

Perché bisogna riformare le disposizioni sulla salute mentale ("Legge 180") in Italia

Why do we need to amend the "Law 180" on mental disorders in Italy

F. BRUNO

M. GAITI

Psicopatologia Forense, Università di Roma "La Sapienza"

Key words

Law 180 • Psychiatry • Inmates • Mental Hospital

Correspondence: Prof. Francesco Bruno, Neurologo e Psichiatra, titolare di Psicopatologia Forense, Università di Roma "La Sapienza", via Val Maggia 28, 00141 Roma
Tel. +39 06 88327350
Fax +39 06 88327493
E-mail: f.bruno@agora.it

Summary

The present paper aims to prove how imperative is the need to amend the Italian law on mental health, better known as the Law 180. This is achieved through the analysis of national and international data on mental illness. Based on these data, three main issues have been taken into consideration. Firstly, the attention focuses on the impact that the present law has had on mentally disordered people and their families. In fact, since the main consequence of the Law 180 has been to leave these people on their own, it is important to acknowledge the way they have been materially living since then. Therefore, an attempt is made to answer questions such as: where do these people stay? How do they live? How do their families cope with their illness?

Secondly, we have considered how the new law should be in order to better suit the many issues arising from the mental illness problem. In this regard, it is pointed out that a good law would start from chronic mental disorders and acute psychiatric episodes to then be extended to psychiatric diseases of all kind and people of all ages.

Ultimately, the attention is on the alarming increase of murders committed by mentally disordered offenders as to demonstrate that, unfortunately, mental illness often manifests itself in the form of physical aggression (see Fig. 3 and Tab. VII).

The data analyzed show that one out of five adults are affected by some kind of mental disorder: that is 450 millions mentally ill people in the world, 93 millions of whom live in Europe (see Tab. I) and 10 millions in Italy. This means that one out of every two families in our country, has to cope with psychiatric disorders (see Tab. II).

According to statistics, the current law through its psychiatric facilities (see Tab. III and V) is unable to cope with such a massive number. In fact, data show that although the Law 180 is a law currently in force, it does not seem to provide any effective therapeutic answer or to adopt any useful preventive and rehabilitative program to solve the mental health problem. Paradoxically, while the present situation is that of an increasing need for psychiatric care, with a demand three-fold that before the implementation of the 180, current psychiatric services can only treat in, a one year, 10% of the persons affected by a mental disorders. Furthermore, considering that in 1978 there were up to 80.000 hospitalized psychiatric patients and that this number has decreased today to 30.000 while in the meantime Italian population has grown of at least 5 millions of people, one has to ask what has happened to the remaining 50.000 people. It is likely that a large number of these people are hospitalized in some of the numerous non-psychiatric houses; an equally large number is "desaparecido"; at least 10.000 are in prison (see Fig. 1 and 2), while many of them live in the society. The Law 180 is inspired on noble principles which allowed a great cultural progress in the society, bringing to an end an age characterized by exclusion and segregation of mentally disordered people. Conversely, the Law 180 has uncritically promoted a wrong ideology, which is supported neither by the scientific nor from the political world. Therefore, this paper argues that in suggesting imaginary examples of therapeutic approaches, the present law is anomic and dangerous. Furthermore, we foresee that the scenery created by the present law is likely to trigger a counter-reaction which may ultimately result in the return to the use of those unhuman psychiatric institutions that the Law 180 aimed to do away with. In conclusion, it is time for the legislator to amend such a wrong law.

Un primo sguardo alla riforma psichiatrica

La riforma della legislazione sanitaria in materia psichiatrica è nota in Italia come Legge 180, o addirittura più semplicemente e popolarmente come “La 180”. Chi non ha mai sentito parlare di questa legge? Quanti tra i cittadini italiani non ne hanno sperimentato gli effetti, vuoi per esperienza diretta o di qualche familiare, vuoi per semplice partecipazione all'appassionato dibattito ed alle roventi polemiche che sin dall'inizio ne hanno accompagnato l'applicazione? Eppure quasi trenta anni fa, nel maggio del 1978 “la 180” venne approvata quasi all'unanimità dal Parlamento che evitò così di far celebrare un referendum che era già stato indetto con l'intento di giungere all'abrogazione della precedente normativa. A distanza di pochi mesi i principi ispiratori della legge vennero integralmente trasfusi nella legge n. 833 del 23/XII/1978 istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale e di lì a poco determinarono degli effetti rivoluzionari non soltanto nella prassi dell'assistenza psichiatrica, ma anche nel complesso dei valori socio-culturali della Società Italiana.

Prima di indicarne sommariamente i contenuti noti è bene ricordare quale fosse la situazione esistente in Italia prima del 1978.

Fino a quel momento vigeva una legge manicomiale promulgata il 14/2/1904 (n. 36) che stabiliva l'obbligatorietà del ricovero in manicomio delle persone “*affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé ed agli altri, o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi*”.

Per essere pertanto ricoverati bastava semplicemente che qualcuno lo richiedesse al pretore dietro presentazione di un semplice certificato medico ratificato dell'autorità locale di Pubblica sicurezza.

Tale normativa era stata in parte modificata dalla legge 18/3/68 n. 431 che aveva introdotto la possibilità del ricovero volontario su richiesta del malato, e l'abolizione dell'obbligo dell'annotazione sul casellario giudiziario dei provvedimenti giudiziari di ricovero e di revoca.

In altri termini era stata creata oltre alla porta per entrare anche una porta per uscire da quei tristi istituti. Nel 1978 in Italia esistevano un centinaio di istituti (Ospedali Psichiatrici Provinciali) capaci di circa 80.000 posti letto, dotati di circa 1.500 medici, di almeno 27.000 infermieri.

Alla fine dell'anno, il numero dei degenti presenti in tali istituti era di 54.284 mentre il movimento annuo delle degenze ammontava complessivamente a circa 190.000.

Il numero dei “*matti*” ricoverati nei manicomi è variato nel tempo non soltanto a seconda delle oggettive

ve disponibilità di strutture, ma anche in relazione al variare delle concezioni culturali e degli strumenti terapeutici.

Nel 1892, una commissione guidata da Lombroso e Tamburini calcolò in 24.118 la popolazione dei degenti psichiatrici che nel 1914 era però già salita a 54.311. Tale popolazione nel 1934 raggiunse le 80.000 unità e variò intorno a questa cifra fino al 1971, anno in cui cominciò a decrescere gradualmente fino ai valori già ricordati del 1978.

Che cosa fosse diventato il manicomio negli anni '60 è ormai noto a tutti.

In strutture fatiscenti del secolo scorso vivevano nel più completo abbandono, in condizioni di trascuratezza e sofferenze inaudite, migliaia di persone dimenticate, private di ogni diritto e ridotte in uno stato di soggezione del tutto incompatibile con la dignità dell'uomo.

L'ospedale psichiatrico, che pure era nato tra il XVII e il XVIII secolo, in parte per le esigenze sociali e culturali della borghesia in ascesa ed in parte come segno dell'evoluzione civile prodotta dall'Illuminismo, con il passare degli anni era diventato soltanto un luogo d'esclusione, d'emarginazione e di sorveglianza.

Fino a quando gli psicofarmaci non fecero la loro prima comparsa nella seconda metà degli anni '50, l'armamentario terapeutico era costituito pressoché unicamente da terapie convulsivanti e da mezzi di contenzione il cui uso contribuiva ad incupire ancora di più la già plumbea atmosfera di quei luoghi di sofferenza. Il movimento culturale che negli anni Sessanta scosse alle radici il tronco della società borghese per introdurre elementi profondamente innovativi non poteva non portare alla contestazione più radicale dell'ideologia del controllo sociale e pertanto cominciò ad investire proprio quelle istituzioni ove tale controllo era allo stesso tempo più ottuso e meno protetto: tra queste per prima, proprio l'istituzione psichiatrica.

