

# CONSIGLIO NAZIONALE ORDINE ASSISTENTI SOCIALI

## CONVEGNO

### **“SALUTE MENTALE E SERVIZIO SOCIALE : QUALI RIFLESSIONI A 30 ANNI DALLA LEGGE 180/'78 “**

**Roma, 5 dicembre 2008. Sala Di Liegro, Palazzo Valentini, Via IV novembre, n. 19**

Relazione

*“ Dalla legge 180/'78 al nuovo welfare italiano: i principi, le forme istituzionali e organizzative ”*

Bruno Benigni Presidente del Centro Franco Basaglia

~~~~~

#### **Un trentennale, occasione per riflettere.**

Credo che corrisponda ad un'idea giusta quella di ricercare negli anni '70 l'origine di una spinta dal basso per un nuovo welfare, in quella temperie culturale, democratica e politica che portò nel 1978 alla approvazione della legge n. 180, prima, e della legge n. 833, poi.

E' tanto più giusto ricercare nelle esperienze di superamento della realtà dei manicomi una delle radici e una delle spinte più formidabili per creare in Italia quel sistema di servizi sociali territoriali di cui si sentiva il bisogno, ma che allora non esisteva.

Bene ha fatto, pertanto, il Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali a richiamare il 30° della “180” per ricercare in quella fase della storia d'Italia le premesse culturali e politiche della ideazione del nuovo welfare italiano.

Del resto, si parte sempre da una negatività sociale che non corrisponde più ai bisogni, alla cultura e alla sensibilità dei cittadini per aprire strade nuove, come risultato di idee, perché no, di utopie, di esperienze di avanguardia e di ampie convergenze democratiche.

Così è stato per il superamento del manicomio e per l'avvio di un nuovo sistema per la salute mentale e, conseguentemente, per un nuovo welfare italiano.

Questo è stato vero ad Arezzo, a Trieste, a Perugia, a Ferrara e in altre esperienze provinciali-

Il manicomio era istituzione totale, struttura volutamente impenetrabile alle relazioni sociali, casamatta dell'internamento forzoso delle persone con disturbi psichici per garantire la società dalla supposta pericolosità del malato di mente, era la rappresentazione più visibile e più consistente, quasi emblematica, della *insocialità sociale del tempo*, per usare una terminologia di Emanuele Kant.

Non si può capire e spiegare la legge n. 180 semplicemente leggendo i suoi articoli se non si torna con l'analisi storica alla situazione giuridica, istituzionale e politica dell'assistenza psichiatrica che l'ha preceduta e al rovesciamento istituzionale che l'ha promossa.

E' necessario fare un passo indietro, sia pure con lo sguardo attento e distaccato di un osservatore attuale.

#### **Un panorama della *insocialità italiana***

Sul piano giuridico, tutte le leggi esistenti, dalla legge Crispi del 1890 alla legge n. 36 del 14 febbraio 1904, avevano come asse centrale per la risposta alla sofferenza sociale e psichica la soluzione dell'internamento delle persone, minori, adulti e anziani, con una varietà di Istituzioni pubbliche e private, una volta esaurita la linea dei contributi degli Enti Comunali di Assistenza(ECA) di competenza dei Comuni.

Solo la spesa per il ricovero delle persone rientrava nella spesa obbligatoria dei Comuni. Ugualmente obbligatoria era la spesa per il ricovero manicomiale in carico alle Amministrazioni provinciali.

Tutta la società italiana era costellata di Istituzioni totali: i brefotrofi, le Scuole speciali, le classi differenziali, gli Istituti per minori, gli Ospedali psichiatrici, i Manicomi Giudiziari, le Case di riposo o Commende che dir si voglia.

Istituzioni totali, secondo la definizione di Goffman, erano le strutture che sradicavano le persone dalle relazioni familiari e dai contesti sociali per dar luogo ad un mondo in sé compiuto ed autosufficiente, di fatto un surrogato della vita sociale.

L'artificialismo al posto della naturalità delle relazioni umane.

