

Quarant'anni di sfide e di trasformazioni. Nota introduttiva

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

RPS

Rps dedica il numero 2 del 2018 a tre grandi leggi che hanno mutato profondamente le condizioni di vita degli italiani e delle italiane: la legge 180 (13 maggio 1978) che ha stabilito la chiusura degli ospedali psichiatrici (Op) e ridefinito il trattamento psichiatrico volontario e obbligatorio; la legge 194 (22 maggio 1978) che ha disciplinato l'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) e potenziato i consultori; la legge 833 (23 dicembre 1978) che ha istituito il Servizio sanitario nazionale (Ssn) a base universalistica e solidale.

Queste tre riforme, strettamente connesse alle lotte per la salute e per i diritti civili e sociali sanciti dalla Costituzione, sono state precedute da molteplici esperienze innovative a livello locale e sono state sostenute da un ricco dibattito politico, culturale e scientifico. Il sistema di tutela della salute delineato nel 1978 ha subito nel corso degli anni grandi trasformazioni sia nell'organizzazione dei servizi che nelle realizzazioni concrete, ma ha mantenuto sostanzialmente immutati – almeno sulla carta – i principi alla base del disegno originario. Il numero si propone di rileggere il percorso effettuato in questi quaranta anni in relazione alle trasformazioni intervenute ai vari livelli – economico, politico, sociale, demografico, epidemiologico – cercando di cogliere diversi aspetti: l'effettiva esigibilità dei diritti, il ruolo del lavoro, gli squilibri territoriali, la ricerca e le innovazioni tecnologiche, le forme di governance. Si propone inoltre di valutare se e come ciascuna delle tre riforme possa ancora incidere nell'attuale situazione e rispetto alle prospettive future del welfare italiano.

Delle tre riforme, l'ultima in ordine cronologico, la riforma sanitaria, è certamente quella di portata più vasta. Sul piano economico e istituzionale, infatti, ha messo in moto straordinari processi di trasformazione in un campo, quello della salute, che ha un rilievo grandissimo e sempre crescente nei paesi economicamente più ricchi; sul piano politico e culturale ha dato corpo a diversi principi costituzionali, disegnando un modello di tutela che attiene a tutti gli aspetti della salute, inclusi quelli oggetto delle due leggi approvate qualche mese prima. Una di queste, la 194, mantiene una sua autonomia, data la scelta del legislatore di disciplinare altrimenti, e non semplicemente sottrarre al

codice penale, il ricorso alla Ivg, il cui controllo ed esecuzione si svolgono comunque all'interno del Ssn. L'altra legge, la 180, in realtà restò in vigore soli sei mesi poiché fu inclusa, con alcune modifiche, nella legge 833, ma il fatto stesso che si continui a chiamarla «legge 180», spesso con opportune virgolette, segnala la forte identità che questa riforma ha mantenuto attraverso i percorsi di chiusura degli ospedali psichiatrici e di costruzione del sistema di servizi per la salute mentale. La storia di questa riforma ha dei suoi tratti specifici, connessi alla natura del suo oggetto, alla radicalità della nuova legge, alla portata delle trasformazioni che implicava sul piano istituzionale. La vicenda della 194 è analoga, ma in entrambi i casi la storia di queste riforme è la storia stessa della 833 e deve quindi essere letta all'interno dei più generali processi di mutamento che, a livello dell'economia, delle tecnologie, della politica, della società, hanno accompagnato e cambiato in questi quarant'anni il Ssn.

Ripercorriamo ora per sommi capi le vicende della 833, segnalando successivamente i temi chiave della 180 e della 194 e i contenuti della sezione monografica del fascicolo.