In Italia, il movimento antipsichiatrico fu capeggiato da Franco Basaglia, che sin dal 1962 iniziò a Gorizia un tentativo di rinnovamento che, passando per la costituzione di una prima comunità terapeutica giunse ad abbattere le mura del manicomio e si pose poi l'obiettivo di scardinare e distruggere il castello della Psichiatria intesa come scienza medica e strumento di controllo sociale.

L'ideologia antipsichiatrica di Basaglia è stata completamente recepita prima dalla Legge 180 e poi della riforma sanitaria che stabilizzarono i seguenti principi:

- abolizione dell'Ospedale Psichiatrico esistente e di qualsiasi altra possibile istituzione psichiatrica di ricovero. L'art. 64 della legge 833 (riforma sanitaria) infatti detta le norme per il “*grande superamento degli Ospedali Psichiatrici o Neuropsichiatrici*”, vieta “*le convenzioni per gli istituti di cura privati che svolgono esclusivamente attività*

psichiatrica” e vieta inoltre “*la costruzione di nuovi Ospedali Psichiatrici, l'utilizzazione di quelli esistenti come Divisioni Specialistiche Psichiatriche di Ospedali Generali, l'istituzione negli Ospedali Generali di Divisioni o Sezioni Psichiatriche e l'utilizzazione come tali di Divisioni o Sezioni Psichiatriche o Neurologiche o Neuro-psichiche*”.

- istituzione di dipartimenti di salute mentale, per legge regionale ove si svolgano le “*funzioni preventive, curative, e riabilitative relative alla salute mentale*” (art. 34 legge 833).
- limitazione dei Trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale in condizioni di degenza ospedaliera solo “*se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere*” (art. 34 legge 833).

Tali trattamenti vanno eseguiti in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura all'interno degli Ospedali Generali dotati di un numero di posti letto non superiore a 15. In altri termini la legge italiana non si è limitata ad abolire l'Ospedale Psichiatrico come istituzione manicomiale, ma ha dettato precise ed inequivocabili norme tese a rendere difficilissima se non impossibile la medicalizzazione della malattia mentale e quindi della stessa Psichiatria non soltanto nelle fasi di prevenzione e riabilitazione, ma anche nella fase del trattamento.

Si è abbandonato un modello d'intervento, ma non ne è stato indicato un altro alternativo e così la legge è stata puntualmente applicata nella sua parte abolizionista e negativa, ma non lo è ancora del tutto nella sua parte prescrittiva e positiva.

È tutt'ora vivace la polemica tra coloro che ritengono che la legge non funziona perché è sbagliata e coloro che pensano che essa non funziona perché non è applicata, tuttavia cresce ogni giorno il disagio e l'insoddisfazione ed oramai molti concordano sull'esigenza di giungere ad una diversa normativa.

In realtà è diffusa l'opinione che la legge non garantisce un'adeguata assistenza psichiatrica a chi ne ha bisogno anche se al momento nessuno conosce la reale situazione per la mancanza, l'inattendibilità e la frammentarietà dei dati ufficiali.

Una ricerca-censimento in questo senso è stata svolta nel 1985-86 dal Ministero della Sanità in collaborazione con il Laboratorio per le Politiche Sociali (LABOS) e si riferisce al 31 dicembre 1984.

A quella data esistevano in Italia 1.399 strutture per l'assistenza psichiatrica: 674 (48,2%) Presidi Psichiatrici Territoriali; 236 (16,9%) Servizi Ospedalieri di Diagnosi e Cura; 103 ex-Ospedali Psichiatrici; 74 case di cura private; 14 Cliniche Universitarie; 50 Day

Hospital e 248 Strutture Intermedie Residenziali.

Circa 360.000 persone nel corso del 1984 si erano rivolte almeno una volta ad un Presidio Psichiatrico Territoriale e, di questi, almeno 1/3 erano nuovi utenti.

In tali Presidi svolgevano la loro opera circa 10.000 operatori di cui circa 2.000 medici e 4.500 infermieri, ma anche psicologi, assistenti sociali e volontari ecc.

I Presidi Psichiatrici Territoriali sono costituiti da locali in media di circa 150 m² nei quali si svolge attività ambulatoriale entro orari variabili.

Solo in circa il 5% dei casi tale attività si svolgeva tutti i giorni.

Nei 236 Servizi Ospedalieri di Diagnosi e Cura che assicurano 3.113 posti letto, si sono avvicinate nel 1984 50.500 persone ricoverate volontariamente nell'80% dei casi e con Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) nel 20% di casi: quasi la metà era composta da nuovi utenti.

In tali servizi lavoravano almeno 6.000 operatori e la degenza media non ha superato i 13 giorni.

Le cifre, seppur sintetiche, consentono di notare innanzitutto la particolare ampiezza della domanda di servizi psichiatrici che solo nelle 910 strutture citate ha riguardato in un anno un numero di almeno 400.000 persone; in secondo luogo sembra evidente che le strutture disponibili lavorino utilizzando solo parte delle loro potenzialità (35 utenti per operatore/anno per gli ambulatori e 8 utenti per operatore/anno per i servizi ospedalieri).

Bisogna aggiungere che allora, nei manicomi, era ancora presente una popolazione di almeno 25.000 unità mentre oltre 20.000 persone ricorrevano al ricovero presso case di cura private.

L'analisi delle cifre permetteva già allora di dedurre che non era vero che la legge non funzionasse o che non fosse stata applicata, appariva invece che il suo funzionamento, realizzato attraverso le strutture disponibili, non solo non era in grado di dare risposte terapeuticamente efficaci alla malattia mentale, ma nemmeno di svolgere in alcun modo le funzioni di prevenzione e di riabilitazione previste.

Ci si trova oggi pertanto di fronte alla paradossale situazione di una domanda psichiatrica crescente almeno tripla rispetto ai tempi d'oro del manicomio, che genera però risposte qualitativamente insufficienti, pur utilizzando una rete di servizi e di competenze che potrebbe fornire ben altri risultati.

Nuovi soggetti politici costituiti da associazioni di famiglie di ammalati mentali sono apparsi e si sono organizzati nel tempo reclamando dallo Stato un servizio terapeutico ed assistenziale più efficiente per i loro infermi.

La Legge 180 ha determinato in alcuni suoi principi ispiratori un grande progresso culturale della nostra società che ha avuto il coraggio di porre termine radicalmente all'esistenza della mostruosità dell'esclu-

sione e della separazione, ma ha anche sposato acriticamente un'ideologia evidentemente sbagliata e non condivisa né dalla scienza, né dalla politica internazionale.

È ora che il legislatore corregga tale errore prima che la reazione inevitabile possa far riemergere posizioni ed istituzioni che si vogliono battere per sempre.

La legge è infatti inapplicabile e pericolosa là dove suggerisce, implicitamente ed esplicitamente, modelli inesistenti di comportamento terapeutico.

Bisogna rientrare nell'alveo delle conoscenze scientifiche oggi condivise, che consentono di sapere sulle malattie mentali molto più di quanto non si sapesse ieri e consentono di curare, attraverso il sapiente uso dei farmaci e la molteplicità degli interventi psicoterapeutici e delle tecniche di riabilitazione e reinserimento sociale, più del 90% delle malattie mentali un tempo incurabili.

