uniformità della disciplina di dettaglio, la complessità dell'assetto gestionale e organizzativo operante nelle diverse realtà regionali ha determinato una strutturazione diversificata dei servizi il che ha evidenziato l'esigenza di un governo del sistema in grado di considerare il ruolo, le funzioni e le competenze dei diversi soggetti e Enti coinvolti⁴⁶. Le diverse regolamentazioni hanno poi introdotto la metodologia dei *percorsi clinici*, garantendo agli utenti una valutazione

⁴⁵ H. HOFMANN, «Die versprochene Menschenwürde», *Archiv des öffentlichen Rechts*, núm. 118, 1993, pp. 353 ss.; trad. it. «La promessa della dignità umana», *Rivista internazionale di filosofia del diritto*, 1999, pp. 620 ss.

⁴⁶ In tal senso è stato notato come, dopo il 1978, si sia verificato un processo di regionalizzazione della cura della salute mentale, creando 21 sistemi regionali di salute mentale, molto diversi in termini di organizzazione, rete di servizi, accessibilità, modalità di cura. Cfr. A. LORA, «An overview of the mental health system in Italy», *Annali Istituto Superiore di Sanità*, núm. 1, 45, 2009, pp. 5 ss.



approfondita delle loro esigenze e percorsi di cura differenziati e hanno identificato modelli clinico-organizzativi per governare il processo assistenziale.

Vi è infine da segnalare l'approvazione, in data 24 gennaio 2013, da parte della Conferenza unificata Stato-Regioni ed Enti locali del «Piano di azioni nazionale per la salute mentale», che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento specifici e differenziati sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura che sappiano intercettare le attuali domande di salute e contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle *equipe*, i programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

Ciò conferma la necessità che i percorsi di cura vengano realizzati da parte dei servizi specialistici per la salute mentale (DSM e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza) privilegiando una metodologia «dal basso», capace di valorizzare le buone pratiche esistenti a livello locale, oltre che regionale, favorendo al contempo il confronto con le reti di sostegno formali ed informali.

VI. I LEA E LA SALUTE MENTALE: LIMITI E SFIDE FUTURE

Vi è uno stretto legame tra processo di regionalizzazione, adozione dei Progetti Obiettivo e definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), che viene ad involgere cambiamenti maggiori, incidenti sull'impalcatura istituzionale, sulle basi cognitive delle istituzioni, sulle grammatiche di giustizia e sui modi in cui le norme sociali sono istituite e praticate; e che inevitabilmente toccano anche il diritto nel suo insieme.

La clausola dei «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» (cd. LEP) di cui all'art. 117, 2.º co., lett. m) della Costituzione rappresenta, in tal senso, uno strumento di analisi privilegiata dei cambiamenti che hanno interessato i diritti sociali, nel loro aspetto statico e dinamico, e il delicato rapporto tra i soggetti che, ai vari livelli, ne devono garantire la tutela e l'attuazione⁴⁷. Sotto il profilo ordinamentale, è bene rammentare che la determinazione dei LEP rappresenta un ambito attribuito alla competenza legislativa esclusiva dello Stato⁴⁸, mentre la «tutela della salute» rientra nel novero delle materie oggetto di

⁴⁷ A. D'ALOIA, «Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni», *Le Regioni*, 2003, pp. 1064 ss.; E. BALBONI, «Il concetto di "livelli essenziali e uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali», *Le Istituzioni del Federalismo*, 2001, pp. 1109 ss.

⁴⁸ Secondo quanto sancito dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 282/2002, «non si tratta di una "materia" in senso stretto, ma di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle». Cfr. altresì Corte cost., sentt. núm. 322/2009 e 10/2010.



potestà concorrente Stato-regioni, elencate nell'art. 117, 3.º co., Cost.⁴⁹. Peraltro, come si è sottolineato⁵⁰, la peculiarità propria del contesto materiale dei LEP «consisterebbe nella definizione teleologica di ambiti valoriali, nell'enunciazione di finalità che attraversano orizzontalmente l'ordinamento, coinvolgendo interessi disparati o conglobando oggetti dispersi nell'ordine formale delle competenze. La trasversalità di questi ambiti riservati alla competenza esclusiva del legislatore statale sarebbe dotata di una forte capacità espansiva, tale da investire anche materie di competenza regionale, sia concorrente che residuale».

