

Dopo quaranta anni la riforma dei servizi psichiatrici contiene ancora una importante lezione sul servizio pubblico e sul suo ruolo

Alessandra Pioggia

Dopo quaranta anni, la riforma italiana dei servizi psichiatrici contiene ancora una importante lezione per il diritto dei servizi pubblici. Quella riforma aveva al centro la questione del rapporto fra organizzazione del servizio e diritti della persona. Il tema veniva affrontato nella consapevolezza che il diritto alla salute non coinvolge solo il diritto ad essere curati, ma anche gli altri diritti della persona, primo fra tutti quello al rispetto della propria dignità. Tutto ciò dava alla questione una dimensione generale e rendeva chiara la relazione fra un servizio pubblico e l'idea di società che esso esprime. Le riforme che hanno riguardato il Servizio sanitario nazionale negli ultimi trenta anni hanno prestato attenzione prevalentemente, se non esclusivamente, all'aspetto dell'efficienza, concentrandosi unicamente sulla sostenibilità economica delle prestazioni. Questo ha fatto perdere di vista la componente politica che sta dietro a qualsiasi scelta di organizzazione di un servizio pubblico e rischia oggi di nascondere le conseguenze.

1. Organizzazione dei servizi e diritti della persona

La vicenda delle istituzioni manicomiali, della loro trasformazione, della loro lenta chiusura e della rivoluzione della loro funzione di cura in forme organizzative diverse è l'esempio forse più lampante del rapporto strettissimo che intercorre fra l'organizzazione di un servizio e i diritti della persona che ne usufruisce.

Molte delle prestazioni organizzate dalla sfera pubblica per soddisfare i diritti sociali (salute, istruzione, assistenza) rendono necessario entrare in relazione con le strutture che si occupano di fornirle. Il modo in cui queste strutture sono organizzate incide non solo sul buon funzionamento del servizio, sulla sua efficienza, sull'economicità nell'impie-

go delle risorse, ma anche sui diritti di coloro che con le strutture entrano in rapporto per veder soddisfatta la loro pretesa all'erogazione di un servizio.

La relazione fra organizzazione e diritti è molto articolata e certamente più complessa di quella che riguarda il rapporto fra le scelte organizzative e il diritto a ricevere la prestazione¹. Naturalmente il diritto ad ottenere quest'ultima è il primo che viene in evidenza², ma non è l'unico.

(1) Il rapporto fra organizzazione e interessi spesso è stato letto sotto forma di condizionalità organizzativa dei diritti, per cui se non c'è organizzazione non sorge il diritto. Tale relazione, tuttavia, vale anche e direi soprattutto nella direzione opposta, sotto forma cioè di doverosità organizzativa nella tutela dei diritti. Del resto questa è l'essenziale dimensione costituzionale della pubblica amministrazione: *essere* funzionale, ancor prima che *agire* funzionalmente alla garanzia dei diritti. La Corte costituzionale, nella sentenza n. 383 del 1998, a questo proposito ha osservato che «organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia, l'una e gli altri implicandosi e condizionandosi reciprocamente. Non c'è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata a diritti, così come non c'è diritto a prestazione che non sia condizionato dall'organizzazione». Per questi aspetti v. le articolate considerazioni di G. ROSSI, *Introduzione al diritto amministrativo*, Torino, Giappichelli, 2000, p. 61; ID., *Principi di diritto amministrativo*, Torino, Giappichelli, 2010, p. 111 ss.; ID., *Diritto Amministrativo*, Milano 2005, vol. II, p. 51 ss., che segnala la stretta interdipendenza fra interessi e organizzazione, mettendo in evidenza come, proprio attraverso l'acquisto di rilevanza giuridica di quest'ultima, si vada definendo un diritto pubblico la cui specificità non risiede più solo nell'essere regolo del potere in quanto espressione di autorità, ma essenzialmente nell'essere disciplina di una potestà che è innanzi tutto doverosa cura di interessi. Sul rapporto fra diritto alla salute e organizzazione, si veda, da ultimo, la convincente e accurata ricostruzione di C. TUBERTINI, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della questione*, in AA.Vv., *Diritto amministrativo e società civile, Volume I - Studi introduttivi*, Bologna, Bup, 2018, p. 546 ss.

(2) Per una ricostruzione dei doveri di prestazione e della loro consistenza nel sistema costituzionale di tutela dei diritti sociali, si veda, fra gli altri, C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni*, Bologna, Bup, 2008. Sulla consistenza del rapporto di utenza e sulle caratteristiche della relazione con l'amministrazione responsabile dell'erogazione delle prestazioni esiste ampia letteratura. Si vedano M. RAMAJOLI, *La tutela degli utenti nei servizi pubblici a carattere individuale*, in *Dir. amm.*, 2000, p. 414 ss.; G. NAPOLITANO, *Servizi pubblici e rapporti di utenza*, Padova, Cedam, 2001; L. IEVA, *Tutela dell'utente e qualità del servizio pubblico: dall'organizzazione alla Carta dei servizi*, Milano, Giuffrè, 2002; A. CORPACI (a cura di), *La tutela degli utenti dei servizi pubblici*, Bologna, Il Mulino, 2003; F. MANGANARO, A. ROMANO TASSONE (a cura di) *Persona ed amministrazione. Privato, cittadino, utente e pubbliche amministrazioni*, Torino, Giappichelli, 2004; F. GIGLIONI, *Le garanzie degli utenti dei servizi pubblici locali*, in *Dir. amm.*, 2005, p. 335 ss.; A. GUALDANI, *I servizi sociali tra universalismo e selettività*, Milano, Giuffrè, 2007; V. MOLASCHI, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, Giappichelli, 2008; M. TIBERII, *Lo statuto unico del rapporto tra privato e pubblica amministrazione: dalla legge n. 241 del '90 alle carte per gli utenti dei servizi pubblici*, in G. CLEMENTE DI SAN LUCA (a cura di), *La tutela delle situazioni soggettive nel diritto italiano, europeo e comparato. La tutela delle situazioni soggettive nell'amministrazione giustiziale*, Napoli, Esi, 2012, p. 9 ss.

Ad essere coinvolti sono anche gli altri diritti di cui la persona è portatrice e che, soprattutto quando il rapporto con l'organizzazione si fa più stretto (perché, ad esempio, è necessario un ricovero, o semplicemente una continuità di relazione, perché l'utente è un minore o una persona fragile, e così via...), si trovano esposti in maniera particolare.