Su quel tessuto di strutture di ricovero si era costituito un vero e proprio potere assistenziale, fatto di interessi aziendali e di una vera propria cultura assistenziale che aveva le sue basi nelle leggi e, prima ancora, nella prevalente ideologia caritativa del tempo.

In quelle condizioni giuridiche e istituzionali i servizi sociali alla persona erano del tutto assenti. Era la famiglia patriarcale che si faceva carico delle diversità psichiche, fisiche e sensoriali e quando la famiglia non era in grado di far da sé, la prospettiva era il ricovero, solo il ricovero, con una più o meno lunga prospettiva di durata, spesso sine die.

## **Il superamento del manicomio**

Franco Basaglia, e con lui tutto il movimento di psichiatria democratica, nel vivo della trasformazione della pratica assistenziale negli ospedali psichiatrici, affermava la necessità di rompere l'abbraccio mortale della giustizia con la psichiatria per sottrarre quest'ultima al mandato del controllo sociale della devianza e, nello stesso tempo, poneva l'esigenza di *realizzare l'alleanza tra psichiatria e assistenza sociale*, come linea portante per superare la realtà manicomiale, per passare alla salute mentale, alla fase della prevenzione, della cura delle persone malate nel territorio, senza violenza fisica e chimica e senza emarginazione, per attuare progetti di riabilitazione e di recupero sociale delle persone annientate dal lungo internamento.

Era un'affermazione che nasceva da una critica serrata all'ordine esistente e dalla esigenza di far uscire la psichiatria dall'impotenza, dalla presunzione di autosufficienza e di separazione dal contesto delle realtà sociali dalle quali emergevano la sofferenza e la lacerazione dei rapporti umani e nelle quali era necessario ricercare e attivare tutte le risorse umane per un progetto di guarigione delle persone con disturbi psichici.

Con la messa in primo piano della centralità della persona umana.

Il progetto si fondava su un nuovo paradigma scientifico che superava il biologismo ( il cervello, e solo il cervello dell'uomo causa e sede della malattia) e ricercava un nuovo rapporto di interdipendenza tra corpo e mente e tra la persona e il suo contesto sociale.

Biologia e storia, biografia e socialità.

Nasceva da qui l'esigenza di un nuovo paradigma assistenziale che implicava la collaborazione tra diverse figure professionali ( medici, infermieri, assistenti sociali, educatori e terapisti ) e un modo nuovo di lavoro fondato sulla sinergia delle diverse competenze.

In manicomio, nella lotta per il suo superamento e per la sua chiusura, l'alleanza prospettata faceva le prime prove di sé.

Il Servizio sociale non c'era ancora. Fu necessario inserire singole figure di assistenti sociali per partecipare, a pieno titolo, alla ricostruzione del vissuto dei degenti, al programma di animazione culturale e sociale della Comunità terapeutica e alla prospettiva della dimissione e dell'inserimento sociale di ogni ricoverato nelle diverse condizioni.

La cultura sociale e le figure professionali che ne erano portatrici erano ridotte all'osso: non c'era ancora la figura dello psicologo, mancavano operatori per le attività di animazione, erano del tutto assenti figure professionali per la riabilitazione cognitiva, per il rapporto tra lavoro e salute, tra formazione, autonomia e autostima.

Una miseria.

## **L'autonomia e la dignità del Servizio sociale italiano.**

In quella temperie sociale per il ribaltamento della politica e della pratica assistenziale, venivano alla luce del sole due esigenze ugualmente fondamentali e tra loro interdipendenti: *l'autonomia e la dignità del servizio sociale e l'integrazione sociosanitaria* che potevano essere realizzati solo con la riforma della sanità e dell'assistenza, con la fine della legge n. 36 del 1904 sui manicomi e della legge Crispi del 1890.

Bisognava superare il concetto e la pratica della "beneficenza", realizzare un Servizio sociale in tutto il Paese con un proprio Ordinamento, con un proprio status giuridico che ne definisse i fondamenti, l'autonomia e, insieme, le forme di integrazione con altri settori dell'agire sociale e che lo sottraesse alla dipendenza di altri Ordinamenti, prima di tutto uscendo dalla posizione ancillare rispetto alla sanità.