Anche in virtù di tale tendenza espansiva si è attribuita alla clausola dei livelli essenziali una funzione di unificazione nell'ambito del sistema istituzionale policentrico, atta ad comprendere la pluralità delle situazioni giuridiche soggettive che costituiscono il fascio dei diritti del moderno concetto di cittadinanza sociale.

Si comprende allora perché il legislatore ordinario⁵¹, in dialogo con gli strumenti di pianificazione nazionale⁵², abbia qualificato come essenziali quei livelli necessari (e cioè le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale e collettivo, a fronte delle risorse impiegate) e appropriati (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino, sia alle modalità di erogazione delle prestazioni), che dunque definiscono, in sanità, il tetto massimo, il livello massimo —non la soglia, cioè il livello minimo— delle garanzie offerte a tutti i consociati.

Sembra quindi che, attraverso la previsione costituzionale, si sia voluto chiarire come l'obiettivo prefissato con la definizione dei livelli essenziali non sia tanto quello di individuare i livelli minimi di assistenza o, addirittura, di individuare i soli servizi che devono essere forniti⁵³, ma piuttosto sia quello di assicurare una comune cittadinanza di diritti su tutto il territorio, a prescindere dal luogo di residenza. In altre parole, la previsione costituzionale sembra adattarsi alle necessità di un assetto istituzionale tendenzialmente federale, in cui, a fronte di «livelli» di differenziazione fisiologica, si garantiscono stan-

⁴⁹ R. FERRARA, «Rapporti Stato-Regioni in materia di sanità», in AA.VV., *Il libro dell'anno del diritto 2012*, Treccani, Roma, 2012, pp. 377 ss.; G. CARPANI, D. MORANA, «Le competenze legislative in materia di tutela della salute», in R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2013, pp. 126 ss.

⁵⁰ E. PESARESI, «La “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni” e la materia “tutela della salute”: la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'era del decentramento istituzionale», *Giurisprudenza costituzionale*, 2006, p. 1734.

⁵¹ Art. 1, 7.º co., d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

⁵² d.P.R. 23 luglio 1998, approvazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000.

⁵³ Sulla distinzione tra approccio «minimalista» e «massimalista» adottato dalla dottrina nell'interpretazione della clausola si veda L. TRUCCO, «Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale», in E. Cavasino, G. Scala, G. Verde (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza*, Esi, Napoli, 2013, pp. 103 ss.



dards uniformi relativi alla soddisfazione di bisogni ritenuti particolarmente meritevoli di tutela a prescindere dall'appartenenza territoriale amministrativa, in quanto espressione di un'esigenza di uguaglianza tra i cittadini a cui il nostro ordinamento non può rimanere indifferente⁵⁴.

Da questa esigenza emerge un ultimo profilo che connota la previsione costituzionale dei livelli essenziali, ovvero la valenza vincolante degli stessi, nella misura in cui non costituiscono un mero orientamento programmatico, ma pongono vincoli precisi che circoscrivono l'ambito d'azione dei soggetti istituzionali deputati alla fornitura dei servizi a fronte dei quali si ergono diritti che possono essere immediatamente azionati, anche a prescindere dall'assetto organizzativo predisposto dalle amministrazioni⁵⁵.

All'indomani dell'entrata in vigore del nuovo Titolo V della Costituzione, venivano definiti dal governo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano (accordo del 22 novembre 2001), attraverso il d.P.C.m. 29 novembre 2001⁵⁶, i livelli essenziali di appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei servizi che il Sistema Sanitario Nazionale si impegna a fornire a tutti i cittadini⁵⁷.