Nel primo decennio, gli anni ottanta, il Ssn rimane sostanzialmente «sospeso» tra livelli regionali in parte maturi (soprattutto al Nord e Centro Nord) e in parte inerti (soprattutto al Sud) e un livello centrale volutamente distratto quando non francamente ostile: basti ricordare, ad esempio, che a sei mesi dall'approvazione della 833, il 5 agosto del 1979, il primo Governo Cossiga affidò il Ministero della Sanità a Renato Altissimo, segretario del Partito liberale che insieme al Movimento sociale aveva votato contro la riforma sanitaria, 77 voti contro 381. Il sistema sanitario è messo a dura prova in quei primi anni di vita ma regge la sfida, anche perché alcune regioni (purtroppo non tutte) mostrano sin da subito capacità di programmazione, organizzazione e gestione che vanno al di là di ogni aspettativa. Nel 1981 la 194 supera in modo sostanziale lo scoglio del referendum abrogativo, respinto con il 68% dei voti. Il sistema dei servizi psichiatrici attraversa in quegli anni la fase di maggior polarizzazione: da un lato le esperienze storiche e alcune nuove dimostrano possibile una psichiatria senza manicomio; dall'altro, servizi pochi e malfunzionanti in intere regioni, che pure legiferano ma non agiscono, anche perché in Parlamento una ventina di disegni di legge propongono l'abolizione o la distorsione della 180. A livello centrale, nessun dato sulle strutture esistenti fino al 1985, quando a seguito di campagne pressanti, il ministro della sanità Degan commissiona al Censis la prima indagine nazionale.

Occorre attendere il 1988 (Governo De Mita e ministro Donat-Cattin) per vedere dal livello centrale un intervento significativo di politica sanitaria. Si tratta del piano straordinario di investimenti in edilizia sanitaria e per l'ammodernamento tecnologico che mette a disposizione della sanità risorse per oltre 23 miliardi di euro (il cd. articolo 20 della legge 67/88): un programma imponente, che ha contribuito a migliorare la qualità del patrimonio strutturale e tecnologico della sanità e che ancora oggi è oggetto di rimpianto. L'anno successivo segna una svolta anche per la 180: Donat-Cattin presenta il primo Progetto Obiettivo salute mentale, che però è giusto un segnale poiché la sanità, nello stesso anno, torna al Partito liberale con il ministro De Lorenzo.

I primi anni novanta sono segnati da un duro attacco al Ssn: nel 1992 viene approvata una riforma che introduce profonde modifiche alla legge 833 (d.lgs. 502/1992, Governo Amato, ministro De Lorenzo). L'insofferenza nei confronti della sanità pubblica (sostanzialmente accusata di non prevedere trattamenti differenziati a favore dei ceti più abbienti) trova alleanze nel contesto economico e politico dell'epoca. La svolta della finanza pubblica del 1992, le inchieste di tangentopoli (che toccano anche il settore dei farmaci) e la fine della «prima Repubblica» contribuiscono a dare forza alle richieste di un sistema aperto al mercato, libero dall'ingerenza della politica, gestito con gli strumenti propri del settore privato e sempre più decentrato. Direzioni di cambiamento che possono essere messe al servizio di obiettivi di rafforzamento di un sistema di *tutela* universalistico, solidale, essenziale e non discriminante, ma che possono anche essere finalizzate a scopi profondamente diversi, di sviluppo di un sistema *produttivo* selettivo, differenziato, in continua espansione e costoso. E la storia del Ssn sarà segnata sempre da tale ambivalenza. L'attacco del 1992 viene comunque respinto, prima nel 1993 (Governo Ciampi, ministro Garavaglia) e poi definitivamente nel 1999 (Governo D'Alema, ministro Bindi). Le insidie tuttavia permangono e lavorano fino ai nostri giorni con la pazienza della goccia che scava la pietra.