La malattia mentale non è solo il risultato di una contraddizione sociale, ma è anche il prodotto di fattori biologici, psicologici, ed ambientali che devono essere curati ciascuno per sé in modo tecnicamente adeguato.

L'antipsichiatria

La Psichiatria critica e radicale, poi detta "Antipsichiatria", è un movimento importante che si è manifestato ovunque producendo un grande cambiamento culturale. Tale movimento ha avuto l'enorme merito di ridare dignità di persona ai malati mentali, di modificare e combattere in maniera efficace l'antica ideologia manicomiale, consentendo agli psichiatri di riflettere su se stessi, affrontando la questione etica e quella del controllo sociale della Psichiatria.

In Italia, il movimento, non si è limitato a proporre e determinare un cambiamento culturale, ma ha finito per imporre una visione del problema che è sfociata in una vera e propria legge dello Stato (Legge n. 180 del 1978) che ne ha recepito i valori più radicali.

Oggi, a distanza di quasi trenta anni dall'entrata in vigore di quella legge ed alla luce del rapido ed importante progresso compiuto dalle Scienze neuropsichiatriche in quegli stessi anni, si può rivedere anche con occhio critico la storia e la realtà attuale di quel movimento, scoprendo che accanto ad innegabili meriti, l'Antipsichiatria, si è prestata e si presta a devianze come ad usi ed abusi, che ai nostri occhi appaiono gravi e che devono essere impediti.

Fin qui è stato impossibile valutare organicamente gli effetti della legge sia per i problemi legati alla lentezza della sua applicazione, sia per il cambiamento radicale che ha reso inutili e desuete le rilevazioni statistiche tradizionali, sia infine per il passaggio delle strutture alle Regioni con l'inevitabile eterogeneità e diversità delle situazioni determinate.

Come possiamo vedere dalle citazioni seguenti:

DA "LETTERA AI DIRETTORI DEI MANICOMI" DI ANTONIN ARTAUD

... Noi non intendiamo qui discutere il valore della vostra scienza, né la dubbia esistenza delle malattie mentali. Ma per ogni cento classificazioni, le più vaghe delle quali sono ancora le sole ad essere utilizzabili, quanti nobili tentativi sono stati compiuti per accostare il mondo cerebrale in cui vivono tanti dei vostri prigionieri? Per quanti di voi, ad esempio, il sogno del demente precoce, le immagini delle quali è preda, sono altra cosa che un'insalata di parole? ...

... Non ammettiamo che si interferisca con il libero sviluppo di un delirio, altrettanto legittimo, altrettanto logico che qualsiasi altra successione di idee o di azioni umane. La repressione delle reazioni antisociali è per principio tanto chimerica quanto inaccettabile. Tutti gli atti individuali sono antisociali. I pazzi sono le vittime individuali per eccellenza della dittatura sociale; in nome di questa individualità, che è propria dell'uomo, noi reclamiamo la liberazione di questi prigionieri forzati della sensibilità, perché è pur vero che non è nel potere delle leggi di rinchiudere tutti gli uomini che pensano e agiscono ...

I PROPOSITI DELL'ANTIPSICHIATRIA SECONDO DAVID COOPER (1977, 1979)

"L'antipsichiatria tenta di capovolgere le regole del gioco psichiatrico come preludio all'eliminazione di tali giochi".

"Il comportamento profondamente disturbante, incomprendibile, 'folle', deve essere contenuto, incorporato e diffuso attraverso l'intera società come una fonte sovversiva di creatività e di spontaneità, non come 'malattia'".

Ci sembra che l'Antipsichiatria abbia perlomeno lasciato aperte le seguenti questioni:

- equivoci e stravolgimenti culturali (confusione tra rivoluzione e reazione);
- l'utopia e l'anti-realismo dei principi insieme con l'egemonia ideologica ed antiscientifica e l'imposizione di un unico modello culturale ha reso impossibile ed inattuabile qualunque riforma per attuare i principi positivi contenuti nella stessa legge;
- la questione della diagnosi, della terapia e della riabilitazione dei pazienti;
- la problematica psichiatrico-forense risolta semplicemente come rivendicazione del "diritto alla pena" (ovviamente per gli altri) e non alla cura;
- la questione della pericolosità dell'infermo di mente;
- la questione ed il ruolo dello psichiatra (onnipotenza, dinamiche tra lo psichiatra e la società, dinamiche con i pazienti, il ruolo di controllo sociale);
- da un abbandono all'altro: la negazione del disturbo e i diritti violati degli infermi.

Ed abbia comportato i seguenti problemi:

- il rifiuto di considerare la follia come altro dalla norma. Ciò ha creato il riassorbimento parziale della follia nella norma e viceversa, della follia nella delinquenza ed infine la creazione di nuove figure esterne alla norma;
- la confusione tra follia e genialità ed il conseguente ritenere possibile espressione di genialità ogni anomalia del pensiero e dell'affettività;
- il rifiuto del concetto di malattia mentale o anche di disturbo mentale con grosse difficoltà terapeutiche e sociali. Ciò ha condotto alla negazione della scientificità della nosografia psichiatrica con conseguente rifiuto della clinica del disturbo identificato e confuso con un semplice giudizio di valore. Tale rifiuto ha determinato il distacco tra Clinica ed Università ed il conseguente lento, ma inesorabile declino della Psichiatria in Italia;
- il collegamento assoluto e inscindibile fra la critica morale ed ideologica alla società ed alla pratica psichiatrica in generale e la critica morale ed ideologica al concetto di patologia mentale, confondendo la libertà con l'autonomia;
- l'idea che il malato di mente potesse essere un soggetto rivoluzionario e la conseguenza di ciò, ovvero l'idea che restituendo al territorio il malato di mente ciò avrebbe scatenato contraddizioni tali da produrre una trasformazione rivoluzionaria della società;
- l'idea che lo psichiatra potesse rinunciare al suo ruolo di controllo sociale in nome del rispetto della libertà del soggetto.

Il disturbo mentale

IL DISTURBO MENTALE SECONDO IL DSM-IV

“Una sindrome o un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si presenta in un individuo, ed è associato a disagio, a disabilità, ad un aumento significativo del rischio di morte, di dolore o di disabilità, o ad un'importante limitazione della libertà. In più questa sindrome o quadro non deve rappresentare semplicemente una risposta attesa o culturalmente sancita ad un particolare evento. Qualunque sia la causa, esso deve essere al momento considerato la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica dell'individuo. Non rappresentano disturbi mentali un comportamento deviante (es. politico, religioso o sessuale), né conflitti sorti principalmente tra l'individuo e la società, a meno che la devianza o il conflitto siano il sintomo di una disfunzione dell'individuo”.

Non esiste ancora una definizione di “salute mentale” universalmente condivisa; ciononostante, è innegabile che la logica basagliana – secondo cui la malattia

mentale rappresenta una condizione sociale da accettare e non una vera e propria patologia da curare – si è rivelata incompleta ed è stata parzialmente superata. La consapevolezza diffusa che il disagio mentale rappresenta una vera e propria malattia testimonia che le attuali carenze del sistema di salute mentale derivano non da resistenze ideologiche, ma da problemi strutturali, funzionali, finanziari, organizzativi ed informativi.

I dati statistici ci dicono che i disturbi mentali, seppur diversi per qualità e durata, riguardano un adulto ogni cinque, coinvolgendo circa 450 milioni di persone a livello mondiale, 93 milioni nella sola Europa. Circa il 50% di tali disturbi si presenta in condizioni di comorbilità e l'esito della patologia è spesso nefasto, dal momento che il numero dei suicidi è di circa 873.000 all'anno.