Troppo spesso, invece, la riflessione organizzativa è centrata unicamente sul diritto a veder soddisfatta la pretesa al servizio: diritto ad essere istruiti nella scuola, ad essere curati negli ospedali, ad essere assistiti in una struttura residenziale per persone disabili. Mentre l'attenzione si sposta verso un risultato prestazionale sempre più asfittico e centrato unicamente sul prodotto misurabile, si corre il rischio che gli altri diritti, quelli alla dignità, alla privacy, alla libera manifestazione del pensiero, al pieno sviluppo di sé, ecc., siano trascurati o addirittura sacrificati da organizzazioni che in modo miope e parziale si occupano solo di ottimizzare le prestazioni che sono tenute a fornire³.

La rivoluzione, che alla fine degli anni '70 portò alla profonda revisione del sistema organizzativo delle cure psichiatriche, prese origine proprio dallo sdegno per il sacrificio dei diritti dei pazienti che avveniva sistematicamente e strutturalmente nella cura e per la cura, a causa delle modalità organizzative in cui questa veniva somministrata. Nel dibattito che si sviluppò e che diede luogo alla profonda revisione delle forme di assistenza ai malati psichiatrici emerse con chiarezza come le scelte di organizzazione che governavano le istituzioni manicomiali fossero alla base della lesione di molti diritti dei pazienti e addirittura all'origine del peggioramento delle loro condizioni di salute, sia fisica che psichica: si parlò di una organizzazione che "ammalava" piuttosto che curare. La lezione che questa esperienza ci ha impartito, oggi pare dimenticata, coperta da altre pretese "priorità", ivi compresa la retorica dell'attenzione all'utente/cliente, che mette al centro il valore economico del servizio e dimentica che qualsiasi prestazione è strumento di emancipazione della persona, prima ancora che soddisfazione di una pretesa.

A quaranta anni dalla riforma dei servizi psichiatrici vale la pena di riscoprire l'attualità di quella lezione.

(3) A. PIOGGIA, *Diritti umani e organizzazione sanitaria*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2011, p. 21 ss.

2. Il paziente “oggetto”

La prima legge che in Italia disciplina l'assistenza psichiatrica in sede ospedaliera è la n. 34 del 1904, che prevedeva che le persone «affette per qualunque causa da alienazione mentale» dovessero essere, oltre che «custodite», «curate nei manicomi». Ben poco però era previsto a proposito della vita della persona all'interno delle istituzioni. La disciplina del funzionamento delle strutture, da definirsi con «i regolamenti speciali di ciascun manicomio», ai sensi dell'articolo 5 della legge, doveva limitarsi a stabilire «disposizioni d'indole mista sanitaria ed amministrativa, come quelle relative alle nomine del personale tecnico-sanitario, al numero degli infermieri in proporzione degli infermi, agli orari di servizio e di libertà, ai provvedimenti disciplinari ...».

La razionalità legislativa, che all'inizio del secolo aveva l'obiettivo di sottrarre la cura del malato psichiatrico alla beneficenza delle congregazioni di carità, trascurava così la persona, che diveniva “oggetto” del lavoro dell'istituzione manicomiale. La mancata attenzione organizzativa al percorso dell'individuo nell'istituzione e al suo tempo di vita, spesso integralmente speso nel manicomio, colpisce particolarmente se si confronta il disposto della legge 34 con quanto invece era stabilito in alcuni regolamenti delle congregazioni religiose che fino a quel momento avevano gestito i ricoveri per la cura delle persone affette da patologie psichiatriche.

Un esempio in questo senso è quello che riguarda l'istituto di Santa Margherita di Perugia, che già nei primi decenni del secolo diciannovesimo fu adibito a manicomio. I primi regolamenti, risalenti al 1825, enfatizzavano l'importanza di un «umano trattamento dei malati, ... ed una loro cura basata sulle più moderne pratiche mediche»⁴. Una analoga attenzione poteva cogliersi anche in un successivo regolamento dello stesso Ospedale⁵ che, trattando del personale della struttura, sottolineava l'importanza di una scelta del dipendente basata tanto sulle qua-

(4) Come previsto dall'articolo 2 dei Regolamenti provvisori per il nuovo stabilimento di S. Margherita, ms. di cc. 22, conservato in ASPg, Congregazione di Carità, Manicomio di S. Margherita, Miscellanea, b. 13 fasc. 31.

(5) Regolamento Organico dello Spedale de' Pazzi in S. Margherita di Perugia, ms. di cc. 32, conservato in ASPg, Congregazione di Carità, Manicomio di S. Margherita, Miscellanea, b. 10.

lità professionali quanto su quelle umane, in linea con l'intento, presente già nei precedenti regolamenti, di evitare i sistemi di cura repressivi nei confronti dei pazienti⁶. L'idea che ai "pazzi" si dovesse riservare una cura caritatevole era significativamente presente anche nelle regole che già due secoli prima governavano la Chiesa e l'Ospedale della carità di Piazza Colonna a Roma e dalle quali traspariva «un senso di umana pietà e di solidarietà»⁷. Un'altra interessante realtà manicomiale in cui la persona del malato era oggetto di attenzione specifica è senz'altro anche quella del manicomio di Aversa, nato nel 1813 e affidato alle cure di Giovanni Maria Linguiti, un sacerdote convinto assertore dei metodi non repressivi. In questa struttura veniva praticata una terapia innovativa, nota come "trattamento morale" e costituita da un insieme di pratiche tendenti ad impegnare i pazienti in occupazioni come la lettura ed altre distrazioni piacevoli per favorirne il recupero psichico⁸.

Questo tipo di approcci risentivano certamente del paradigma paternalistico correttivo-morale proprio del modello cattolico dell'assistenza ai bisognosi, ma riconoscevano, proprio per questo, alla persona una dignità fondata sull'idea di una possibile redenzione⁹. A ciò si aggiungeva la convinzione che l'umano trattamento del ricoverato fosse una pratica rivolta anche ad elevare lo spirito del curante, aspetto che contribuiva a definire la relazione come momento significativo e rilevante di un sistema che, pure, restava di fondo adibito alla custodia¹⁰.

(6) M.L. BONOFILIO, L. FARINELLI, *L'Archivio del Manicomio Santa Margherita di Perugia, Introduzione*, Soprintendenza Archivistica per l'Umbria, Perugia, 2011.