Per la 180, gli anni novanta segnano un salto di qualità. Nel 1994 (ancora durante il Governo Ciampi) viene pubblicato il progetto obiettivo '94-96 e anche dal governo successivo (presidente Berlusconi, ministro della Sanità il liberale Costa) arriva un gesto verso l'applicazione, o perlomeno la non smentita della riforma. Nella finanziaria del 1994 viene in fatti inserito un articolo che conferma la necessità di andare avanti nella chiusura degli ospedali psichiatrici pubblici e pri-

RPS

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

vati, processo che ormai è molto avanzato, con non più di 14 mila posti letto ancora in funzione nei 63 Op pubblici e oltre 5mila nei 13 Op privati convenzionati. È chiaramente una misura di contenimento della spesa pubblica, che adotta un'argomentazione del movimento per l'applicazione della 180, che continuava a dimostrare che quella per gli Op era una spesa inefficace sul piano del benessere delle persone e inefficiente sul piano economico, dato il crescere dei costi unitari col diminuire del numero di internati: i costi degli Op erano diventati scandalosi a fronte delle condizioni di vita negli «istituti psichiatrici residuali», come li chiamava l'Istat, definizione che sarà poi traslata alle persone, dette «residuo manicomiale». Bisognerà però attendere i Governi Prodi e D'Alema e i quattro anni di lavoro del ministro Bindi (1996-2000) per ottenere dal livello centrale politiche orientate verso l'applicazione reale della 180. Nel 1998 tutti gli Op risultano finalmente chiusi mentre si è accelerato in tutto il paese il processo di diffusione di sistemi di servizi di salute mentale che nascono, e restano tuttora, seriamente diseguali nella quantità e qualità dell'offerta (si veda il contributo di Pellegrini e Pulino).

Le riforme degli anni novanta introducono nel Ssn due innovazioni di grande rilievo: la regionalizzazione e l'aziendalizzazione (si veda il saggio di Pavolini). Portare le decisioni più vicine ai cittadini, consentire una maggiore aderenza alle esigenze delle singole realtà, valorizzare le specificità dei territori, spingere le regioni a migliorare le loro performance, disincentivare la formazione di disavanzi, introdurre elementi di remunerazione volti a premiare l'efficienza e la qualità, definire l'ambito delle garanzie, sono tutti obiettivi che, a cavallo dei due secoli, hanno tentato di guidare l'evoluzione del sistema nel rispetto dei principi della 833. Ma il contesto insidioso ha anche favorito un aumento delle disuguaglianze fra regioni e all'interno delle regioni, una malsana competizione fra aziende sanitarie e fra regioni (ora per la verità in gran parte superata), una diffusa tendenza a considerare gli equilibri di bilancio l'unico obiettivo da raggiungere, un aumento della complessità delle procedure, un progressivo impoverimento della relazione di cura (stretta tra vincoli di tempo e specializzazione degli interventi).

Nel 2000 l'Organizzazione mondiale della sanità pone il sistema sanitario italiano fra i migliori del mondo, un primato che viene sostanzialmente confermato nel corso degli anni da altri organismi internazionali: il nostro paese ha un sistema giudicato poco costoso ed efficace. Ma le difficoltà dell'ultimo decennio, dopo la crisi iniziata nel 2008, mettono a rischio il mantenimento di tali risultati.

Gli anni 2000 sono caratterizzati da un proliferare di interventi di riordino dei servizi sanitari regionali che presentano elementi di forte preoccupazione. L'indicatore più significativo, per quanto grossolano, è la dimensione delle aziende sanitarie locali: nel 1995 si contavano 228 Asl con una popolazione media di 250 mila abitanti, nel 2017 le aziende sanitarie locali (che assumono denominazioni molto diverse) sono 101 con una media di 600 mila abitanti. Anche le aziende ospedaliere si riducono, ma in misura molto più limitata (da 115 a 102). Si tratta di una vera e propria «epidemia di gigantismo», qualche volta introdotta in realtà mature sotto il profilo organizzativo, manageriale e professionale (e quindi con buone probabilità di superare le inevitabili difficoltà), più spesso calata dall'alto in realtà problematiche, poco organizzate e con modesta cultura amministrativa e professionale (e quindi con il rischio di aumentare l'incertezza e la confusione).