Infatti, il Servizio sociale aveva una propria cultura, un proprio campo di competenze e di responsabilità in tutte le età della vita (minori, adulti e anziani) ed era parimente interessato a costruire relazioni e collaborazioni con i processi lavorativi e formativi.

Fu negli anni 70 e 80, dai nuovi bisogni sociali, che si cominciò ad elaborare una vera e propria strategia per la *riforma del welfare italiano*.

Non bastava più trasferire ai Comuni e alle Regioni le competenze assistenziali di Enti nazionali, divenuti e considerati inutili, come era avvenuto con il Dpr 616 del 1977, ma era necessaria una vera e propria riformulazione della natura e del ruolo del Servizio sociale in Italia.

Bisognava passare da una nozione residuale del sociale, che prendeva gli avanzi dei bilanci pubblici, che svolgeva un ruolo meramente compassionevole, ad un sociale dei diritti, considerato fattore della qualità dello sviluppo economico del Paese e, dunque, *come componente della società meritevole di investimenti in capitale materiale ed umano*.

La scuola per tutti e di tutti, gli asili nido, la rete dei servizi sociali territoriali, la domiciliarità al posto dell'internamento erano obiettivi concreti che mobilitavano famiglie, Associazioni di disabili, Organizzazioni sindacali, Enti locali, operatori del sociale.

Nacquero allora Riviste importanti che davano voce e sistematicità a proposte per un nuovo welfare.

In questa nuova impostazione, il sociale era considerato fonte di occupazione, di incremento del Pil e alimento di quella coesione sociale necessaria per l'impiego nell'economia del Paese di tutte le risorse umane, in particolare dei giovani, delle donne e degli svantaggiati, su cui si doveva fondare una nuova qualità dello sviluppo della società italiana.

Un salto culturale e politico straordinario, ancora oggi bussola per uscire dalla crisi non solo economica del Paese.

Solo che per affermarsi era necessaria una forte spinta dal basso e una corrispondente volontà politica delle classi dirigenti del Paese.

## **E venne la legge n. 328 dell'anno 2000.**

Con venti anni di ritardo, rispetto alle scadenze stabilite nel Dpr 616/'77, dopo l'iniziativa delle Organizzazioni sindacali che avevano portato in Parlamento una proposta di legge di iniziativa popolare per la riforma dell'assistenza, dopo tante discussioni senza esito su tanti progetti presentati dalle forze politiche, per scelta del centrosinistra fu approvata la legge n. 328/2000.

Il diritto prendeva il posto della beneficenza, i livelli essenziali delle prestazioni sociali erano il riferimento per superare le disparità e le disuguaglianze, la rete dei servizi sociali territoriali relativizzava e doveva ridurre il ricorso all'internamento, il rapporto pubblico e privato era finalizzato al raggiungimento del bene comune, le Regioni e i Comuni erano investiti dei compiti programmatori e organizzativi per gli interventi e per la rete dei servizi sociali territoriali, il

coordinamento tra le Istituzioni era la scelta per un federalismo cooperativo e per l'integrazione tra i diversi campi dell'intervento pubblico.

C'era e c'è nella legge n. 328 una scelta fondamentale che ha bisogno ancora d'essere recepita e soprattutto d'essere realizzata: *in ogni Zona sociale, coincidente con il distretto sanitario, dice il comma 4 dell'articolo 22, doveva e deve essere costituito un Servizio sociale professionale.*

Un Servizio sociale che deve comprendere il Segretariato sociale, il Pronto intervento, l'Assistenza domiciliare e residenziale, con una unitarietà e globalità di progettazione.

Una scelta prioritaria, una sorta di *conditio sine qua non*, perché senza un Servizio sociale professionale di Zona, in ogni Zona, non si supera il municipalismo assistenziale, non si realizza la domiciliarità per l'aiuto alle persone e alle famiglie, non si realizza l'integrazione tra sanità ed assistenza, non si ridimensiona la pratica storica del ricorso all'internamento e alla erogazione di assegni che, da soli, non cambiano lo stato di impotenza delle persone e delle famiglie.