(7) A. IARIA, C. TULELLI, A. IAFRANCESCO, *Gli statuti di Antonio Blado e le "regole et ordini per il buon governo della Chiesa et Ospitali"*, in F. FEDELI BERNARDINI, A. IARIA, A. BONFIGLI (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma dai Papi al '900*, Dedalo, Bari, 1994, vol. 2, 1994, p. 20.

(8) Il cosiddetto "trattamento morale" era ispirato alle tesi di Pinel, su cui si veda G. STANGHELLINI, *Antropologia della vulnerabilità*, Milano, Feltrinelli, 1997, p. 47.

(9) L. ROSCIONI, *Il governo della follia: ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, Mondadori, 2003.

(10) La funzione custodialistica era comunque un fattore chiave anche delle strutture gestite dalle congregazioni religiose. MICHEL FOUCAULT ritiene che le istituzioni di ricovero dei pazzi, sin dall'inizio non siano state caratterizzate da nessuna finalità curativa, ma solo segregativa un mero *affaire de police*. Così in *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 1988, p. 73 ss., p. 153 ss.

Depurato da queste dimensioni, il successivo approccio “civile” al trattamento dei malati psichici si rivolge ad individui che, una volta privati della capacità di agire e dei diritti politici a seguito dell’internamento definitivo, diventano mero “oggetto” di cura. L’impostazione, insieme “medica”¹¹ e “custodialistica”¹², fatta propria dalla legge del 1904 trascura del tutto, dal punto di vista giuridico e organizzativo, la relazione fra persona malata, curante e struttura. Sullo sfondo ci sono, da un lato, le teorie che riducevano la malattia, e il malato, alla pura corporeità e che allora già dominavano il campo medico¹³ e quello istituzionale¹⁴, e, dall’altro, il tentativo di razionalizzazione della società anche attraverso le sue istituzioni, che era seguito all’unificazione italiana, ma che risentiva ancora delle tendenze autoritarie e conservatrici della legislazione piemontese¹⁵. È così che l’alienato, nei regolamenti attuativi successivi alla legge, viene “ritirato”, “consegnato”, “ricevuto”, “trasferito”, ecc., senza considerazione per la sua volontà o la diversa possibile capacità di gestire la sua condizione. Un solo articolo del lungo regolamento n. 158 del 1905 è dedicato alla vita dell’alienato nella struttura manicomiale e si occupa dei mezzi di coercizione, il cui impiego, per quanto solo

(11) F. GIACANELLI, G. CAMPOLI, *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, in *Psicoterapia e scienze umane*, 1973, p. 1 ss.

(12) La legge dichiarava il proprio intento di protezione della società “normale” dagli alienati sin dall’intitolazione, in cui la funzione di custodia è collegata a quella di cura: «Disposizioni sui manicomi e gli alienati. Custodia e cura degli alienati». Nel testo si disponeva che «devono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi».

(13) S. ROSSI, *La salud mental en el orden constitutional italiano*, in *Bol. Mex. Der. Comp.*, 2016, vol. 49, n. 145.

(14) «Lo studioso russo A.I. Herzen, che era, assieme a Schiff, Moleschott e molti altri, uno degli scienziati di fama chiamati per rinnovare la scienza italiana, nel tentativo di liberarla dall’egemonia del clero... intendeva determinare le leggi fisiologiche dei comportamenti psichici, contro ogni separazione tra le facoltà dell’anima e la struttura cerebrale. Vita, costumi, carattere, intelligenza dei singoli e delle diverse razze si definivano così in relazione a un modello positivo, all’interno di uno spazio determinato dalla dicotomia normalità-anormalità», A. IARIA, C.E. SIMONETTO, *Aspetti della storia del S. Maria della Pietà dall’unità al ’900: leggi e regolamenti*, in *L’Ospedale S. Maria della Pietà*, vol. III, Bari, Dedalo, 2003, p. 18.

(15) *Ivi*, p. 13.

in casi eccezionali, viene consentito sotto la responsabilità del direttore dell'ospedale psichiatrico¹⁶.

3. Il dibattito sui servizi psichiatrici e la questione dell'organizzazione

Nonostante nel 1948 la Costituzione avesse posto al centro del sistema giuridico i diritti dell'individuo, dedicando attenzione anche alla dignità della persona malata, gli ospedali psichiatrici resteranno ancora a lungo chiusi a tali importanti novità. Soltanto dalla metà degli anni '60, in un clima politico e istituzionale favorevole ad una prima autentica attuazione del nuovo impianto costituzionale¹⁷, si inizia a mettere in discussione l'organizzazione degli istituti che si occupano delle persone affette da patologie psichiatriche, e immediatamente appare evidente non solo come si compissero illecite violenze e inaccettabili soprusi nei confronti dei malati, ma anche come tutto il sistema organizzativo fosse immaginato e costruito intorno ad una idea di malattia e di persona malata che necessitava di essere rimessa pesantemente in discussione.

In questo contesto viene adottata la legge 431 del 1968 che avvia una prima stagione di modernizzazione della disciplina della cura psichiatrica. Per la prima volta si prevede la possibilità di ricovero volontario nell'ospedale psichiatrico e viene eliminato l'obbligo di annotazione del ricovero nel casellario giudiziario. La persona può accedere alla struttura senza rinunciare ai suoi diritti e anche la cura, attraverso la creazione dei primi Centri di igiene mentale, esce dalla dimensione custodia-

(16) La scelta di limitazione a casi estremi dell'uso della contenzione e il suo impiego solo sotto la responsabilità del direttore della struttura ha all'origine alcuni fatti che colpirono profondamente l'opinione pubblica. A Roma un internato nel 1903 era morto soffocato dalla camicia di forza. L'evento aveva fatto scalpore ed era giunto a interessare anche il Parlamento. Il tribunale assolse comunque sia il direttore che il medico del carcere, accogliendo la tesi della difesa, secondo cui la morte non era da imputarsi alla camicia di forza, ma a un "delirio acuto". Diversi esponenti della sinistra si erano mostrati sensibili a questo genere di scandali e li avevano riportati nella discussione parlamentare sulla legge 36 del 1904. Il socialista De Felice Giuffrida denunciò con forza la gravità delle condizioni di alcuni manicomi, nei quali a suo dire si praticava «non la cura dei poveri malati, ma quel che si potrebbe dire davvero la tortura fisica e morale degli individui... peggio che le galere, peggio che le condanne a morte». Atti Parlamentari: Camera-Discussioni, tornata del 10 febbraio 1904.

(17) A. PIZZORUSSO, *Il disgelo costituzionale*, in *Storia dell'Italia Repubblicana*, II, Torino, Einaudi, 1995, p. 136 ss.

listica per entrare in contatto, se pure ancora molto timidamente, con la società.