Sulla base di quanto prescritto nel citato decreto il Servizio sanitario nazionale assicura i livelli di assistenza (LEA), ovvero le prestazioni, definite nelle loro caratteristiche

⁵⁴ In dottrina, si è parlato pertanto dei livelli essenziali come del «nuovo nome dell'uguaglianza» (E. BALBONI, «Livelli essenziali. Il nuovo nome dell'uguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere», in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, G. Pastori (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Giuffrè, Milano, 2003, pp. 27 ss.). Per usare le parole della Corte costituzionale (sent. n. 10/2010), si tratta di «un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto».

⁵⁵ Sulla giustiziabilità dei LEP si veda S. GAMBINO, «Diritto alla vita, libertà di morire con dignità, tutela della salute. Le garanzie dell'art. 32 della Costituzione», in *www.forumcostituzionale.it*, pp. 7-9.

⁵⁶ Si rammentano le limitate innovazioni apportate dal d.P.C.m. 28 novembre 2003 e 5 marzo 2007 con riferimento alle problematiche della non autosufficienza. Da ultimo, in base all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 «Patto sulla salute» e alla legge 27 dicembre 2006, n. 296, i LEA sarebbero stati ridefiniti dal d.P.C.m. 23 aprile 2008 poi revocato nell'autunno 2008 per i rilievi sollevati dalla Corte dei Conti per la mancata copertura finanziaria di alcune prestazioni aggiuntive. Si è quindi in attesa dell'adozione di un d.P.C.m. attuativo dell'art. 5, d.l. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla l. 8 novembre 2012, n. 189, che prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con prioritario riferimento alla riformulazione dell'elenco delle malattie croniche, delle malattie rare, ed inoltre delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia.

⁵⁷ Sui LEA si rinvia V. MOLASCHI, «I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità», in R. Ferrara (a cura di), *Salute e sanità, Trattato di Biodiritto, cit.*, pp. 445 ss.; D. MESSINEO, *La garanzia del «contenuto essenziale» dei diritti fondamentali. Dalla tutela della dignità umana ai livelli essenziali delle prestazioni*, Giappichelli, Torino, 2012.

tipologiche, quantitative e qualitative, che il servizio pubblico è tenuto a garantire su tutto il territorio nazionale, gratuitamente o in regime di compartecipazione.

Quindi nel d.P.C.m. del 2001 vengono elencate, negli allegati, le attività e le prestazioni incluse nei Livelli, le prestazioni escluse, le prestazioni che possono essere fornite dal Servizio sanitario nazionale solo a particolari condizioni, dovendosi precisare che «dell'offerta concreta fanno parte non solo la qualità e quantità delle prestazioni che debbono essere assicurate sul territorio, ma anche le soglie di accesso, dal punto di vista economico, dei cittadini alla loro fruizione» (così la sent. 187/2012, riportando testualmente un inciso dalla sent. 203/2008). Ciò in quanto l'equivalenza delle precondizioni e delle modalità di accesso alla fruizione dei servizi, riflette un concetto di cittadinanza sottratto alle dinamiche e alle variabili dei processi di differenziazione, pur necessari, del contesto istituzionale pluralistico attuale.

Seppure «la regolamentazione dell'assetto organizzativo e gestorio degli enti preposti all'erogazione delle prestazioni stesse» non possa costituire un LEP (Corte cost., n. 387/2007; n. 166/2008; n. 207/2010)⁵⁸, vi è una forte correlazione tra i profili erogativi e quelli più prettamente organizzativi, nella misura in cui solo un'efficiente organizzazione è in grado di incidere positivamente sugli obiettivi preposti ed i compiti posti in essere a tutela degli utenti.

Vi è tuttavia da rilevare, in senso critico, come il d.P.C.m. sui LEA sia «nato già vecchio», non rispecchiando le innovazioni apportate dalla concomitante modifica del Titolo V della Costituzione e pertanto risultando fortemente condizionato dall'impostazione che connotava il sistema sanitario pre-riforma. In secondo luogo, il decreto descrive i LEA prevedendo un'articolazione dell'assistenza sanitaria in livelli, aree (sanitaria collettiva, distrettuale ed ospedaliera), servizi, prestazioni e procedure, ma nel definire l'elenco analitico delle prestazioni non ne indica in maniera adeguata i criteri di selezione e controllo da valutarsi in conformità ai principi di efficacia e di appropriatezza⁵⁹. Inoltre la stessa definizione di *standard* nazionali (linee guida, report di HTA e *Horizon Scanning*), che avrebbero dovuto supportare tecnicamente la verifica dei LEA, soprattutto a livello di prestazioni, non è mai decollata.