Sono passati quasi dieci anni dall'approvazione della "328" e siamo ancora nella pratica e occulta vigenza della abrogata legge Crispi !

## **Il governo della legge n. 328/2000**

Mettiamo nel conto che applicare la legge n. 328 è compito complesso e difficile, soprattutto perché richiede un impegno nuovo e consistente per il Fondo sociale nazionale e una forte guida nazionale.

~ E' difficile, perché non si tratta solo di aggiungere, ma di cambiare l'esistente.

Infatti, bisognava e bisogna

- \* concentrare le risorse finanziarie dello Stato nazionale, delle Regioni e degli Enti locali su un Piano condiviso di interventi e servizi sociali da realizzare in ogni Zona sociale

- \* passare da interventi categoriali e di prevalente ricovero ad interventi rivolti alla persona e alle famiglie, nella globalità della loro condizione e quindi **la domiciliarità**

- \* passare dagli interventi prevalentemente monetari ad un mix in cui gli assegni economici siano parte dei servizi a rete e quindi riformulare tutto il sistema dei contributi

- \* passare da prestazioni rigide e preconfezionate a prestazioni flessibili e diversificate basate su progetti personalizzati

- \* passare da interventi centralistici alla "regia" delle Regioni e degli Enti locali per coordinare le risorse pubbliche e private sugli obiettivi di ben-essere sociale e, dunque, sui livelli essenziali delle prestazioni sociali che devono essere approvati con legge nazionale.

Questa complessità avrebbe potuto consigliare una gradualità applicativa, con la scelta di priorità, con la messa in opera *dei primi elementi di riforma* che si configurano come il piedistallo di una più organica e compiuta costruzione dell'edificio di riforma del welfare italiano.

Non è stato e non è così, né in tutto né in parte.

E' mancata una direzione unitaria del processo di costruzione di un nuovo welfare locale, le risorse finanziarie, poche, sono rimaste disperse, le decisioni che dovevano essere assunte in base all'articolato della legge sono rimaste sulla carta e il sistema è andato avanti spontaneamente, in nome di un malinteso federalismo e di un persistente indirizzo del "fai da te".

La politica, ancora una volta, ha dato forfait. Siamo in pieno sistema compassionevole, con la social card e il bonus per i derelitti.

## **Il governo del welfare locale**

I punti irrisolti sono molti e tutti hanno contribuito a lasciare in vita disuguaglianze e ritardi rispetto alla evoluzione dei bisogni sociali che sempre più richiedono risposte collettive dal momento che *da sole le persone non sono in grado di far fronte alle emergenze e alle novità della condizione sociale e sanitaria della popolazione.*

Nemmeno se sono benestanti.

Si pensi all'Alzheimer e alle tante e diffuse patologie della cronicità.

Ritardi e posizioni pilatesche che coprono la reticenza delle Istituzioni a mettere a disposizione del sociale le risorse finanziarie di cui c'è assoluto bisogno.

Ancora oggi si può impunemente tagliare sul sociale.

E' necessaria, prima di tutto, un'azione nazionale unitaria per rimettere all'ordine del giorno l'applicazione della legge n. 328/2000 e con essa la riforma del welfare,

Nel stesso tempo ci sono soluzioni che non costano, ma richiedono solo una nuova cultura di governo da parte delle Istituzioni per avviare la costruzione del welfare locale.

Che bisogna riproporle con tutta la forza necessaria.

Vediamone alcune.

### **Primo: il Governo locale.**

Abbiamo attraversato una fase segnata da una vera e propria "orgia" di discussioni intorno al federalismo, mai che si sia portata l'attenzione su una questione che è cruciale per l'applicazione della legge n. 328/2000 e per la costruzione del welfare locale: *il governo unico della Zona sociale e del distretto sociosanitario*.