Secondo il *World Health Report* (WHO), in 15 anni la malattia mentale diverrà la seconda causa mondiale di patologie che generano disabilità con costi, diretti o indiretti, a carico della collettività. Secondo la *Disability-adjusted life years* (mortalità + disabilità per gravità e durata), alle malattie mentali, già nel 2000, toccava un parametro dell'11,6%, contro il 10,3% delle malattie cardiovascolari e il 5,3% dei tumori.

I disturbi mentali colpiscono quasi un quarto della popolazione dei Paesi industrializzati sopra i 18 anni, mentre nell'intero arco della vita, ben il 41% degli uomini e il 30% delle donne soffrono di problemi legati alla psiche (Tab. I).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 1/3 dei soggetti affetti da disturbo mentale ha avuto, nel corso della propria vita, un solo episodio psicopatologico; 1/3 è recidivo ma con ampi periodi di compensazione; 1/3 è cronicizzato e di questo, il 3% è malato grave.

La prima Conferenza per la Salute Mentale (vedi Tab. II), tenutasi a Roma il 10 gennaio 2001, organizzata dall'allora Ministro della Salute Umberto Veronesi, sottolineò come in Italia i disturbi psichiatrici costituiscono un problema per oltre 10 milioni di persone e coinvolgono una famiglia su due (il 47,7%); quasi 7 milioni di questi malati sono donne. In particolare, le percentuali delle famiglie rispetto alle dia-

Tab. I. Disturbi mentali nel mondo. In milioni di pazienti – anno 2000. Mental disorders distribution in the World (expressed in millions of patients) in 2000.

Nevrosi e stress	490
Disturbi umore	230
Ritardo mentale	100
Epilessia	50
Demenza	40
Schizofrenia	20
Totale	930

Tab. II. Salute mentale. Prevalenza dei disturbi psichiatrici in Italia. Mental health. Prevalence of psychiatric disorders in Italy.

	Maschi	Femmine	Totale	Famiglie coinvolte
Qualsiasi disturbo	3.200.000	6.992.000	10.192.000	47,7%
Disturbi psicosessuali	24.000	25.610	49.314	0,2
Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza	24.000	204.884	228.588	1,1
Psicosi non affettive	118.000	230.494	349.013	1,6
Abuso/dipendenza da sostanze	142.000	204.884	347.107	1,6
Disturbi del comportamento alimentare	94.000	281.715	376.531	1,8
Disturbi del sonno	190.000	563.431	753.061	3,5
Disturbi da controllo degli impulsi	332.000	435.378	767.231	3,6
Disturbi da somatizzazione	450.000	793.925	1.244.297	5,8
Disturbi d'ansia	2.180.000	5.702.361	7.943.110	37,2
Disturbi affettivi	2.560.000	5.506.000	8.066.266	37,8

Fonte: ISS – Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale, gennaio 2001.

gnosi risultano essere: alla sfera affettiva (37,8), a problemi di ansia (37,2), di somatizzazione (5,8), di controllo degli impulsi (3,6) e del sonno (3,5).

La spesa farmaceutica stimata per affrontare questo tipo di problema è di mille miliardi (di Lire), di questi, 412 miliardi riguardano analgesici oppiacei, antiemcranici, antiepilettici, antiparkinson; oltre 300 miliardi si spendono per medicinali antidepressivi e 294 per antipsicotici.

Nella Conferenza Nazionale del 2001 emersero problemi rilevanti che possono venire riassunti in sei grandi temi:

- lo “stigma” che ancora investe, non solo il malato, ma tutta la sua famiglia;
- il peso sempre meno sopportabile per le famiglie, che costituisce il disagio sociale e umano più rilevante;
- la disarticolazione tra intervento medico e intervento socio-assistenziale, evidente nei malati gravi, nei malati destinati alla cronicità, nei malati anziani, nei malati soli, nei malati in difficoltà economica;
- la persistenza e il funzionamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la modalità di gestione dei problemi psicopatologici nelle carceri;
- l'insufficienza di risorse destinate alla formazione del personale e alla ricerca scientifica;
- una attenzione carente ai problemi della salute mentale in età evolutiva.

A fronte di queste grandi problematiche, la Conferenza di Veronesi si pose il perseguimento di cinque obiettivi essenziali:

- infondere nella popolazione, con adeguate azioni di informazione, la convinzione che i disturbi del comportamento e le malattie psichiatriche sono tutti curabili e molti di essi sono guaribili;
- rafforzare il rapporto con la medicina di base in modo che il “medico di famiglia” rappresenti uno

degli elementi portanti del progetto preventivo-assistenziale;

- recuperare all'area dei servizi sanitari territoriali soggetti assistiti nei sei manicomi giudiziari ed erogare prestazioni qualificate nelle carceri;
- collegare con progetti collaborativi “verticali” i servizi destinati all'infanzia e all'adolescenza e quelli deputati alla salute mentale degli adulti;
- eliminare le eccessive restrizioni all'accesso ai farmaci antipsicotici di nuova generazione (risperidone, clozapina, olanzapina, quietapina) che ora vengono usati solo in seconda battuta quando i neurolettici tradizionali falliscono.

I dati del Ministero della Salute, in data marzo 2006, evidenziano come in Italia un adulto su cinque soffre di disturbi mentali almeno una volta nel corso di un anno. Il 20-25% della popolazione ha avuto un disturbo mentale significativo e di questi, l'8% riguarda bambini. A fronte della rilevante diffusione della patologia, i servizi disponibili sul territorio nazionale risultano nel complesso inadeguati a fornire una risposta alla domanda di assistenza proveniente dai cittadini: si stima, infatti, che i servizi psichiatrici trattino solo il 10% delle persone che in un anno presentano disturbi psichiatrici.

Sempre secondo i dati del Ministero della Salute, in Italia:

- 2.250 persone sono affette da schizofrenia;
- 2.200.000 persone sono affette da depressione, ansia, disturbi alimentari;
- 600.000 famiglie accolgono persone con psicopatologie gravi; 200.000 famiglie accolgono persone malate che non si curano o non rispondono alle cure, che vivono di comportamenti auto- e/o etero-aggressivi;
- ogni anno si verificano 340.000 ricoveri, di cui 48.000 in Strutture Residenziali e Semiresidenziali;
- il 90% dei malati la cura se la fa in famiglia!

Assetto normativo ed organizzativo attuale

La Legge n. 180 del 1978, successivamente integrata dalla legge istitutiva del SSN, legge 23 dicembre 1978, n. 833, perseguiva tre obiettivi fondamentali:

- tutelare i diritti del paziente;
- favorirne il recupero sociale;
- promuovere un modello assistenziale allargato sul territorio fondato sull'interazione interdisciplinare di più figure ed interventi professionali.

Tali obiettivi sono sostanzialmente rimasti inattuati negli anni successivi alla riforma, a causa della debole azione di indirizzo e delle criticità riscontrate soprattutto nel settore dell'organizzazione dei servizi.

A fronte di tali problemi, solo negli anni '90, con l'elaborazione dei due Progetti-Obiettivo per la "Tutela della salute mentale" rispettivamente del 1994-96 e del 1998-2000, sono state assunte iniziative concrete per l'integrazione di una legge che continuava a presentare lacune attuative.

Il primo Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-96" aveva individuato quattro questioni principali:

- creazione di una rete di servizi integrati;
- sviluppo dell'organizzazione dipartimentale;
- aumento delle competenze professionali;
- definitiva e completa de-ospedalizzazione dei malati mentali.