Dato per scontato infine che i livelli essenziali di assistenza non possono essere considerati come un dato storicamente immutabile, richiedendosi, al contrario, continui

⁵⁸ Come ricorda la Corte non devono essere confusi «i livelli essenziali di assistenza, che attengono all'erogazione dei servizi in campo sanitario, e le strutture che strumentalmente vengono predisposte per la prestazione dei servizi stessi» (Corte cost. n. 99/2009).

⁵⁹ Così, ad esempio, durante un ricovero ospedaliero appropriato, un'azienda sanitaria può erogare servizi, prestazioni e procedure inefficaci e inappropriate che consumano preziose risorse. Sul punto le notazioni critiche di C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bononia University Press, Bologna, 2008, pp. 284-285.



aggiornamenti conformemente sia all'evolversi delle condizioni di salute e ai bisogni sanitari della popolazione che al miglioramento delle conoscenze scientifiche, sembra che il procedimento che ne doveva garantire il continuo e progressivo adeguamento non sia stato in grado di garantire la corrispondenza tra il rinnovamento del dato normativo e l'emergere di nuovi bisogni nella realtà sociale.

Nel contesto della salute mentale in particolare, la risposta data dai LEA non ha corrisposto, almeno in parte, alle esigenze determinate sia dalla trasformazione della domanda da parte dell'utenza, sia dalla limitazione delle possibilità di risposta da parte dei servizi psichiatrici pubblici. Carenze che si sono aggravate in corrispondenza con il processo di marginalità sociale crescente nella popolazione in generale, e in particolare tra i soggetti fragili, che costituisce un'emergenza per l'attività dei servizi i quali, strutturati sul modello organizzativo dei servizi di comunità, si trovano di fronte alla necessità di accogliere, oltre alla problematiche connesse alle classiche forme di disturbo psichico, anche la dimensione emotiva della sofferenza collegata alla perdita di disponibilità, di *status* e di ruolo⁶⁰.

All'aumento della domanda, conseguente ai fenomeni di crescente indebolimento della capacità delle agenzie sociali di dare risposte, si è sovrapposta la riduzione delle risorse umane e materiali. Questo ha determinato una difficoltà reale da parte dei servizi a rispondere in modo integrato, complessivo e continuativo ai bisogni della popolazione, aprendo la strada, non di rado, ad interventi d'urgenza o di semplice consulenza di tipo «cosmetico».

A sua volta, la concomitante perdita (o inefficacia) di priorità non più corrispondenti al dato reale ha generato ulteriori criticità riguardo alla programmazione degli interventi che richiedono invece una logica integrata di tipo socio-sanitario.

Chiaramente il procrastinare ulteriormente una sistematica strategia di interventi dedicati a queste problematiche (anche in conseguenza della mancata revisione dei LEA) ha comportato non solo il venir meno delle garanzie d'erogazione dei dovuti livelli assistenziali di cura ad una fascia crescente della popolazione ma anche ad una dispendiosa mobilitazione delle poche risorse a disposizione, finalizzandole eminentemente al mero tamponamento delle emergenze che ne conseguono, *in primis* quelle riconducibili alla non adesione ai piani di cura che è particolarmente sviluppata nella fascia di utenza più marginale.

Tornando al dato normativo, si sottolinea come, nell'ambito del d.P.C.m. del 2001, l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e delle loro famiglie sia stata iscritta, da un lato, nel contesto dell'assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare, e dall'altro, nell'ambito dell'assistenza semi-residenziale o residenziale

⁶⁰ Sul punto S. BAUMAN, «Salute e disuguaglianze», in Id., *Cose che abbiamo in comune. 44 lettere dal mondo liquido*, Laterza, Roma-Bari, 2012, pp. 91 ss.



—in conformità a quanto già prescritto nel Progetto Obiettivo del 1998— prevedendosi corrispondentemente l'accesso a prestazioni ambulatoriali e riabilitative presso il domicilio o in strutture residenziali o semi-residenziali.