Anche un bambino capisce che per programmare gli interventi e per compiere le scelte di priorità è indispensabile che i Comuni singoli, spesso di piccole e piccolissime dimensioni, diano vita *a forme associative dotate di personalità giuridica*, in grado di adottare deliberazioni valide e cogenti per tutti e di assumere responsabilità chiare nei confronti delle Regioni, delle Asl e dei cittadini dell'intera Zona sociale.

Non è pensabile il welfare locale con 8.200 Comuni, gli uni separati dagli altri.

La legge n. 328/2000 non si propone, né lo potrebbe, di riformare le Istituzioni, ma semplicemente si richiama alla legge n. 267/2000 dell'Ordinamento delle leggi degli Enti locali che prevede la istituzione di **Unioni di Comuni o di Consorzi**.

Purtroppo per il carattere volontario delle Associazioni, nella maggior parte delle situazioni con più Comuni compresi nella Zona/distretto, ci si è limitati a costituire semplici *Conferenze dei Sindaci, Consulte di Enti locali o ad affidare la responsabilità al Comune capofila*.

Un sostanziale **non governo** o, più correttamente, **un governo senza Istituzione**, dunque, una soluzione inadeguata ai compiti di governo nel welfare locale.

Quando si discute di federalismo istituzionale, oltre a contrastare il centralismo ministeriale o regionale, oltre a discutere della riforma dei rami alti dello Stato, bisogna mettere in prima fila il carattere obbligatorio e vincolante delle forme associative dei Comuni, in modo da creare la premessa politica per un'applicazione seria e coerente della legge di riforma e del welfare locale.

### **Secondo: la programmazione sociale.**

Si era cominciato bene, nel 2001, con l'approvazione del 1° Piano sociale nazionale cui dovevano seguire i Piani sociali regionali e locali.

Tutto si è fermato al centro. Di Piano sociale nazionale non parla il Governo ma nemmeno le Regioni e gli Enti locali ne richiedono la presentazione.

Nelle Regioni e in periferia tutti sono andati per conto proprio, alcuni anche positivamente nello spirito della "328", in generale, però, in una babele di provvedimenti che alla fin fine hanno accentuato le distanze tra le diverse aree del Paese e le disuguaglianze tra i cittadini.

Si è addirittura teorizzata l'archiviazione della legge n. 328 del 2000, come se essa fosse cancellata dal Titolo V della Costituzione, e si è proclamata addirittura l'impotenza del Governo nazionale, dimenticando che spetta allo Stato nazionale

\* la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale da garantire ai cittadini in tutto il territorio nazionale,

\* la corrispondente determinazione delle risorse finanziarie, quindi il Fondo sociale nazionale da far corrispondere alla stima economica dei Liveas,

\*l'esercizio del potere sostitutivo sulle Regioni in caso di mancata applicazione dei livelli di assistenza richiesti dalla Costituzione.

Il Piano sociale nazionale, con gli standard e gli obiettivi di politica sociale è ancora e sempre necessario, indipendentemente dalle diatribe e dai sofismi giuridici.

Purtroppo, anche nelle situazioni regionali e locali la programmazione è stata spesso saltuaria, verbosa ed evanescente e il sistema sociale non è decollato e non ha garantito quei diritti sociali e quelle prestazioni che la legge della Repubblica ha promesso a cittadini.

### **Terzo: l'integrazione sociosanitaria.**

Da tempo immemorabile si parla di integrazione sociosanitaria. Giustamente. Non sono mancate le definizioni, in particolare con gli articoli 3-septies e 3-octies della legge n. 229/99 e in tante leggi e in tanti atti di programmazione regionale e locali.

Si è parlato e scritto di integrazione istituzionale, gestionale ed operativa e per ciascuno di questi livelli sono state date definizioni ed esemplificazioni, ma il tanto e reiterato parlare di integrazione segnala semplicemente il fatto che essa non esiste nella concreta attività dei servizi sanitari e sociali.