Al di là dei tradizionali obiettivi dichiarati (più efficienza, più efficacia, più economicità), il riordino dei servizi sanitari regionali sembra essere motivato da una pluralità di ragioni non sempre esplicite: contabilizzare (non necessariamente realizzare) ipotetiche economie di scala, limitare il numero di direttori generali da governare, dimostrare (alla popolazione, alla politica, ai livelli centrali) l'intenzione di razionalizzare il sistema, percorrere strade simili a quelle di regioni *amiche*, seguire i suggerimenti di vari consulenti (quelli imposti dai ministeri e quelli consultati direttamente), creare le condizioni per uno *spoils system* diffuso (commissariando le aziende in attesa dell'approvazione del nuovo assetto), uniformarsi alla diffusa convinzione che un nuovo assetto organizzativo non possa che essere foriero di benefici. Quasi mai le riforme sono introdotte avendo preliminarmente valutato (se non attraverso generici enunciati ottimistici) le ricadute sulla popolazione destinataria dei servizi. Anzi, si ha l'impressione che il problema della *distanza* fra vertici aziendali, professionisti e cittadini (ad esempio nelle aziende con oltre un milione di abitanti o con oltre 4-5 mila dipendenti) non sia stato adeguatamente considerato, tanto è vero che solo recentemente è emerso il tema del *middle management*, necessario per garantire il raccordo tra i vertici decisionali e gli attuatori delle politiche. Il tutto in presenza di un elemento di debolezza per lo più ignorato: il contratto dei direttori generali delle aziende sanitarie (e la loro formazione) è ancora quello del 1999, quando il bilancio delle Asl era nettamente inferiore a quello attuale, così come la popolazione media da servire e i dipendenti. Come si può pensare di attrarre (o trattenerne) nel pubblico manager di buon livello quando le condizioni di lavoro

RPS

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

(compresa la remunerazione) sono decisamente penalizzanti rispetto al privato? Tutto sembra congiurare contro il Servizio sanitario nazionale. D'altra parte il gigantismo è figlio anche di un'altra esigenza: quella di riuscire a sopravvivere al de-finanziamento della sanità pubblica, avviando riforme che – a prescindere dalla loro effettiva efficacia – consentano di scavalcare «quanto resta della notte». Purtroppo, quando «la notte» sarà passata, il sistema si troverà in condizioni talmente indebolite da faticare a riprendersi. L'assalto all'universalismo di cui parla Maciocco nel suo saggio è illuminante.

Negli anni più recenti il Ssn deve fare i conti con nuove sfide (che si aggiungono, purtroppo, alle vecchie): la de-politicizzazione dei diritti dei cittadini, declassati a mere enunciazioni di principio o cause «umanitarie» (si veda il saggio di Bindi); gli interessi di potenti operatori economici che mettono a rischio i bilanci della sanità (come Big Pharma, si veda il saggio di Tognoni) o la promozione della salute (come Big Food o Big Alcol); il de-finanziamento del servizio sanitario nazionale (che colpisce soprattutto il personale dipendente; si veda anche il saggio di Dettori); l'azzeramento degli stanziamenti per investimenti (che impongono alle aziende costosissime forme di partenariato pubblico-privato); lo sviluppo del welfare contrattuale e aziendale (sempre meno integrativo e sempre più sostitutivo del Ssn) e la promozione del pilastro assicurativo. Una nuova presenza, infine, si è fatta strada con forza e rapidità nel Ssn: le Ict, le tecnologie digitali di informazione e comunicazione. Con questi strumenti, che hanno già un impatto enorme in ambito socio-sanitario (non a caso sul tema è intervenuto il Comitato di bioetica), entrano in gioco altri «protagonisti forti» che pongono sfide nuove, rese pericolose dalla crescente debolezza delle istituzioni democratiche e dalla sostanziale assenza di una qualche resistenza a «sinistra», per usare le parole di Gavino Maciocco.

Il calendario degli eventi cruciali per la legge 180 non si discosta, come si è visto, da quello della 833. Tuttavia l'operazione che con la 180 entra a far parte dei compiti del Ssn ha dei tratti molto particolari su cui è necessario soffermarsi. Si tratta infatti di realizzare «il superamento degli Op» (art. 64/833) e di istituire «servizi a struttura dipartimentale» che hanno «funzioni preventive, curative e riabilitative» e tra i compiti «l'esecuzione dei trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale», i Tso (art. 34). Ora è necessario un rapido passo indietro per cogliere appieno la portata delle funzioni e delle questioni che con la 180 entrano nel Ssn.