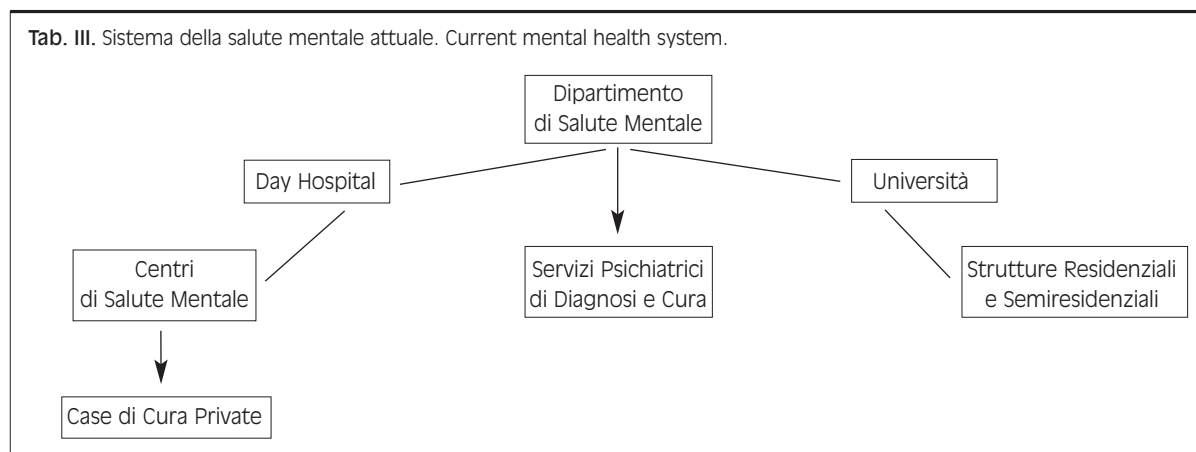
Il successivo Progetto Obiettivo 1998-2000 (approvato a fine '99), ha individuato 12 "punti deboli" nella realizzazione, largamente incompiuta, degli obiettivi stabiliti dal precedente Progetto Obiettivo. Infatti, se da una parte si può affermare che, pur con differenti gradi di realizzazione, il modello dipartimentale è avviato e che la de-ospedalizzazione è un fatto quasi compiuto, dall'altra parte la salute mentale in

età evolutiva permane pesantemente carente, non sono stati superati lo scoordinamento e la conflittualità tra le varie figure professionali, né è stata sufficientemente sviluppata la collaborazione con le famiglie. Il Progetto Obiettivo 1998-2000 ha perciò formulato ulteriori cinque "obiettivi di salute", tuttora attualissimi:

- promuovere la salute mentale nell'intero ciclo della vita, dall'età evolutiva all'anziano;
- perseguire la prevenzione, sia primaria che secondaria, del disagio giovanile;
- salvaguardare la qualità di vita del nucleo familiare del paziente;
- ridurre il numero ancora elevato di suicidi e tentati suicidi;
- ricostruire il tessuto affettivo, sociale e relazionale del paziente.

Alla luce di tali interventi (Tab. III), l'assetto organizzativo attuale risulta incentrato su: 211 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), istituiti in ciascuna azienda sanitaria locale e dotati di vari servizi tra i quali, in particolare, i Centri di Salute Mentale (CSM), i Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), i *Day Hospital*, le cliniche psichiatriche universitarie e le case di cura private. Nel complesso (Tab. IV e V), i posti letto disponibili sono 9.289, ai quali si devono aggiungere i 612 centri diurni ed i 17.101 posti letto delle 1.552 Strutture Residenziali presenti sul territorio ¹.

Le prestazioni erogate sono sia di tipo ospedaliero che di tipo ambulatoriale; in particolare, si stima che circa 34.000 sono i ricoveri ospedalieri annuali, mentre circa 48.000 sono i ricoveri nelle Strutture Residenziali e Semiresidenziali pubbliche e private. Un letto ogni 10.000 abitanti presso gli Ospedali Generali, anche nelle rare Regioni dove viene raggiunto, è insufficiente; bisognerebbe indicare almeno 1,5 posti letto per 10.000 abitanti ².



¹ Dati tratti dal Resoconto sommario n. 316 del 14/02/06 dell'indagine conoscitiva effettuata dalla Commissione igiene e sanità del Senato.

² Dati tratti dal Resoconto sommario n. 316 del 14/02/06 dell'indagine conoscitiva effettuata dalla Commissione igiene e sanità del Senato.

Tab. IV. Dipartimenti di Salute Mentale (DSM): situazione attuale relativa alla disponibilità di strutture e posti letto per gli utenti in Italia. Departments of Mental Health (DSM): present situation concerning availability of facilities and beds for patients in Italy.

	DSM: le strutture Strutture	Posti letto utenti
SPDC (Servizio Psichiatrico Ospedaliero)	320	4.084
Strutture Residenziali (CTR – Comunità Terapeutica Riabilitativa; GA – Gruppo Appartamento; CA – Comunità Alloggio)	1.341	17.343
Strutture Semiresidenziali (DH – Day Hospital)	257	942
Imprese Sociali (Residenziali e Semiresidenziali)	433	3.942
Strutture Semiresidenziali (CD – Centri Diurni)	481	
Centri di Salute Mentale	695	

Fonte: OMS – Progetto obiettivo '98/2000.

Tab. V. Dipartimenti di Salute Mentale (DSM): risorse umane e componenti organizzative dei dipartimenti di salute mentale in Italia. Dati riferiti al 2000. Departments of Mental Health (DSM): human resources and organizing bodies in DSM in Italy (data refer to situation in 2000).

Operatori	DSM: le figure professionali	
	Numero	%
Medici	5.094	16,6
Psicologi	1.795	5,8
Educatori professionali	1.054	3,4
Assistenti sociali	1.544	5
Infermieri professionali	15.482	50,5
Operatori addetti all'assistenza e ausiliari	3.731	12,2
Amministrativi	472	1,5
Sociologi	148	0,5
Terapisti della riabilitazione	138	0,4
Altro*	1.530	5
Totale operatori presenti	30.988	

* La voce "Altro" comprende: infermieri "psichiatrici" provenienti dagli ex-Ospedali Psichiatrici (OP) (in Piemonte e in Puglia le percentuali maggiori) e Operatori di cooperative sociali in convenzione (Molise e Umbria in testa). Fonte: OMS – Progetto obiettivo '98/2000.

Un radicale cambiamento normativo ed organizzativo è stato introdotto con la riforma del Titolo V della Costituzione, che ha determinato il trasferimento in capo alle Regioni della gestione dell'assistenza per la salute mentale, da esercitarsi nel rispetto delle competenze statali di indirizzo e controllo.

Strutture disponibili ad oggi:

- 211 Dipartimenti di Salute Mentale;
- 9.289 posti letto disponibili;
- 612 Centri Diurni;

- 1.552 Strutture Residenziali con 17.101 posti letto;
- 3-4.000 posti letto privati;
- 1 letto ogni 10.000 abitanti presso gli Ospedali Generali.

Attività del sistema:

- 34.000 ricoveri ospedalieri annuali;
- 48.000 ricoveri nelle Strutture Residenziali e Semiresidenziali pubbliche e private;
- 1978: circa 65.000 posti letto pubblici e 20.000 posti letto privati.