*La ragione sta tutta nel fatto che non si provvede a determinare le condizioni strutturali che facilitano e determinano il lavoro interdisciplinare che ha senso se le risposte si danno nell'unità di tempo e di spazio.*

E' un problema di cultura e un problema d'impianto organizzativo che deve prendere in considerazione le forme contrattuali, i modelli organizzativi, i rapporti per la sinergia delle competenze, in una parola il nuovo paradigma assistenziale.

L'integrazione sociosanitaria è obiettivo fondamentale da perseguire tenacemente con alcune considerazioni ed avvertimenti.

Fino a quando il sociale sarà povero di risorse finanziarie e professionali, fino a quando prevale il municipalismo assistenziale, il Servizio sociale sarà poca cosa e sarà esposto alla marginalità, alla impotenza e alla irrilevanza.

Quando il pilastro sociale è fragile, quando l'operatore è isolato l'integrazione operativa si realizza, quando si realizza, con una subordinazione del sociale rispetto al sanitario.

Bisogna essere chiari e netti: *la giusta esigenza della integrazione sociosanitaria comporta coordinamento tra diversi, che restano diversi, e non un semplice e riduttivo assorbimento di una cultura nell'altra, di un ordinamento nell'altro.*

Sarebbe un impoverimento assoluto.

Tornando alla salute mentale da cui siamo partiti, il rapporto tra il Dipartimento di salute mentale (DSM), con le sue articolazioni distrettuali, comprende, necessariamente, una presenza sistematica di operatori sociali che partecipano a tutte le fasi dell'attività, dalla presa in carico della domanda a quello della programmazione, nella fase dell'intervento e in quella dell'integrazione della persona nelle diverse aree della vita sociale e civile. Resta il fatto che gli operatori sociali sono in proiezione funzionale e stabile dal Servizio sociale cui appartengono e con il quale condividono le finalità, la cultura professionale e la formazione.

### **La Casa della salute**

A proposito della integrazione sociosanitaria, vorrei richiamare la proposta della **Casa della salute**, una sede comune che permette e facilita la compresenza di operatori sanitari e sociali a livello dell'area sub distrettuale e sub Zona sociale. Si tratta di una novità assoluta che ha trovato un punto di partenza ufficiale nella sperimentazione prevista nella Finanziaria 2007 e che è stata approvata recentemente, il 13 novembre 2008, con una decisione della Conferenza Stato-Regione con la quale sono stati ripartiti alle Regioni i 10 milioni di euro stanziati dal Governo di centrosinistra.

E' un inizio, solo un punto di inizio.

Il sociale potrà trovare una inedita occasione per realizzare il Punto unico di accesso, la ricomposizione del personale sociale dipendente dalla Asl e quello appartenente al Comune e, soprattutto, la realizzazione dell'integrazione operativa sociosanitaria per interventi nell'unità di tempo e di spazio.

E' necessario che la Casa della salute sia considerata non un semplice presidio sanitario ma una struttura per il ben-essere sociale della popolazione dove il Servizio sociale realizza le proprie finalità a diretto contatto con la popolazione e stabilisce con il campo sanitario un rapporto di collaborazione con pari dignità culturale e professionale.

### **Considerazione finale**

Il sociale è certamente uscito dallo stato di minorità culturale e, anche per il contributo dato dai suoi operatori, ha acquisito uno proprio status giuridico e scientifico, una propria dignità ed autonomia.

La politica non ha aiutato questa necessaria costituzione, oggi meno che mai, e la riforma del welfare è di là da venire nonostante le buone leggi di cui il Paese dispone.

C'è bisogno di tanta cultura, di tanta passione e di tanta iniziativa per portare più avanti quella emancipazione che è cominciata trenta anni fa e che ormai è da considerare irreversibile, nonostante tutto.

Voi avete ricordato già nell'invito-programma che molte sono le esperienze positive che si sono sviluppate e consolidate anche con l'apporto e la presenza degli Assistenti sociali.

Anche a me, come a Voi, queste comuni storie sociali fanno dire: **se si vuole si può.**