Con la 180 arriva nella medicina una disciplina che ha cercato fin dalle origini di iscriversi nell'ambito medico ma che ha costruito le proprie categorie e tecniche di intervento in un quadro giuridico del tutto speciale, in un vero e proprio *regime d'eccezione* rispetto al resto della medicina. La psichiatria trova infatti nella legge non solo la configurazione della sua funzione sociale ma la stessa definizione del suo oggetto. La legge, in altre parole, definisce non solo i compiti e le istituzioni della psichiatria, come fa nel caso della medicina, ma si spinge fino a disegnare i contorni, l'identità del suo oggetto. «Devono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo» diceva il primo articolo della legge del 1904: «il concetto di pericolosità sociale costituisce così» non solo il motivo della privazione di libertà per il malato (e della sanzione giuridica per il medico che non lo custodisca) ma anche «una sorta di grande categoria diagnostica su cui la psichiatria ritaglia e differenzia la classificazione delle malattie mentali» (Basaglia e Giannichedda, 1982, pp. 883-885). Il patto con lo Stato per il riconoscimento e l'internamento della pericolosità sociale malata orienta in modo determinante la direzione di sviluppo del sapere psichiatrico. Questo patto, che attribuisce al corpo professionale degli psichiatri un particolare «potere» istituzionale e sociale (Foucault, 2004) e una peculiare, diretta rilevanza politica (Castel, 1976, pp. 138-167), finirà per ostacolare, nonostante le teorie e le sperimentazioni di diversi riformatori, ogni possibilità di uscita da quel «paradigma dell'internamento» che è stato la fortuna della psichiatria ma anche la sua prigione (Castel, 1976, pp. 181-183). La 180 interrompe questa storia: abolisce il manicomio e la sua legge ed elimina l'automatismo fra malattia mentale e pericolosità, e quindi fa un passo sostanziale verso la piena «dignità sociale» ed «eguaglianza» giuridica delle persone con disturbo mentale; elimina la commistione fra psichiatria e ordine pubblico, e quindi fa un passo sostanziale verso la liberazione della psichiatria dal «paradigma dell'internamento».

Com'è cambiata la psichiatria in questi quarant'anni all'interno del nuovo e diverso patto con lo Stato, quello del Ssn? Quali servizi sono nati dal mandato alla «presa in carico» delle persone nelle loro comunità di vita? Il saggio di Pellegrini e Pulino, che percorre le diverse fasi della riforma dalla drammatica situazione dei primi anni allo sviluppo dei servizi e alle sfide attuali, conferma un quadro abbastanza noto, che è emerso anche dall'informazione più attenta in occasione del quarantennale della 180. Una parte della psichiatria ha certamente rea-

RPS

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

lizzato il cambio di paradigma che è la posta in gioco della riforma, ha inventato e messo a regime Dipartimenti di salute mentale (Dsm) radicati nelle comunità, con servizi disponibili 24 ore e prestazioni variegate che non ripropongono strumenti e culture dell'internamento (bassi o assenti Tso, porte aperte nei servizi ospedalieri, accessibilità diretta ai centri di salute mentale, intensa attività domiciliare ecc.). Ma questi Dsm sono in realtà una minoranza, il che non significa che tutti gli altri si muovano compattamente in direzione opposta. La forte variabilità tra le regioni e nella stessa regione indica che continuano a coesistere spinte contraddittorie all'interno dei Dsm e dei servizi, che emergono non di rado in dibattiti e iniziative pubbliche e che testimoniano come il processo di trasformazione del sistema sia tutt'ora in corso, in un clima pieno di insidie ma anche di potenzialità. È certo comunque che in Italia, tra mille contraddizioni, è avvenuto uno straordinario cambiamento, la cui portata si coglie meglio nel paragone con gli altri paesi. Un articolo recentissimo pubblicato dall'«International Journal of Mental Health Systems» (Barbui, Papola e Saraceno, 2018, pp. 12-43) mette a confronto l'organizzazione del sistema italiano di salute mentale con quello dei paesi del G7, le economie più ricche del pianeta (Stati Uniti, Canada, Giappone, Germania, Regno Unito, Italia, Francia). L'Italia è il solo tra questi paesi a non avere letti di Op (negli altri paesi si va dagli 8 per 100 mila abitanti nel Regno Unito ai 204 del Giappone); anche il numero di letti psichiatrici in ospedale generale è in Italia il più basso mentre è il più alto il numero di letti in strutture residenziali nel territorio (46 su 100 mila, più del doppio che negli Stati Uniti che è il paese che ne ha il numero maggiore, 22). L'articolo mette anche a confronto il numero di letti psichiatrici con una variabile spesso usata come indicatore di salute mentale, il tasso di suicidi, evidenziando che in Italia si è mantenuto sostanzialmente costante in questi quarant'anni (e concludendo che in realtà non si evidenzia alcuna correlazione significativa fra suicidi e disponibilità di letti psichiatrici: il Giappone ha il più alto tasso sia di suicidi che di letti psichiatrici).