Nella prospettiva del rapporto fra organizzazione e diritti il dibattito che si attiva in quegli anni intorno alla questione psichiatrica è di straordinario interesse proprio perché non si limita a stigmatizzare gli episodi di brutalità e di degrado che avvengono nelle istituzioni manicomiali, ma mette a tema per la prima volta la questione del rapporto fra il modo in cui è organizzato un servizio e i diritti delle persone che di questo servizio usufruiscono. Appare così evidente che dietro l'organizzazione di un servizio c'è un'idea di società che le istituzioni fanno propria e mediano, non solo definendo a quali bisogni occorre dare soddisfazione, ma anche delineando il modo in cui questi bisogni sono soddisfatti¹⁸.

Certamente la nuova stagione apertasi con il secondo dopoguerra e la nuova cultura giuridica, della quale anche la Carta costituzionale è espressione, costituirono il panorama ideale per tutto questo. Con la Costituzione aveva fatto la sua comparsa una nuova e diversa idea di società, rispetto alla quale le istituzioni vedevano loro riconosciuto un ruolo inedito: non più solo protezione dell'esistente, ma anche, e forse soprattutto, trasformazione. L'amministrazione che eroga servizi diventa così lo strumento fondamentale della rivoluzione costituzionale. Attraverso di essa la Repubblica adempie all'impegno assunto di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che di fatto impediscono libertà ed eguaglianza, ed è grazie all'amministrazione e nell'amministrazione che debbono realizzarsi le condizioni perché ciascuno possa pienamente sviluppare se stesso¹⁹.

(18) Per alcune utili riflessioni sul rapporto fra bisogni e diritti si veda quanto considerato da F. BILANCIA, *Falsa percezione dei bisogni e vera tutela dei diritti*, in F. RIMOLI, G.M. SALERNO (a cura di), *Conoscenza e potere. Le illusioni della trasparenza*, Roma, Carocci, 2006, p. 167 ss. è sempre Bilancia che, in *Statuto del consumatore ed evoluzione della società politica*, in *Costituzionalismo.it*, 1/2009, considera come «la difesa dei diritti come lotta per la soddisfazione delle corrispondenti pretese, matrice del costituzionalismo, si fonda sui bisogni quali percepiti dai singoli individui al cospetto della società come comunità politica, prima, e delle istituzioni pubbliche poi. I diritti come oggetto delle pretese degli individui si rappresentano antropologicamente come proiezioni dei bisogni nella sfera giuridica sotto forma di contenuti pretensivi protetti dall'ordinamento».

(19) V. ONIDA, *Costituzione italiana*, in *dig. disc. pubbl.*, agg. IV, Torino, Utet, 1989, p. 29 ss.; M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, in R. ROMBOLI (a cura di), *La tutela dei diritti fondamentali davanti alle corti costituzionali*, Torino, Giappichelli, 1994, p. 96 ss.

Sulle amministrazioni che assicurano le prestazioni che soddisfano i nuovi diritti sociali grava così una responsabilità complessa, che va oltre il semplice dovere di erogare il servizio e si estende alle modalità anche organizzative attraverso le quali questo viene fornito. Si delinea la consapevolezza per cui l'organizzazione della struttura amministrativa che entra in relazione con la persona nel percorso di soddisfazione di pretese quali quella all'istruzione, all'assistenza o alla salute, non è solo questione di buon funzionamento, di economicità e di efficienza, ma riguarda i diritti, tutti i diritti: quello a godere della prestazione, ma anche quello a goderne nel rispetto della propria dignità, privacy, autodeterminazione e così via. Solo in questo modo il servizio pubblico può divenire strumento di pieno sviluppo della persona.

Certamente l'organizzazione dei servizi sanitari e di quelli psichiatrici in particolare, proprio in quanto servizi rivolti al trattamento di una patologia che avvolge la vita delle persone, incide sulle condizioni di esistenza e sviluppo degli individui in maniera particolarmente sensibile. Proprio per questo però è anche un campo di prova straordinario, se è vero, come scrive Paolo Zatti, che «occuparsi della sofferenza psichica significa chiedersi 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...»²⁰. In questa prospettiva le considerazioni che Carlo Manuali²¹ faceva a proposito dell'istituzione manicomiale suonano come applicabili, ancora oggi con straordinaria attualità, a tutti i servizi pubblici. Il problema principale dell'organizzazione del manicomio era la prescrizione alla persona malata di ritmi di servizio che si imponevano ai ritmi personali e l'unica possibilità di cambiamento era per Manuali «riuscire a costruire

(20) P. ZATTI, *Maschere del diritto e volti della vita*, Milano, Giuffrè, 2009, p. 123.

(21) *Ragione, normalità e follia. Per una ridefinizione del concetto di malattia mentale*, Convegno intermedio del progetto strategico CNR sulle malattie mentali, Roma, 1978, citato in G.A. MICHELI, *Il vento in faccia Storie passate e sfide presenti di una psichiatria senza manicomio*, Milano, Franco Angeli, 2013, p. 88. Ma si veda anche quanto considera F. SCOTTI, *Si può reimmaginare una psichiatria di comunità?*, in *Prospettive*, Maggio, 2009, p. 26, relativamente al fatto che la vita istituzionale introducesse «deformazioni ... nella stessa patologia psichiatrica».

una risposta che tenesse conto del ritmo personale del malato. Che gli stesse dietro, non che il malato dovesse stare dietro al servizio. Questo implica(va) però la capacità di creare per ogni situazione una invenzione. Una invenzione tecnica e una amministrativa».

La rivoluzione, che allora fu avvertita come necessaria, non doveva reinventare il sistema solo dal punto di vista tecnico e sanitario, ma doveva farlo necessariamente anche da quello dell'organizzazione amministrativa.

4. La dimensione politica e sociale del dibattito sull'organizzazione dei servizi

L'esito del movimento che si attivò in Italia a partire da quegli anni ha portato, come noto, all'adozione della legge 180 del 1978, nota come legge Basaglia. In pochi articoli quella legge ha avviato il percorso organizzativo della trasformazione dei servizi psichiatrici, attraverso il superamento della dimensione ospedaliera della cura e attraverso la territorializzazione dell'assistenza.