È bene rammentare che il sistema di protezione sociale italiano si basa sull'interazione tra sfera sanitaria e assistenziale, nella misura in cui la risoluzione di determinate problematiche sociali (in senso lato come può essere il disturbo psichico) richiedono un approccio omnicomprensivo, sanitario ed assistenziale, in cui interventi e strategie dell'uno e dell'altro settore siano coordinati e si completino vicendevolmente⁶¹. La natura del bisogno, specie in relazione alla condizione di soggetti fragili, è determinata tenendo conto degli aspetti inerenti alle funzioni psicofisiche, alla natura delle attività del soggetto e relative limitazioni, alle modalità di partecipazione alla vita sociale e, infine, ai fattori di contesto ambientale e familiare che incidono sulla risposta al bisogno e sul suo superamento.

Anche in questa prospettiva, nel contesto della salute mentale, si ritiene auspicabile, con riferimento ai LEA, il superamento del modello assistenziale per i disturbi mentali basato sul concetto di prestazioni, ripensando invece ad un approccio che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico e riabilitativo.

Attraverso i LEA è necessario che venga garantita una risposta personalizzata, affinché ciascun utente possa aggiungere al suo capitale sociale un «budget» di salute misurato sulla sua singolarità, sulla sua diversità, sul suo bisogno. In particolare, specie nella definizione di percorsi di cura ed assistenza di lungo periodo, si dovrà tener conto dell'intero percorso esistenziale della persona sofferente (intesa come globalità del processo di riproduzione sociale), rendendo accessibili sia interventi di tipo integrato (Servizi di salute mentale, Distretti sanitari e Servizi sociali) sia le risorse messe a disposizione dalla comunità (volontariato, cooperative, associazioni), che possano interagire in modo virtuoso con il contesto familiare, ambientale e sociale della persona.

In questi termini il concetto di livello essenziale viene inteso come «percorsi di presa in carico e di cura esigibili», e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale.

I servizi devono essere centrati sulla persona, che deve essere coinvolta in tutte le fasi del processo diagnostico, terapeutico e riabilitativo, sulla base di un approccio centrato sul desiderio di guarigione, sulle potenzialità di ripresa e di integrazione sociale del paziente,

⁶¹ F. FOGLIETTA, «La integrazione socio-sanitaria nei Lea», *Sanità Pubblica e Privata*, núm. 3, 2006, pp. 8 ss.



in cui gli *standards* riferiti alle strutture e alle offerte di prestazioni assumono solo un ruolo marginale.

Vista in questi termini, l'assistenza psichiatrica al malato mentale è sicuramente un problema di salute mentale della collettività, non l'unico e forse neppure il prevalente, laddove ai servizi si affaccia infatti una utenza nuova, ugualmente sofferente anche se meno disabile e disfunzionale, e perciò stesso più esigente e capace di tutelare i propri diritti alla salute: sono indicativi di tale fenomeno l'aumento del disagio giovanile, delle depressioni e dei disturbi ansiosi nella infanzia, nella adolescenza, nella giovane età adulta, dei disturbi del comportamento alimentare, dei disturbi di personalità, di tutte le suddette condizioni complicate dall'uso di sostanze, dei disturbi propri dell'anziano; si segnalano inoltre per le loro particolari espressività i disturbi mentali nei migranti di prima e seconda generazione. Sono capitoli ancora da scrivere nell'approccio alla salute mentale di comunità.

Quanto all'approccio ai nuovi bisogni che emergono nella società, si nota con favore la previsione dell'art. 5 del d.lg. 13 settembre 2012, n. 158, che prevede l'inserimento nei LEA (il cui aggiornamento è in fase di approvazione) delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione della ludopatia. In attuazione del dettato normativo, il provvedimento include esplicitamente le persone affette da questo tipo di dipendenza tra coloro cui sono rivolti i servizi territoriali per le dipendenze (Sert, Centri diurni, ecc.) già attivi nelle Asl, e modifica la definizione del sotto-livello di assistenza, attualmente riportata nel dPCM del 2001 come «Attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool», riformulandola come «Assistenza socio sanitaria alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso di sostanze», innovando in conformità ai criteri delle scienze psichiatriche relativi alle moderne dipendenze e, al contempo, affermando in tal modo il principio per cui le persone affette da ludopatia hanno diritto ad accedere al Servizio sanitario per ricevere le prestazioni di cui hanno bisogno al pari dei soggetti con altre forme di dipendenze patologiche.