Il fatto che il paradigma dell'internamento appaia tuttora dominante nei sistemi psichiatrici del mondo ricco getta una luce diversa sulla situazione italiana. Induce a pensare che gli orientamenti politici, l'azione o l'inerzia dei governi centrali e locali non siano elementi sufficienti a spiegare ciò che in Italia è accaduto e ciò che non è accaduto e poteva accadere, e i limiti e i pericoli della situazione attuale. Induce a pensare che si debba indagare, di nuovo, come all'inizio del movi-

mento anti-istituzionale, dentro la psichiatria stessa, nel suo modello di sviluppo, nelle modalità con cui questa disciplina interpreta e agisce il suo essere divenuta parte del Ssn. Il saggio di Benedetto Saraceno è tutto incentrato su questa operazione di analisi critica della psichiatria attuale, e conferma l'assunto iniziale del saggio di Rotelli: la dialettica fra istituzioni chiuse e istituzioni aperte resta questione centrale del nostro tempo, che interroga la psichiatria quando rimane chiusa nella sua «scatola semplificatrice» e interroga allo stesso modo la medicina, che deve abbattere i suoi muri sia negli assetti istituzionali che nel rapporto con le persone e le comunità.

Nel testo che chiude la sezione dedicata alla legge 180, Claudia Demichelis, Carlo Gnetti e Gisella Trincas raccontano – con la voce di utenti e familiari – cosa significhi vivere l'esperienza della sofferenza mentale. Dare visibilità, diritto di parola e di critica alle persone che la vivono è stato infatti da sempre un tratto caratteristico della lotta per l'abolizione del manicomio, che va ben al di là della chiusura delle strutture di internamento. Anche la legge 194, approvata dieci giorni dopo la «180», costituisce una rottura con il regime giuridico precedente e con la sua cultura: l'aborto cessa di essere reato e viene affermato il diritto alla autodeterminazione delle donne nel quadro delle «norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria di gravidanza» (questo il titolo della legge). La 194, che fu immediatamente oggetto di un referendum abrogativo che, come si ricordava prima, la confermò nel 1981 con un largo consenso, attraversò poi le vicissitudini del Ssn ma con un problema specifico che negli anni è divenuto drammatico: il fenomeno della obiezione di coscienza dei ginecologi ospedalieri e di altri operatori del Ssn, divenuto così massiccio da rendere quasi impossibile l'attuazione della legge, soprattutto in alcune regioni del Mezzogiorno. Questo esito, in larga misura incontrastato dai decisori politici, ha provocato una condanna dell'Italia da parte del Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa nel 2014 (European Committee of Social Rights, 2015) e ha mobilitato in questi anni un dibattito incentrato sugli argomenti e le ragioni degli obiettori e dei non obiettori e sulle contraddizioni tra il diritto del medico all'obiezione e quello della donna a interrompere la gravidanza. Questi temi hanno mobilitato l'attenzione a scapito di altri due che erano stati centrali nel dibattito che ha preceduto e seguito la riforma: il rapporto che medicina e diritto hanno costruito col corpo della donna; l'autodeterminazione delle donne su questo aspetto cru-

RPS

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda

ziale delle loro vite e sulla loro stessa sovranità sul proprio corpo riproduttivo.