Due caratteristiche in particolare di questa riforma ne hanno fatto un *unicum* in Europa. La prima è rappresentata dalla messa in discussione radicale del modello previgente, una esigenza che derivò proprio dalla consapevolezza, che era andata maturando in quegli anni, del rapporto strettissimo fra sistema organizzativo e diritti. Mentre in Inghilterra, dove pure ha origine la critica all'approccio manicomiale tradizionale, il movimento si concentra sull'umanizzazione degli ospedali psichiatrici, senza contestarne l'esistenza in sé, in Italia la questione assume toni più generali e aggredisce il tema dei rapporti tra «l'istituzione psichiatrica, i processi di gerarchizzazione medico paziente, l'esclusione del malato mentale e il sistema di potere complessivo»²². Questa ampiezza di visione critica è in parte la ragione e in parte la conseguenza della seconda caratteristica delle vicende italiane: la dimensione politica della questione. La grande trasformazione dell'approccio istituzionale alla malattia psichiatrica avvenne, cioè, attraverso un dibattito che in molte realtà coinvolse l'intera società.

(22) Sono le parole di TULLIO SEPPILLI, intervistato da Lara Iannotti, *Non solo Basaglia. Intervista sul movimento antipsichiatrico in Italia*, Zaprunder, 6, 2005.

Sono gli anni delle battaglie condotte dal movimento operaio che «per la prima volta assumono come obiettivo fondamentale la lotta contro la nocività nelle fabbriche e la gestione privata del problema della salute, rifiutando la delega ai tecnici. Queste nuove lotte favoriscono la presa di coscienza da parte di operatori psichiatrici, amministratori, sindacalisti, intellettuali e studenti relativa ai temi della salute mentale, della devianza e dell'emarginazione sociale»²³.

Ancor più che a Gorizia e nella stessa Trieste, in altre realtà, come ad esempio Reggio Emilia, Parma e Perugia, il movimento è l'espressione di un'azione congiunta fra i tecnici dei servizi e gli amministratori, sostenuta dalla politica locale, «con la sostanziale comprensione, o una benevola neutralità, della magistratura e di altri organismi dello Stato e con il costante coinvolgimento partecipativo dei più larghi strati della popolazione»²⁴.

È così che le scelte organizzative di territorializzazione dei servizi assumono un significato più ampio e complesso del semplice decentramento delle prestazioni presso strutture diverse da quella manicomiale e localizzate nel territorio. La fuoriuscita della cura psichiatrica dai manicomi corrisponde alla rinuncia a dare una risposta tecnica e coercitiva a bisogni che, prima ancora che di salute, sono di natura sociale e politica. Alla base della rilettura della malattia c'è una rilettura della società, delle istituzioni e del loro ruolo e a mediare il rapporto fra collettività e servizio c'è la politica che, attraverso i servizi, esprime la sua visione della società e ne promuove la trasformazione.

Fra le molte realtà che contribuirono alla rivoluzione che si svolse in quegli anni, quella di Perugia si segnala più di altre per il modo in cui amministrazione, tecnici e comunità concorsero alla trasformazione dei servizi. Il pionieristico lavoro di decentramento delle prestazioni di igiene mentale presso i Centri diffusi in tutta la provincia rappresentò la concretizzazione di un percorso che aveva attraversato non solo l'amministrazione dei servizi psichiatrici e i suoi professionisti, ma anche la

(23) G. BARTOLOMEI, G.P. LOMBARDO, *Nuova psichiatria. Storia e metodo*, Roma, Carecas, 1977, p. 5.

(24) S. FLAMINI, C. POLARI, *Una ricerca sull'ospedale psichiatrico di Perugia*, <https://www.researchgate.net/publication/274695906>, p. 8.

politica e la società. In questo senso basti pensare al fatto che il regolamento per i Centri di igiene mentale²⁵ venne adottato all'esito di una serie di assemblee pubbliche che si tennero in diverse zone della Provincia: «assemblee affollatissime, in cui intervenivano amministratori, psichiatri, studenti, cittadini e giornalisti»²⁶.

Che ogni scelta di servizio esprima un'idea di società è stato vero sempre ed è vero anche oggi, ma mai come allora fu esplicitato, analizzato, dibattuto e ripensato nella nuova prospettiva della centralità dell'individuo e dei suoi diritti, frutto del costituzionalismo del secondo dopoguerra.

5. Le riforme per l'efficienza e la scomparsa della dimensione politica e sociale dal dibattito sui servizi

Dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale in avanti, tuttavia, il tema della stretta relazione fra modalità organizzative di un servizio e diritto della persona, non solo a godere delle prestazioni fornite, ma anche al pieno sviluppo della propria personalità, è sempre meno presente e lascia spazio ad altri temi concernenti l'organizzazione e relativi alla funzionalità, economicità, sostenibilità del servizio.

Anche la questione dell'organizzazione dei servizi psichiatrici, che pure prosegue fino alla fine del secolo scorso, assume un taglio diverso. La scelta di chiusura degli ospedali psichiatrici, che è coeva alla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, sembra racchiudere in sé l'apice

(25) Se ne riporta qui un brano tratto dall'articolo 2, il cui contenuto esemplifica egregiamente il significato profondo che in quella fase si riconosceva all'organizzazione dei servizi: «La salute mentale non si identifica con un codice di norme di comportamento né con la pura e semplice assenza di malattia. È connessa alla possibilità di dominare conoscitivamente e operativamente la propria condizione esistenziale e i processi che la determinano. Si tutela trasformando le condizioni e i significati della vita associata in modo da realizzare rapporti umani e modelli socioculturali che pongano il benessere dell'uomo quale valore primo e fondamentale».

(26) J. FOOT, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Milano, Feltrinelli, 2014, p. 188. Ma vedi anche quanto considerato da S. FLAMINI, C. POLARI, *Una ricerca sull'ospedale psichiatrico di Perugia*, cit., p. 4, che osservano come «Attraverso una costante dialettica tra il mondo politico, amministrativo, psichiatrico e culturale, infatti, l'esperienza perugina fu uno degli esempi più significativi nel panorama italiano, non solo per aver superato la tradizionale struttura manicomiale, ma, soprattutto, per aver elaborato – attraverso il passaggio dal manicomio al territorio – una efficace e precoce alternativa all'ospedale psichiatrico».

del movimento, ma anche il suo tramonto. Quella fase è stata paragonata ad «una sorta di supernova, un processo di espansione di energia progettuale straordinariamente creativa, seguito da una lunga stagione di riforme in *stand by*»²⁷.