Per completare il quadro si può notare che, come per altri ambiti dell'assistenza sanitaria, anche per la salute mentale negli anni recenti sono stati ridefiniti i domini concettuali che sottendono alla continuità delle cure, da intendere non solo come continuità relazionale tra operatore e paziente ma anche e soprattutto come coordinamento tra *setting* assistenziali (ospedale-territorio), operatori e prestazioni. Fa parte del concetto di continuità assistenziale anche la continuità informativa (*informational continuity*), che consiste nella registrazione e trasmissione delle informazioni che riguardano i pazienti come presupposto per un corretto coordinamento e integrazione dei servizi offerti da parte di diversi operatori in diversi *setting* assistenziali. Sicché, anche di queste innovazioni si dovrà tener conto nella definizione dei livelli essenziali, nella misura in cui solo strutturando i servizi e le prestazioni attraverso una rete di percorsi integrati si potrà permettere al paziente di progredire in maniera evolutiva a seconda dei propri bisogni di assistenza.



VII. CONCLUSIONI MINIME: LA SALUTE MENTALE TRA LEGISLAZIONE DI DETTAGLIO E LINEE GUIDA

Abbiamo già illustrato come, solo nella seconda metà degli anni '90, sia stato possibile affrontare in maniera organica i problemi e le carenze normative in materia di salute mentale, cercando di dare risposte concrete attraverso i Progetti Obiettivo nazionali 1994-1996 e 1998-2000, che hanno finalmente offerto agli amministratori, operatori e agli altri soggetti interessati l'opportunità di un confronto concreto sui modelli organizzativi, sulle direttive e le finalità dei servizi psichiatrici ospedalieri e territoriali. Entrambi i Progetti Obiettivo furono accompagnati da un momento di particolare vitalità dei servizi, e di sforzi per la realizzazione di azioni «a ventaglio» volte al compimento di passi avanti nelle molteplici direzioni che venivano individuate.

Dal 2000 le regioni hanno dimostrato un forte attivismo affrontando il discorso dell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica attraverso la legislazione, la regolamentazione e programmazione regionale⁶².

È bene dire che le normative nazionali non hanno trovato applicazione uniforme a livello delle singole regioni, portando a differenze, talvolta sostanziali, nelle possibilità di cura del cittadino in relazione al luogo di vita. Laddove le normative non sono state applicate in modo completo, o non sono state affatto applicate, per disimpegno politico o incapacità amministrativa, sono conseguite carenze negli interventi sociosanitari per la psichiatria a livello regionale e locale.

Solo dal 2006 si è ritornati ad esaminare le tematiche connesse alla salute mentale in tutte le fasi della vita ed i sistemi di psichiatria di comunità, attraverso un complesso di iniziative ministeriali ed interregionali che si sono mosse nella logica della continuità e dell'innovazione portando all'emanazione di atti d'intesa della Conferenza Stato-Regioni, raccomandazioni della Conferenza delle Regioni⁶³ e Dpcm di particolare importanza:

⁶² In questo senso si vedano, a titolo d'esempio, le leggi regionali in materia sanitaria (L.r. Emilia Romagna 2/2003 e 29/2004; Lombardia 31/1997), i Piani regionali per la salute mentale (PRSM 2004 della Lombardia; Piano Attuativo Salute Mentale 2009 dell'Emilia Romagna; Progetto Obiettivo Salute Mentale 2010 del Veneto). Nella programmazione di tutte le Regioni vi sono indicazioni sul ruolo dei Dipartimenti di salute mentale nel collegamento con i diversi soggetti presenti sul territorio: così principali interlocutori istituzionali del territorio sono i DSM, DSS, i Piani di Zona, mentre in alcune regioni hanno un ruolo di coordinamento i DSM (es. Lazio) o i DSS (es. Veneto, Emilia Romagna). In alcune regioni sono stati istituiti organismi *ad hoc* per rendere effettivo il coordinamento (es. Trentino: Comitati di Coordinamento locali per la psichiatria; Lombardia: Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale; Liguria: Comitato dei Distretti Sociosanitari).