Il saggio di Chiara Saraceno, incentrato proprio su questi temi, parte da un'analisi critica della autodeterminazione com'è stata disciplinata nell'articolo 1 della 194 che, con una formulazione «aperta a molte, e controverse, interpretazioni», dichiara che «lo Stato tutela la vita umana fin dall'inizio», e che l'aborto non può essere inteso come strumento di controllo delle nascite. Saraceno puntualizza che non si tratta di una depenalizzazione in senso proprio dell'aborto volontario, piuttosto si «introducono alcune eccezioni al divieto» e si disciplina una «autodeterminazione parziale», che consegna al potere del medico una donna non più colpevole se si muove entro i parametri della legge ma ancora «minore», bisognosa di consiglio e aiuto.

Il saggio di Chiara Saraceno si conclude con la prospettiva di una «regolazione mite» dell'aborto, che allude sia alla mitezza del diritto sostenuta da Gustavo Zagrebelsky che a una medicina non violenta né normativa, capace di accogliere, ascoltare, dare valore alla persona.

Una rivitalizzazione dei consultori potrebbe agevolare un cambiamento di cultura in questa direzione. Come evidenziano Franca Bonichi e Rossana Trifiletti, nel loro contributo che ricostruisce la storia dei consultori familiari, dalla approvazione della legge 405/75 fino ai nostri giorni, la situazione attuale, in particolare riferita alla diffusione di questo servizio (tasso di copertura per abitante), evidenzia criticità ma anche diversi elementi positivi. Il consultorio, quando attivo e aperto al territorio, si dimostra «efficace nella prevenzione dell'uso improprio della 194 e capace di fungere da moltiplicatore culturale di una pratica moderna della contraccezione e dell'approccio sereno alla vita sessuale», in particolare nei confronti delle donne migranti, che specie nei consultori del Centro-Nord fanno un uso nettamente crescente di questo servizio.

Un'ultima considerazione infine. I saggi che compongono il volume hanno ricordato il percorso di mobilitazione – sindacale, sociale, culturale – che è sfociato nell'approvazione delle tre grandi leggi che quarant'anni fa hanno cambiato il welfare italiano. Sono anche stati rimessi a fuoco i principi e le ragioni di queste leggi, ma l'attenzione maggiore è stata dedicata, per scelta esplicita, al dopo, al percorso successivo all'approvazione delle riforme, nel quale si sono realizzate, come si è visto, trasformazioni sostanziali delle istituzioni e delle culture mentre avvenivano, in questo lungo tempo, mutamenti profondi,

come si è detto all'inizio, a livello economico, politico, sociale, demografico, epidemiologico. È importante analizzarlo e discuterlo questo percorso post-riforme, per imparare da ciò che è accaduto e per immaginare e costruire concretamente il futuro di quel principio costituzionale – la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività – a cui queste riforme hanno dato corpo.

Riferimenti bibliografici

- Barbui C., Papola D. e Saraceno B., 2018, *Forty Years without Mental Hospitals in Italy*, «International Journal of Mental Health Systems», luglio, pp. 12-43.
- Basaglia F. e Giannichedda M.G., 1982, *Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*, in Basaglia F., 2017, *Scritti*, il Saggiatore, Milano.
- Castel R., 1976, *L'ordine psichiatrico. L'età dell'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano.
- European Committee of Social Rights, Council of Europe, 2015, *Decision on Admissibility and the Merits, Complaints Cgil 91/2013*, disponibile all'indirizzo internet: <http://hudoc.esc.coe.int/?i=cc-91-2013-dadmissandmerits-en>.
- Foucault M., 2004, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-74)*, Feltrinelli, Milano.

RPS

Nerina Dirindin e Maria Grazia Giannichedda