In realtà più che ad un arrestarsi delle riforme, ciò a cui si è assistito è stata la perdita di attenzione per la questione dell'organizzazione dei servizi da parte della politica e della collettività. Il tema si è spostato su un piano essenzialmente "tecnico" e, con l'avvio della seconda riforma della sanità italiana, all'inizio degli anni '90, è diventato un problema di efficienza dell'azienda sanitaria.

Nel corso dei quasi quindici anni che trascorrono fra la legge 180 e l'avvio dell'aziendalizzazione, il processo di territorializzazione dei servizi psichiatrici aveva dato luogo a un arcipelago di soluzioni, producendo un panorama variegato e discontinuo che rendeva estremamente differenziato il livello di tutela assicurato ai pazienti nelle diverse realtà regionali. Non in tutte le Regioni la chiusura degli istituti manicomiali era stata completata e non sempre, anche laddove si era conclusa, era stata accompagnata da un adeguato lavoro sul territorio per preparare prima, e seguire poi, le condizioni di inserimento dei pazienti nel sistema dell'assistenza e nei contesti familiare, sociale e lavorativo.

La prima pianificazione sanitaria nazionale si trovò così di fronte ad alcune realtà in cui i malati erano ancora in stato di abbandono e di inaccettabile degrado e ad altre in cui le famiglie erano state lasciate sole e senza sostegno. Le cause della presenza, accanto a realtà virtuose, di situazioni in cui la riforma psichiatrica non aveva dato i frutti sperati, vennero significativamente identificate in «una discontinua e carente azione di indirizzo, di promozione e coordinamento, ai diversi livelli di governo e di gestione del sistema sanitario»²⁸.

Nel 1994 venne così adottato il primo Progetto obiettivo in materia di tutela della salute mentale, al quale ne seguirà un secondo nel 1999. L'intento era quello di fornire un modello di riferimento, fondato sul Di-

(27) G.A. MICHELI, *Il vento in faccia. Storie passate e sfide presenti di una psichiatria senza manicomio*, cit., p. 7.

(28) Così nel Progetto Obiettivo «Tutela della salute mentale 1994-1996», adottato con d.P.R. 7 aprile 1994.

partimento di salute mentale e articolato a livello ospedaliero in un servizio di prevenzione diagnosi e cura e, a livello territoriale, nei centri di salute mentale e nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Lo schema definito alla fine del secolo da poco trascorso è quello che ancora oggi ritroviamo in tutte le realtà regionali. Su di esso non si è tornati ad aprire un dibattito e anche la maggiore autonomia organizzativa in materia di salute conferita alle regioni con l'inizio del secolo attuale non si è tradotta in soluzioni organizzative differenziate sotto questo profilo. Degli effetti in termini di "salute" si è cominciato a ragionare solo da pochi anni, se si pensa che il primo Rapporto sulla salute mentale risale al dicembre 2016 (dati 2015) e l'ultimo al dicembre del 2017 (dati 2016).

I due Rapporti sulla salute mentale ci restituiscono l'immagine di Regioni molto differenti fra loro, a partire dalla percentuale sulla spesa sanitaria regionale complessiva delle risorse dedicate alla salute mentale, che nel 2015 andavano dal 6,26% della Provincia di Trento al poco più del 2% della Basilicata. Ma quel che colpisce di più è il differente approccio alla patologia psichiatrica che emerge dai dati. In alcune realtà i trattamenti sanitari obbligatori rappresentano ancora una soluzione praticata con frequenza. In Sicilia e in Valle d'Aosta, ad esempio, si avvicinano ai trenta per ogni 100.000 abitanti, un numero molto elevato, anche se leggermente ridotto per il 2016, soprattutto in confronto ai poco più di 2 della Provincia di Bolzano. Anche l'accesso delle persone bisognose di assistenza psichiatrica al Pronto soccorso è piuttosto difforme. Il tasso più elevato è in Lombardia in cui si attesta ad oltre 1.600 accessi per 100.000 abitanti; quello più basso è in Molise in cui gli accessi per 100.000 abitanti sono solo un centinaio. Si tratta di un dato significativo dal momento che un elevato ricorso a questo tipo di servizio può essere un indice non solo della scarsa capacità dei servizi territoriali di intercettare i bisogni prima che sfocino in esigenze di assistenza urgenti, ma anche di una idea di malattia, di persona malata e di cura centrata su una risposta essenzialmente medica al bisogno. Un'altra differenza significativa riguarda il rapporto fra assistenza residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale e domiciliare. Alcune Regioni mostrano un significativo squilibrio, rispetto alle altre, in termini di investimento sull'assistenza residenziale che, in alcuni casi, come ad esempio nelle

Marche, nel Molise e in Valle d'Aosta, assorbe la percentuale più significativa delle risorse. In termini organizzativi è evidente che una assistenza che dà molta importanza alla dimensione residenziale è segno di una visione della patologia psichiatrica e della sua cura meno centrata sul territorio e sulle risorse della comunità nel fornire risposte alle esigenze della persona malata.

Gli esempi potrebbero continuare, ma quel che ci preme segnalare in questa sede è come, nel momento in cui si perde di vista il rapporto fra organizzazione dei servizi e complesso dei diritti delle persone che con essi entrano in contatto, si rinuncia al controllo sulla visione di persona e di società che quell'organizzazione esprime.

Servizi che rispondono allo stesso schema esteriore rivelano oggi nelle diverse Regioni italiane idee differenti di malattia, di diritti del paziente, di sviluppo della persona e di società. Ma la cosa veramente grave è che queste idee diverse non vengono messe a tema, discusse, confrontate, ma restano sommerse in un ragionamento che riguarda troppo spesso soltanto la produttività del servizio o, peggio, la sua economicità. Se si ragiona di organizzazione e di servizi solo da questi punti di vista, si rischia di trascurare il significato profondo del servizio in quanto servizio "pubblico", cioè parte essenziale del progetto di emancipazione dell'individuo immaginato dalla Costituzione.

6. I servizi psichiatrici nell'aziendalizzazione del Servizio sanitario

Certamente l'aziendalizzazione del Servizio sanitario non ha aiutato a mantenere viva l'attenzione sul significato del servizio e della sua organizzazione in una prospettiva "politica". Ma questo è avvenuto non per colpa dell'aziendalizzazione, ma per come essa è stata attuata e interpretata. La necessaria e opportuna estromissione degli interessi della classe politica dalla gestione²⁹ è stata vissuta come definitiva sterilizzazione della dimensione politica del servizio. Come debbano essere organizzati i servizi psichiatrici e sanitari in generale e

(29) Su cui v. ampiamente E. MENICETTI, *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del Servizio sanitario. Un primo bilancio*, Roma, Franco Angeli, 2007, p. 23.

come debbano funzionare sono diventate questioni da affrontare in termini amministrativi e aziendali in una prospettiva prevalentemente economica e funzionale. Alla spontaneità e imperfezione della stagione in cui l'organizzazione dei servizi veniva messa in discussione anche in quanto specchio della società, si è sostituita una razionalità aziendale che ha determinato «una taylorizzazione della salute: quindi frammentazione del bisogno e costruzione di un servizio per ogni frammento»³⁰.