Gli elementi di criticità dell'attuale sistema assistenziale psichiatrico³

Un primo ambito di criticità risiede nel fatto che l'attuale sistema di assistenza psichiatrica italiana presenta numerose lacune e carenze: intorno al 90% delle risorse disponibili è infatti assorbito da circa 40.000 pazienti gravi, che presentano costi assistenziali molto elevati, fino a soglie di 80 mila euro all'anno.

Tale dato non fa altro che confermare come la Psichiatria italiana, finora, si sia concentrata prevalentemente sul malato grave, lasciando scoperte aree di grande importanza, come l'ansia o la depressione o i disturbi dell'alimentazione, che dovrebbero invece essere adeguatamente curati al fine di prevenire l'insorgenza di patologie più gravi.

Una seconda area di criticità è legata al carattere prevalentemente episodico e discontinuo di programmi e trattamenti, che riescono a coprire solo una frazione della domanda dei pazienti; l'impossibilità di garantire un'assistenza sanitaria specifica nel medio-lungo periodo evidenzia infatti la condizione di sostanziale abbandono in cui sono lasciati i pazienti, con tutti i problemi di gestione quotidiana che risultano così riversati sulle famiglie. Per ovviare a tale situazione risulta necessario intensificare la rete assistenziale sia a livello ospedaliero sia, soprattutto, a livello territoriale, al fine di offrire alle famiglie un reale supporto infermieristico, psichiatrico e sociale. Un terzo ambito di criticità è quello legato all'assenza di protocolli unitari per l'attuazione del TSO, che conseguentemente rappresenta un vero e proprio momento di rischio, sia per il paziente (nel caso di mancato o ritardato ricovero ovvero, all'inverso, dell'abuso nel ricorso al ricovero) che per i professionisti del settore (data la possibilità di incorrere nella colpa professionale per abbandono di persona incapace ovvero, all'opposto, per sequestro di persona).

La revisione della normativa sul TSO e anche sull'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) – procedura nella quale si riscontrano problemi analoghi a quelli del TSO – deve consentire ai professionisti la possibilità di effettuare nei confronti dei pazienti non collaborativi i dovuti accertamenti e trattamenti non solo nella fase acuta, ma per tutto il tempo necessario alla cura.

Ovviamente il problema dei TSO e degli ASO è legato al tema del diritto di autodeterminazione del malato nel settore dell'assistenza psichiatrica. In tale ambito, ferma restando l'esigenza di garantire, per quanto possibile, il diritto alla libera scelta delle cure del malato psichiatrico, si ritiene necessario evidenziare il problema della scarsa percezione del disturbo psichiatrico (il 10% dei malati non sa infatti di soffrire di una patologia mentale) e quindi segna-

lare l'opportunità di introdurre adeguati meccanismi, anche obbligatori, di responsabilizzazione dei malati alla cura.

Un quarto ambito di criticità si manifesta a livello della medicina psichiatrica penitenziaria, settore questo assolutamente trascurato dalla Legge n. 180. In particolare, si pone il problema della gestione della popolazione dei pazienti psichiatrici residenti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), per i quali è iniziato da alcuni anni un processo di progressiva dimissione: è evidente, infatti, che né una dimissione "forzata", né il mancato invio in OPG risolvono il problema di fondo del trattamento di pazienti autori di reati (e spesso di reati violenti) che non sono sovrapponibili, per problematiche e percorso terapeutico, alla restante popolazione dei pazienti psichiatrici. Sarebbe auspicabile un percorso di riflessione sulle riforme da attuare, al fine di garantire a tali pazienti trattamenti mirati e affidati a personale specializzato. Una quinta area di criticità riguarda la carenza di percorsi formativi specifici per gli operatori in ambito psichiatrico finalizzati a garantire un'adeguata formazione specialistica al personale addetto al trattamento di queste patologie. In ambito medico, ad esempio, il venir meno della specializzazione in criminologia e le problematiche operative che caratterizzano la specializzazione in psicopatologia forense (per la quale il Ministero della Salute non ha indetto specifiche borse di studio) sono una testimonianza vivente delle difficoltà organizzative-formative che ostacolano la specializzazione nel settore.

Infine, non si possono sottovalutare anche le criticità legate alla scarsità di percorsi mirati di inserimento/reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti affetti da disturbi mentali. Se si considera, infatti, che il lavoro costituisce un valore fondamentale per la riabilitazione e l'inserimento sociale, si comprende l'importanza dell'introduzione di sistemi di lavoro protetti ed adeguatamente retribuiti per i malati psichici con prospettive di reinserimento graduale nel mondo del lavoro.

Per operare una adeguata riforma dell'assistenza psichiatrica è necessario che l'attenzione non sia più limitata alle malattie croniche o agli episodi acuti della patologia psichiatrica, bensì estesa a tutti i disturbi mentali delle diverse fasce di popolazione a rischio come l'infanzia e l'adolescenza, gli anziani, i tossicodipendenti e gli alcolisti.

Perché questi obiettivi siano raggiunti, è necessario focalizzare la strategia d'intervento sull'integrazione in rete di tutti i servizi che oggi operano in maniera disaggregata, nonché sulla riorganizzazione e differenziazione delle diverse forme di assistenza. È indispensabile anche il contributo dell'Università, come

³ Considerazioni tratte dal Resoconto sommario n. 316 del 14/02/06 dell'indagine conoscitiva effettuata dalla Commissione igiene e sanità del Senato.

ente formativo, in collaborazione con le amministrazioni regionali ed i dipartimenti territoriali.

Doveroso è il supporto diretto sia delle famiglie dei malati, che devono rimanere parte integrante del "cammino terapeutico" del paziente, sia delle associazioni di familiari e volontari, che rappresentano una risorsa fondamentale.

Infine, è importante che le Regioni, in concerto con gli Enti locali e nel rispetto degli indirizzi generali nazionali, siano responsabilizzate sull'attuazione degli interventi di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica, proseguano i progetti obiettivo già in atto, rispondendo in prima persona dei risultati raggiunti nel perseguimento dell'obiettivo di destinazione del 5% dei fondi sanitari regionali all'attività di salute mentale.

I principali lineamenti di riforma potrebbero essere i seguenti:

- squilibrio tra pazienti gravi (90% dei costi) e meno gravi, mancanza di politiche preventive;
- strutture ad alta specializzazione per trattamento e cura;
- assistenza psichiatrica domiciliare per medio-lungo periodo;
- revisione TSO e ASO (mancanza di protocolli unitari);
- potenziamento delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) per accogliere gli ex-malati mentali al fine

di liberare posti nelle comunità protette a favore dei pazienti giovani;