⁶³ Sono da segnalare le «Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (artt. 33-34-35 Legge 23 dicembre 1978, n. 833)» approvate dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome in data 29 aprile 2009; «Contenzione psichica in psichiatria: una strategia



le Linee di indirizzo nazionale per la salute mentale 2008; il Dpcm 1 aprile 2008 sulla sanità penitenziaria e sul superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari⁶⁴; il Sistema informativo nazionale istituito con d.m. 15 ottobre 2010; il Piano nazionale autismo ed infine il Piano di Azioni nazionali per la salute mentale del 2013.

Il sistema dei servizi di salute mentale e le norme che lo disciplinano si mostra come «un insieme di nodi interconnessi»⁶⁵, una rete che si presta a rappresentare la forma organizzativa dei legami tra istituzioni, territorio e cittadinanza (intesa anche come insieme degli utenti).

Come si è cercato di mostrare, le differenze tra i sistemi regionali —pur profonde⁶⁶— vengono ad essere mitigate dall'adozione di una forma organizzativa che privilegia i «coordinamenti orizzontali» e un orientamento processuale, attraverso il quale si compie appunto il passaggio dalla gerarchia alla rete.

In questa prospettiva che caratterizza di per sé i servizi territoriali, vi si può riconoscere una grande forza normativa che si inverte in un'intensa opera di smontaggio dell'architettura verticale delle istituzioni —almeno di quelle *ante* legge Basaglia— e al tempo stesso crea una mobilitazione di una grande quantità di energie pratiche e morali di trasformazione attorno al principio dell'auto-organizzazione, e alla riorganizzazione «orizzontale», in cui sono riconoscibili processi istituenti.

Seppure non sia facile praticare e insieme governare queste dimensioni, tuttavia è la natura sottile della legge 180, la sua finalità di decostruzione dell'istituzione, a renderla sistema normativo prospettico, che dà vita ad un «diritto omeostatico»⁶⁷, capace di auto-adattamento, di seguire il costante mutamento determinato dalla scienza e dalle relazioni sociali.

Nonostante i progressivi tagli al settore sanitario gettino non pochi dubbi sulla sostenibilità del sistema di cura per la salute mentale, il Servizio sanitario italiano è comunque

possibile di prevenzione» approvata dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome in data 29 luglio 2010; «*Le strutture residenziali psichiatriche»* approvata dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome in data 13 giugno 2013.

⁶⁴ Normativa che ha trovato realizzazione, almeno formale, con la l. 30 maggio 2014, n. 81 su cui A. PUGIOTTO, «Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale», *Costituzionalismo.it*, núm. 2, 2015, pp. 11 ss.

⁶⁵ M. CASTELLS, *The Rise of the Network Society*, Blackwell, Oxford, 1996, p. 232.

⁶⁶ La differenziazione nell'organizzazione della sanità che si è realizzata tra le regioni italiane merita di essere tenuta sotto controllo, in quanto potrebbe essere foriera di forme di produzione e riproduzione delle disuguaglianze di salute alternative ai tradizionali *cleavage* di stratificazione sociale. Esemplicitativa a questo riguardo è l'implementazione dei *welfare* regionali (il processo di decentramento delle responsabilità) a cui si accompagnano razionamenti delle prestazioni sanitarie e svantaggi per i soggetti più deboli.