Ciò ha contribuito anche ad un ritorno in campo medico della questione psichiatrica, che ha cessato di essere un problema da affrontare nella società e nelle istituzioni prima ancora che nei servizi sanitari. La separazione fra sociale e sanitario e la riduzione delle risorse assegnate al primo settore hanno poi ulteriormente accentuato questo aspetto, alimentando a loro volta la medicalizzazione dei bisogni psichiatrici: le esigenze che restano senza risposta in campo sociale spesso si aggravano e di fronte ad esse l'unica risposta possibile diventa medica e a volte violenta.

Ma, come già considerato, il problema non sembra essere l'aziendalizzazione in quanto tale, dal momento che la scelta legislativa di garantire una gestione delle strutture sanitarie separata dalla politica lascia intatti tutti gli strumenti attraverso i quali quest'ultima può continuare ad incidere sul modo in cui un servizio risponde ai bisogni della società e la trasforma. In altri termini la mediazione di senso fra servizio e collettività resta disponibile alla politica. Il problema è che la politica non sembra interessata a questo, quanto invece appare preoccupata di continuare ad incidere sulla minuta gestione delle risorse economiche e professionali³¹. In questo modo la comunità resta esclusa dalle scelte che la riguardano e l'organizzazione e il funzionamento dei servizi diventano terreno di scambio e conflitto fra politici e dirigenti.

(30) F. SCOTTI, *Si può reimmaginare una psichiatria di comunità?*, cit., p. 29. «La modernizzazione amministrativa della sanità è pagata con una depoliticizzazione: viene meno cioè il compito di mediazione, svolto dai politici, tra servizi e società, mentre si accentua la lottizzazione, il che significa controllo sugli operatori dei servizi a fini elettorali», *ivi*, p. 28.

(31) Da ultimo W. RICCIARDI, *La battaglia per la salute*, Bari, Laterza, 2019, p. 125.

7. *Pubblico e privato (sociale)*

In questo quadro la prospettiva di una psichiatria di comunità, che presupponeva la mediazione politica, sembra sempre più lontana³².

In qualche modo questo appare paradossale proprio in una fase, come quella apertasi ormai da due decenni, in cui le risorse del sociale sono diventate parte integrante dell'organizzazione dei servizi³³.

Nel disegno riformatore della fine degli anni '70 le prestazioni funzionali al sostegno delle persone affette da patologie psichiatriche, spostandosi sul territorio, hanno combinato la dimensione medica con quella sociale, aprendo la strada a quell'integrazione sociosanitaria che avrebbe poi riguardato anche altre prestazioni. L'evoluzione dei servizi sociali ha inciso così sulle modalità di organizzazione e funzionamento dei servizi psichiatrici più di quanto sia avvenuto per altri servizi sanitari. È per questo che il sempre più intenso coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie, della collettività, del terzo settore nell'erogazione dei servizi sociali potrebbe diventare una risorsa importante e un fattore di cambiamento organizzativo anche per i servizi psichiatrici.

Oggi non c'è Centro di salute mentale che non trovi nel contributo della collettività una risorsa chiave per poter garantire servizi alle persone bisognose di assistenza e lo sviluppo del terzo settore impegnato in questo campo appare in continua progressione. Dalle esperienze degli Utenti Familiari Esperti, che portano all'interno dei servizi le competenze relazionali maturate nel rapporto con la malattia nella quotidianità, alle soluzioni abitative che riproducono contesti familiari o che realizzano le esigenze di indipendenza dalla famiglia attraverso diverse forme di convivenza, fino all'impiego dello sport o dell'arte per arricchire la vita relazionale delle persone malate. Le esperienze sono diverse

(32) «Non vi è dubbio che stiamo assistendo a una fragilizzazione dei servizi psichiatrici territoriali, che si manifesta a livello di territorialità, rappresentatività, identità collettiva, tutela dei diritti, e questa situazione impone un lavoro non ordinario di rifondazione della cultura e delle pratiche della psichiatria e della salute mentale di comunità, per uscire da un'impasse che è anche crisi di valori, di idee, progetti, sponsorship, reti, socialità, sostenibilità, cittadinanza», così L. FERRANNINI, *I servizi e gli operatori tra continuità e innovazione*, in *Psichiatria di Comunità*, 7, 2008, p. 181.

(33) C. CITTADINO (a cura di), *Dove lo Stato non arriva. Pubblica amministrazione e Terzo settore*, Napoli, Passigli, 2008; C. BOTTARI (a cura di), *Terzo settore e servizi socio-sanitari: tra gare pubbliche e accreditamento*, Torino, Giappichelli, 2013; P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Sussidiarietà e politiche sociali dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Torino, Giappichelli, 2004.

e riproducono nella loro molteplicità la pluralità e variabilità dei bisogni che la persona esprime nel dispiegarsi della sua vita, ma soprattutto emancipano dall'approccio solo sanitario, o anche socio-sanitario, il sostegno dell'individuo affetto da patologie psichiatriche, restituendogli spesso una dimensione di esistenza più ricca e appagante. Ci troviamo di fronte ad un fenomeno di partecipazione sussidiaria del privato che può rivitalizzare il trattamento della malattia mentale e restituire senso alla dimensione comunitaria dei servizi psichiatrici.

Ma nella lettura del fenomeno non ci si può fermare qui. Sullo sfondo c'è anche la crisi della spesa pubblica e il ricorso alle esternalizzazioni e al privato per i risparmi di spesa che questo rende possibili. Minori costi che non sempre sono dovuti a modalità organizzative più efficienti, ma che discendono anche dalla possibilità che ha il privato di retribuire di meno il personale o di abbassare alcuni *standard* strutturali dei servizi. L'esigenza di economie di scala porta spesso al gigantismo delle organizzazioni private, che, anche in virtù delle esigenze burocratiche derivanti dal rapporto con il pubblico, hanno bisogno di raggiungere una massa critica adeguata. Questo conduce, non di rado, all'auto-referenzialità dell'organizzazione che, acquisita una certa dimensione, esprime l'esigenza di perpetuare se stessa e di giustificare attraverso la sua azione la sua esistenza.