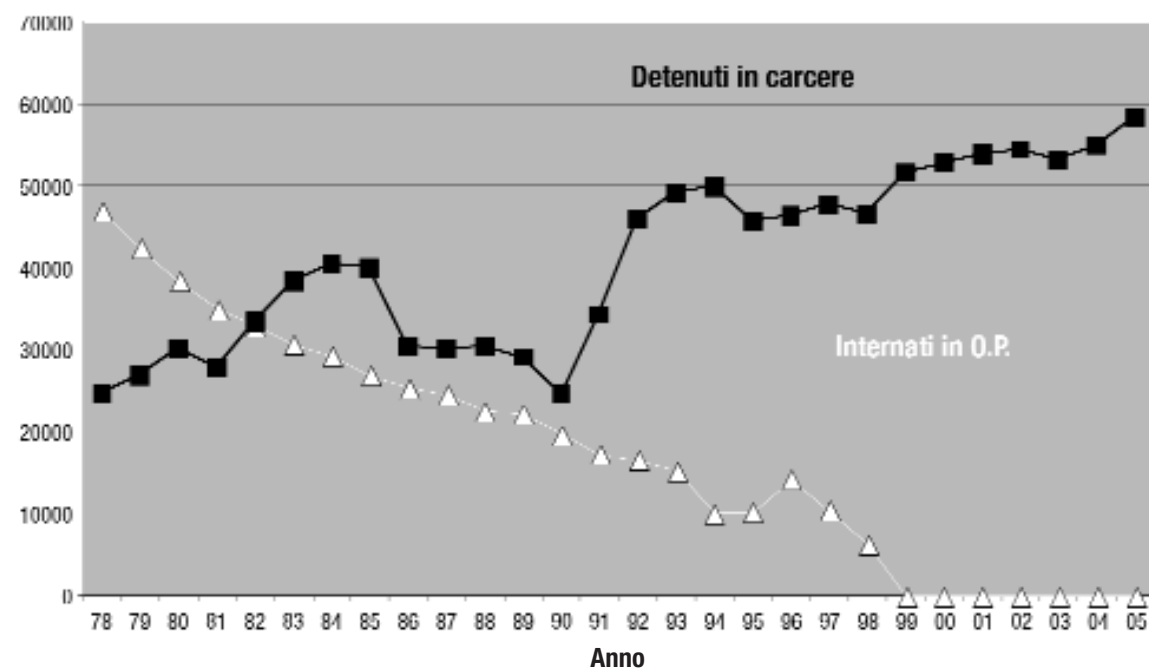
- intervento psichiatrico potenziato nelle carceri;
- psichiatria forense ambulatoriale (SERT);
- potenziamento dell'intervento psichiatrico per infanzia ed adolescenza;
- aggiornamento e formazione degli operatori;
- condizioni per il reinserimento del malato nel mondo del lavoro;
- sistema informativo omogeneo;
- globalizzazione dei servizi esistenti;
- trattamento specializzato per pazienti psichiatrici autori di reati violenti;
- trattamenti differenziati e diversificati a seconda delle patologie.

La sorte dei malati psichiatrici

I dati a nostra disposizione dimostrano che, in concomitanza alla progressiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici (evento che si è ultimato solo alla fine degli anni '90), si è parimenti registrato, proprio a partire da quel periodo, un rilevante aumento dei detenuti ristretti nei nostri istituti penitenziari.

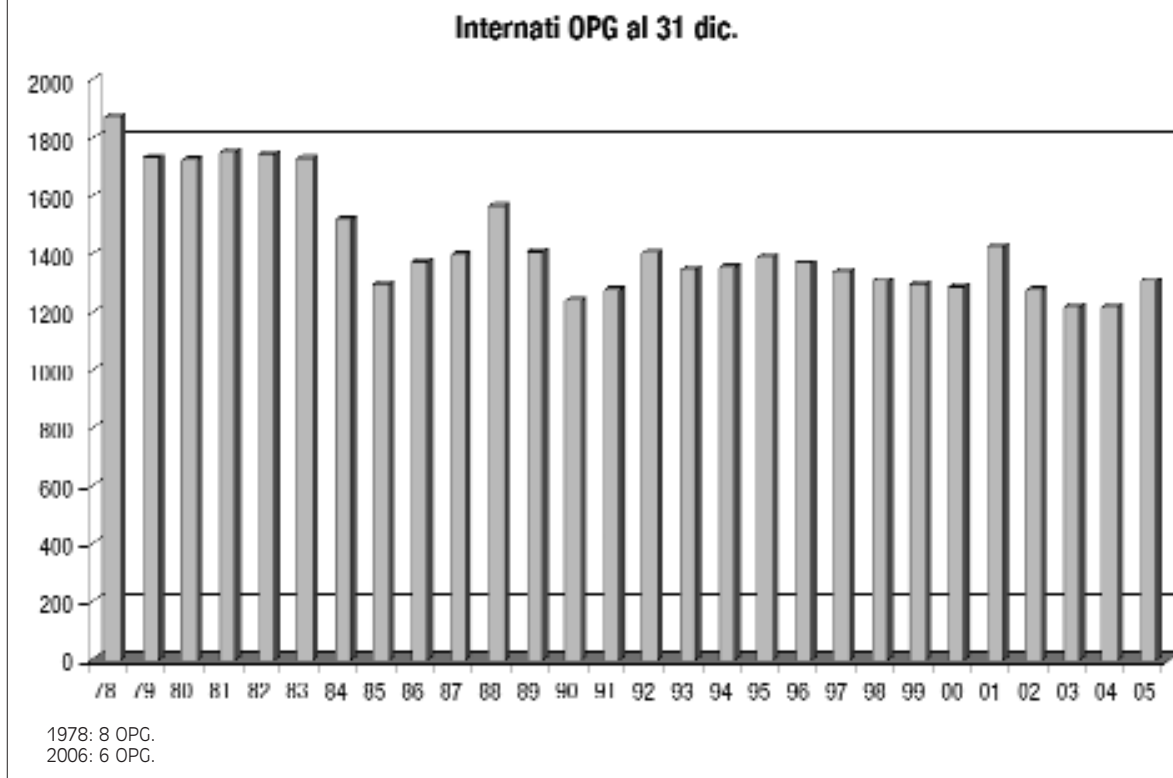
Il dato appare inquietante: 100 Ospedali Psichiatrici chiusi, quasi 100 nuove carceri costruite (Fig. 1).

Fig. 1. Numero degli internati in Ospedali Psichiatrici (OP) e dei detenuti presenti al 31 dicembre di ogni anno. Number of patients hospitalized in Psychiatric Hospitals (OP) and of inmates in prison on December 31 of each year.



1978: 120 carceri - 100 O.P.
2006: 209 carceri - 0 O.P.

Fig. 2. Internati in Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) al 31 dicembre. Inmates in Psychiatric, Criminal Hospitals on December 31.



Del resto è lo stesso Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) ad offrirci quelle cifre che servono a confutare pienamente le nostre tesi:

Oggi in carcere sono presenti:

11.160 (10,25%)	Depressi
7.727 (6,04%)	Malati mentali gravi
823 (0,78%)	Deteriorati
2.915 (2,76%)	Malattie neurologiche

Ed è sempre il DAP che, nel Convegno nazionale "La salute in carcere" tenutosi il 1 marzo 2006, ha ammesso che solo una minima parte dei detenuti con disturbi mentali è ristretta negli OPG (Fig. 2), la maggior parte si trova segregata in carcere.

Altrettanto degno di attenzione appare essere il con-

sistente dato riguardante il numero dei Presidi residenziali socio-assistenziali non psichiatrici (Tab. VI) ed il numero dei degenti lì ricoverati in quanto a nostro avviso appare verosimile che una quota non trascurabile di malati mentali sia ivi ricoverata sotto mentite spoglie.

Alla luce dei dati finora analizzati e sulla base delle riflessioni interpretative elaborate sulla scorta dell'analisi empirica, ci pare verosimile, a fronte di codesta domanda, giungere alla seguente conclusione:

"Se nel 1978 vi erano almeno 80.000 ricoverati in media presso le strutture pubbliche e private allora esistenti ed oggi i ricoverati in media si possono calcolare in circa 30.000, essendo tra l'altro la po-

Tab. VI. Presidi residenziali socio-assistenziali. Residential, social care facilities.

	N. Presidi	N. posti letto	Tot. degenti
1999	7.505	329.686	291.239
2000	7.731	321.747	283.316
2001	8.182	334.718	295.034

Fonte: Istat.

polazione italiana cresciuta di almeno 5.000.000 di unità, dove sono finiti gli altri 50.000?”