⁶⁷ S. ΡΟΔΟΤΑ, «Diritto, scienza, tecnologia: modelli e scelte di regolamentazione», in G. Comandè, G. Ponzanelli (a cura di), *Scienza e diritto nel prisma del diritto comparato*, Giappichelli, Torino, 2004, p. 409.

tra i più virtuosi nel panorama dei Paesi occidentali avanzati. Con il numero dei posti letto più basso delle nazioni Ocse, una frequenza di trattamenti obbligatori che è anche 20-30 volte inferiore a quella dei paesi anglosassoni o scandinavi, l'Italia ha mostrato da lungo tempo che è possibile fare a meno degli ospedali psichiatrici (più recentemente anche degli Ospedali psichiatrici giudiziari) ponendo fine ai trattamenti inumani e degradanti che in quei luoghi si perpetravano. Si è così dimostrato concretamente che è possibile affrontare i disturbi psichiatrici sul territorio, nei luoghi di vita, attraverso una rete capillare di servizi di Salute mentale di comunità, attraverso una capacità di contatto per oltre 2 mila persone ogni 100 mila abitanti in età adulta e di presa in carico per almeno la metà di esse, evitando contestualmente l'istituzionalizzazione della sofferenza.

Tuttavia, per organizzare un efficace politica di salute mentale, tale da fornire risposte ai bisogni vecchi e nuovi che il contesto sociale propone e che, prevedibilmente, si porranno nel prossimo futuro, le regioni, gli enti locali e le forze sociali devono essere in grado di pianificare azioni e prassi da esercitare in modo coordinato e coerente facendo interagire il sistema di comunità con il sistema di cura. È attraverso questa interazione che è possibile costruire uno dei pilastri del nuovo *welfare* di comunità basato sui concetti di personalizzazione ed integrazione⁶⁸.

TITLE

THE MENTAL HEALTH IN THE CONSTITUTIONAL ITALIAN ORDER

SUMMARY

I. THE RIGHT TO HEALTH (MENTAL) IN THE CONSTITUTION. II. THE ITALIAN LABORATORY OF MENTAL HEALTH: THE LONG MARCH UNTIL THE LAW «BASAGLIA». III. REGIONALISATION OF MENTAL HEALTH. IV. HEALTH IN THE PROCESS OF DECENTRALIZATION AND CORPORATIZATION. V. PROJECTS OBJECTIVE: GUIDELINES FOR IMPLEMENTATION OF L. 180/1978. VI. YOU. THE LEA AND MENTAL HEALTH: LIMITS AND FUTURE CHALLENGES. VII. CONCLUSIONS MINIMUM: BETWEEN MENTAL HEALTH LEGISLATION OF DETAIL AND GUIDELINES.

KEY WORDS

Psychiatric Reform; Mental Health Act; Dignity; Constitutional rights; Personal identity.

⁶⁸ Si veda l'attuazione del modello dei «*budget di salute*» che fa riferimento alle esperienze internazionali relative al c.d. «budget individuale», ossia al finanziamento reso disponibile ad un individuo con disabilità per acquisire i servizi cui ha diritto nelle aree tipiche dell'integrazione sociosanitaria: casa, lavoro, inclusione sociale. Cfr. F. STARACE, *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*, Carocci, Roma, 2011.

**ABSTRACT**

This article explores the mental health's legislation and attempts to identify ways of redirecting the Italian model. We can affirm that the constitutional rights constitute guarantees orientated to protecting certain values or fundamental goods to reach a worthy life; being the maximum expression of the dignity it humanizes. In this respect we will raise the first axis of analysis with the relation between mental health and constitutional rights in the strict field of the investigation. Based on personalist model, will be proposed an analysis of the psychiatric deinstitutionalization process carried out in Italy, from the decade of the 80s, after the approval of the Psychiatric Reform. Based on the right to health, it is proposed to speak of «right to have rights» (diritto ad avere diritti), that is to say, the right of mentally ill people to be helped, day after day, in the enterprise to reconquer the own personality, the honor, the privacy, the image and the personal identity. The Mental Health Act, adopted in Italy in 1978, is considered as point of renew and strengthen opportunities, obligations, duties, which may fulfill the purposes set out in the regulatory framework, which has as its foundation and the human recipient and thus the satisfaction of all their needs and rights, so that in this form, is integrated into their life experience, benefit and personal, social and cultural experiences aiming to progress and achievement.

Fecha de recepción: 08/09/2015

Fecha de aceptación: 01/10/2015