Nelle «Linee di indirizzo per la salute mentale» adottate dal Ministero della salute il 20 marzo 2008, si evidenzia la preoccupazione per alcuni segnali di ritorno alle pratiche della istituzionalizzazione che deriverebbero dagli inserimenti su vasta scala in strutture residenziali a tempo indeterminato. Molte di queste strutture sono private convenzionate e i tassi di permanenza più lunghi si registrano proprio in esse. Le ragioni possono essere diverse, ma da più parti è stato segnalato come ciò possa derivare, in alcuni casi, anche dal prevalere dell'interesse economico delle strutture e dalla scarsa capacità dei Centri di salute mentale di monitorare i ricoveri e di verificare in che misura questi continuino ad essere necessari³⁴.

(34) «È molto frequente che i Dsm dimenticano le persone che hanno ricoverato in CTA anche molto lontane dai loro luoghi di origine e queste persone escono dalle CTA soltanto dopo la loro morte». Così G. INTERLANDI, *Ruolo delle Comunità Terapeutiche Assistite Pubbliche e*

8. Per riaprire il discorso sui servizi pubblici

Perché, quindi, l'intensificarsi del rapporto con il privato sociale possa essere vissuto come reale occasione per riprendere a ragionare sui servizi come strumento per mezzo del quale una collettività definisce se stessa attraverso la soddisfazione dei bisogni che esprime, occorre che il pubblico interpreti appieno il proprio ruolo sia nella gestione dei servizi, sia nella mediazione "politica" fra questi e la società.

In tale prospettiva è essenziale che nel pubblico si torni a progettare il servizio, mettendone continuamente in discussione l'organizzazione per misurare il rapporto con i diritti di chi entra con essa in relazione, per verificare l'idea di persona e società che esprime e per confrontarsi con i cambiamenti che sono necessari. Un pubblico, quindi, che non può delegare interamente al privato aree di prestazioni, ma che deve rimanere in rapporto dialettico con esso in una relazione duale in cui le due sfere, pubblica e privata, esercitano l'una sull'altra un controllo che è anche stimolo alla ricontrattazione delle soluzioni e al rinnovamento continuo.

Da ciò discende un duplice ordine di conseguenze sulle quali mi sembra conclusivamente utile richiamare l'attenzione.

La prima riguarda le funzioni che appartengono necessariamente alla sfera pubblica: certamente la programmazione, propria del vertice politico dell'amministrazione, che deve tornare ad essere anche progettazione dei servizi, ma anche la diretta erogazione delle prestazioni che spetta all'amministrazione di gestione. Soltanto una amministrazione pubblica impegnata direttamente nei servizi sviluppa, infatti, al suo interno le competenze per indirizzare, misurare, vigilare quegli stessi servizi quando sono erogati dal privato. Per questo occorre evitare che intere aree di prestazioni siano fornite solo da organizzazioni private, curando che il privato affianchi il pubblico senza sostituirlo. In questo modo anche gli *standard* operativi, il funzionamento, i requisiti organizzativi possono essere confrontati e verificati, evitando il rischio dell'ab-

dei Centri Diurni nel processo riabilitativo del paziente psichiatrico, http://www.psichiatria-democratica.com/index.php?option=com_content&view=article&id=174:ruolo-delle-comunita-terapeutiche-assistite-e-dei-centri-diurni-nel-processo-riabilitativo-del-paziente-psichiatrico&catid=12:convegni&Itemid=150&lang=it (consultato il 28 agosto 2018).

bandono o anche solo della perdita di competenza del pubblico rispetto ad intere aree di attività. Naturalmente tutto ciò comporta un investimento in professionalità e strutture che mal si concilia con le riduzioni di spesa e i tagli di personale che si sono susseguiti in questi anni.

La seconda conseguenza riguarda la disponibilità del pubblico (sia politico, sia gestionale) a rimettersi in discussione attraverso il confronto e la dialettica con il privato. Quest'ultimo è per sua natura più dinamico e flessibile e, soprattutto, idoneo ad intervenire con modalità non del tutto prevedibili proprio per la sua natura di fenomeno che si colloca fuori delle istituzioni. Ciò consente spesso al privato di fornire risposte innovative a bisogni che si trasformano o anche semplicemente di adattarsi più rapidamente ad esigenze individuali e diversificate.

Il dialogo-interazione con il privato deve essere quindi inteso in senso ampio, a partire dalla relazione con l'utente, con il terzo settore, con l'impresa, fino al rapporto con la comunità tutta, in un processo di continuo scambio, apprendimento e ripensamento.

L'esigenza di tornare a ragionare su quale idea di società ci restituisca l'organizzazione di un servizio pubblico e, di conseguenza, la necessità di una mediazione politica fra servizi e comunità naturalmente non riguarda solo i servizi psichiatrici. Non c'è dubbio che qualsiasi servizio pubblico ponga la questione di quale idea di società sia all'origine dei bisogni che si decide di soddisfare e delle scelte organizzative che ciò comporta.

Oggi si avverte l'assenza di un ragionamento di questo tipo sui servizi. La dimensione politica e sociale delle questioni che li riguardano appare quasi completamente sterilizzata da un linguaggio tutto economico, centrato su un risultato di efficienza, che oblia la questione preliminare su "cosa" debba essere fornito, prima ancora che su come debba essere efficiente.

Vicende recenti ci hanno mostrato le conseguenze anche drammatiche che possono avere le scelte organizzative sulla fornitura di certi servizi e la gestione delle strutture che li riguardano, riproponendo la questione del rapporto fra pubblico e privato³⁵.

(35) Si fa qui riferimento al crollo di un tratto del ponte intitolato a Riccardo Morandi, parte del tracciato dell'autostrada A10, avvenuto a Genova il 14 agosto 2018. Il crollo ha riaperto il

Anche di fronte a tali questioni è essenziale non limitare il discorso ai temi dell'efficienza e dell'economicità, ma allargare il quadro alla visione di società che sta alla base di certe scelte, non dimenticando che qualsiasi decisione in materia di servizi pubblici deve confrontarsi, innanzi tutto, con il progetto costituzionale della quale è parte.

dibattito sulle concessioni autostradali e sugli obblighi dei concessionari, riportando all'attenzione della politica e della società la questione dell'organizzazione dei pubblici servizi e delle relative infrastrutture.