Probabile risposta:

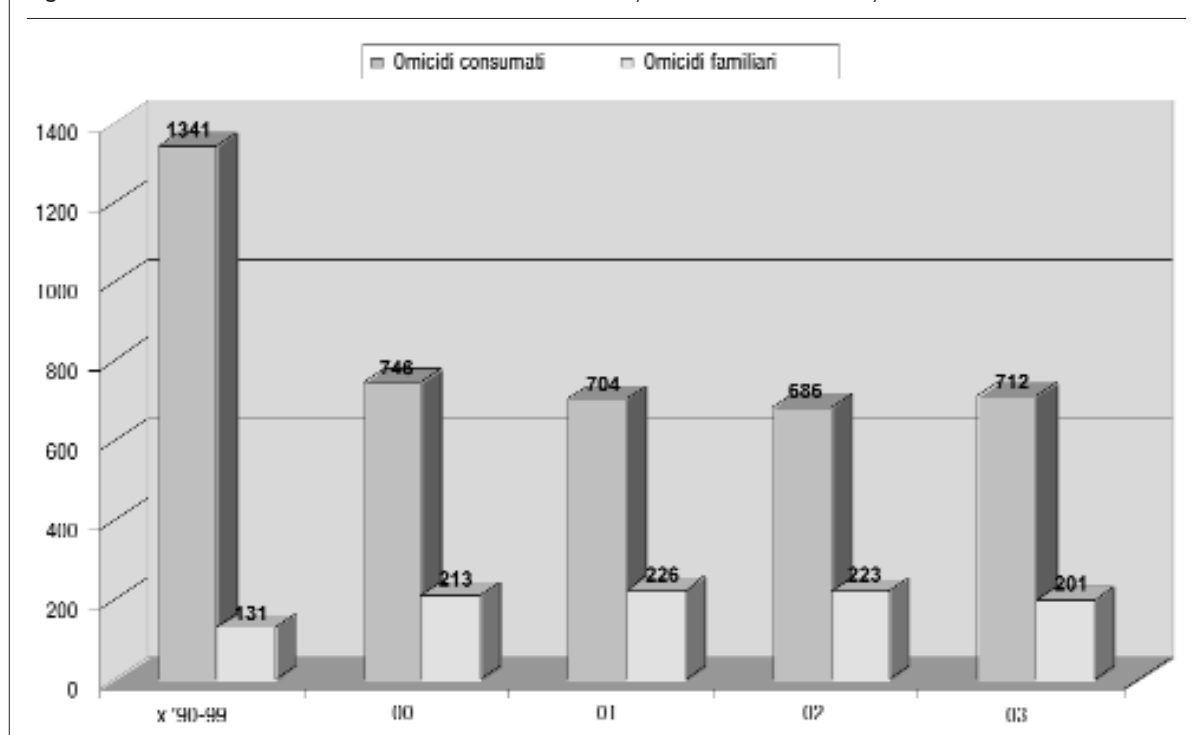
“Probabilmente una parte non trascurabile è ricoverata sotto mentite spoglie presso i numerosissimi Presidi residenziali socio-assistenziali non psichiatrici, un'altra porzione è per così dire 'desaparecido', almeno 10.000 di loro sono in carcere e tale quota cresce rapidamente ogni giorno, altre migliaia forse vivono nella società e sul famoso 'territorio' ove, quando non soccombono silenziosamente, manifestano assai tristi segnali della loro presenza ...”

Analisi quantitativa degli omicidi commessi da soggetti infermi di mente

Dal 1° gennaio al 28 febbraio 2006 (Fig. 3 e Tab. VII) sono avvenuti in Italia 50 eventi delittuosi: 23 assassini patologici si sono resi responsabili della morte di 27 vittime; 7 di loro si sono suicidati dopo il folle gesto. Tra loro si possono contare:

- 4 mass murder;
- 3 parenticidi;
- 6 uxoricidi;
- 5 filicidi;
- 2 fratricidi.

Fig. 3. Omicidi totali e familiari in Italia. Number of murders in Italy (total number and family members).



Tab. VII. Numero di omicidi compiuti da autori con disturbi mentali secondo L'EURES. Number of the murders committed by mentally ill offenders (EURES).

	2000		2001		2002		2003		Totale 2000-2003	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Nord	11	42,3	9	56,3	12	63,2	13	48,1	45	51,1
Centro	4	15,4	2	12,5	1	5,3	3	11,1	10	11,4
Sud	11	42,3	5	31,3	6	31,6	11	40,7	33	37,5
Totale	26	100,0	16	100,0	19	100,0	27	100	88	100,0

Fonte: Archivio degli omicidi dolosi in Italia – EURES Ricerche Economiche e Sociali 2004.

Su 22 omicidi di natura diversa vi sono 3 episodi di omicidio per odio e 2 per discontrollo degli impulsi. Se questi numeri non sembrano allarmanti data l'abitudine alle grandi cifre che caratterizzano oggi questi delitti possiamo allora ricordare, per confronto, che nel 1982, in un periodo di almeno 6 mesi, 9 assassini patologici fecero solo 9 vittime, di cui 4 furono parenticidi. Secondo ricerche compiute dai servizi epidemiologici americani (E.C.A. 2000):

- la predizione del comportamento violento complessivamente in pazienti mentali in genere, con storia precedente di atti violenti si realizza 1 volta su 3. Persone affette da schizofrenia (che riguarda 1% della popolazione) sono circa dalle 9 alle 22 volte più violenti della popolazione generale;
- il sintomo violento può essere dominato dalle terapie farmacologiche e dal soggiorno in ambienti di vita non stressanti.

Bibliografia

Artaud A. *Lettere dal delirio. Lettres du délire*. Testo francese a fronte. Nuovi Equilibri 2003.

Dati Istat. *Numero Presidi residenziali socio-assistenziali, numero posti letto e totale degenti 1999, 2000, 2001*.

Dati Eurispes. *Omicidi totali e familiari in Italia, 1990-2003*.

Dati EURES. *Numero di omicidi compiuto da autori con disturbi mentali, 2000-2003*.

Dati tratti dalla Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale, Roma, 10 gennaio 2001.

Dati tratti dal Resoconto sommario n. 316 del 14/02/2006 dell'indagine conoscitiva effettuata dalla Commissione igiene e sanità del Senato.

Dati tratti dal Convegno Nazionale "La salute in carcere" organizzato dal D.A.P., Roma, 1 marzo 2006.

Se ancora oggi si ha il coraggio di dire che:

La salute mentale non è un bene da imporre, che se una persona con disturbi mentali è violenta, la violenza non è dovuta alla malattia mentale, ma vi giocano altre variabili e che i vantaggi delle politiche di inclusione sono di gran lunga superiori a quelle di esclusione.

Luigi Benevelli, 2002

Fino a quando non avremo il coraggio di riformare una legge che è:

Anomica,
Antiscientifica,
Oscurantista,
Liberticida,
Dannosa,
e Assassina?

Dati tratti dal Convegno "Legge 180: luci e ombre", Roma, 2 marzo 2006.

Ricerca-censimento effettuata dal Ministero della Sanità in collaborazione con il LABOS (Laboratorio per le Politiche Sociali) del 31/12/1984.

Legge 13 maggio 1978, n. 180. *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*. Gazzetta Ufficiale 16/05/1978, n. 133.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*. Suppl. Ordinario Gazzetta Ufficiale 28/12, n. 360.

Progetto-Obiettivo per la "Tutela della Salute Mentale 1994-1996".

Progetto-Obiettivo per la "Tutela della Salute Mentale 1998-2000".