

## 5

sguardi

La riforma della psichiatria, avviata da Franco Basaglia, è una storia che non smette di provocare. Una rivoluzione per tutti i mondi che si prendono cura dell'umano. L'invito a metter tra parentesi la malattia per incontrare la persona.

## L'eredità di Basaglia, 40 anni dopo

**Don Virginio  
Colmegna**

**Franco  
Prina**

**Giuseppe  
Saccottelli**

**Francesco  
Scotti**

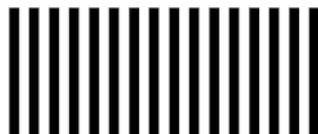
a cura di  
**Francesco  
d'Angella**

**A** 40 anni dalla legge 180, voluta da Franco Basaglia, cosa rimane del movimento di idee, passioni e sperimentazioni che portò a chiudere i manicomi e a spostare sui territori la cura delle persone con disagio psichico? Quali sono oggi le acquisizioni e quali le questioni che restano aperte?

Abbiamo posto la domanda a quattro persone che quei tempi hanno vissuto, costruendo proprio in

quel periodo le loro biografie professionali. Qual è l'eredità che quella vicenda consegna ai mondi della cura oggi?

Una riflessione su come lo spirito e la visione di quella riforma interrogano chi oggi quella riforma è chiamato a portare avanti: i servizi di salute mentale, il privato sociale, le professioni di aiuto e cura, le culture della sofferenza mentale, le politiche sociali e sanitarie, i singoli cittadini e le loro famiglie...



---

# deistituzionalizzare

---

1

## OGNI EPOCA HA I SUOI MURI DA ABBATTERE

**Don Virginio Colmegna**

Nel 1978 ero tra coloro che respiravano aria buona di cambiamento, quando la legge che decretava la chiusura definitiva dei manicomi si rendeva ufficiale e faceva discutere, interrogando coscienze e contesti.

### La potenza simbolica di quei muri

Non si parlava tanto di organizzazione sanitaria e di malattia, quanto di civiltà e di rispetto dei diritti di chi è più debole. Pur partendo da ragioni e posizioni diverse, tutti comprendevamo la potenza simbolica di quei muri da abbattere: erano il *pregiudizio*, erano l'*istituzione* che mortifica la comunità, erano il *falso mito dell'uomo senza difetti*.

Abbattere il muro significava vincere le paure, includere le fragilità nell'ordinario e partire da esse per capire la propria forza. Abbattere il muro significava porre una critica precisa e puntuale, non gridata ma ben ponderata, all'*istituzione che schiaccia* (anziché esaltare) il singolo e la sua comunità di appartenenza.

I mondi culturali e politici di quei decenni erano particolarmente pronti a co-

gliere il messaggio della Legge 180 come una chiara restituzione della cittadinanza a ogni individuo e come consegna, alle istituzioni sociali, culturali e politiche, di una visione nobile del loro significato alla quale tendere: esprimere cura, promuovere dialogo, facilitare i legami, servire i più deboli, valorizzare le competenze di tutti per un bene comune e più grande.

Ho vissuto anch'io quegli anni, quando dire «*deistituzionalizzazione*» evocava *qualcosa di importante e bello* anche al di fuori dei mondi accademici o dei contesti esperti. Per me, vivere quell'esperienza - cioè vivere per 11 anni in comunità con i primi dimessi dall'ospedale psichiatrico - è stata una palestra straordinaria, che mi ha permesso di consolidare una capacità di resilienza e di innovazione che ritrovo quanto mai importante ancora oggi.

### Dov'è oggi il muro da abbattere?

40 anni fa, la spinta vitale ha permesso di aprire porte e *superare quei contenitori di abbandono*; quei luoghi chiusi dove venivano dimenticate persone e storie. Oggi bisogna spendere molto più tempo per ridirci qual è il muro da abbattere e che cosa vogliamo scardinare, affinché la società civile si appoggi su istituzioni buone e giuste. Nel contesto odierno, ad esempio, abbiamo bisogno di *ripristinare un pensiero collettivo*, che valga la pena di essere partecipato, e poi in esso riscoprire cosa scardinare e cosa promuovere.

Quando 15 anni fa, dopo un'esperien-

za lunga più di un decennio alla direzione della Caritas Ambrosiana con l'Arcivescovo Carlo Maria Martini, mi veniva affidata la costituzione della Casa della carità a Milano, ricordo benissimo di avere raccolto la sfida anche pensando alla concretezza di una deistituzionalizzazione che continuamente va riscoperta e resa attuale, perché ogni epoca ha i suoi muri da abbattere.

L'amico Benedetto Saraceno, allora direttore per l'OMS del Dipartimento di salute mentale, con la consueta schiettezza non mancò di chiedermi: con le mura che contengono 140 posti letto, chi ti garantisce che non farai un nuovo manicomio? La domanda non mi lasciò indifferente, anzi è stata una carica in più per rivisitare che cosa significava ancora deistituzionalizzare. Nemmeno oggi smetto di chiedermelo.

### **Niente obblighi, molti scambi**

Fortunatamente i primi ospiti della Casa sono stati pionieri di un'esperienza nuova, ma anche involontariamente maestri. A me e alla prima équipe di lavoro hanno insegnato cose inedite che derivavano da tanta vita vissuta, da sofferenze scavate fino al fondo della coscienza, da vicende esistenziali per me inimmaginabili eppure incredibilmente capaci di illuminare la vita di tutti, non solo dei più fragili.

Ho capito subito, grazie a loro, che i muri della Casa sarebbero stati permeabili e plastici se avessero consentito flussi in entrata e in uscita, niente obblighi ma molti scambi, in una contaminazione reciproca che chiama in causa la libertà.

Personе vulnerabili trovano ristoro e altri cittadini abitano la Casa per riscoprire che *anche nei momenti più difficili nulla è perduto*.

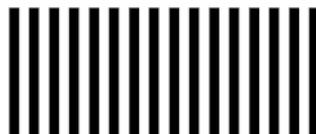
Dall'altra parte, scopro invece che il contesto aperto per eccellenza, la strada, poteva diventare tremenda abitazione dai muri spessi e talvolta invalicabili. Scopro *la strada, le baraccopoli, i ghetti urbani come vere nuove istituzioni totali*, che la logica della 180 doveva continuamente scardinare. Sentivo forte il richiamo a superare quella che viene definita l'«economia dello scarto», avvertivo la necessità di fronteggiare la paura che fa rinchiudere in se stessi e questo mi faceva sentire ancora viva la spinta basagliana e la forza di rilanciarla anche su un piano culturale, mettendo in moto una visione di comunità sociale, di protagonismo partecipativo, di cittadinanza inclusiva e solidale.

**Quando entrai  
in Casa della  
carità, l'amico  
Benedetto  
Saraceno, con  
la consueta  
schiettezza,  
mi chiese:  
chi ti garantisce  
che non farai  
un nuovo  
manicomio?**

### **Ci sono servizi che sono istituzioni**

Questo è il *nucleo etico e ideale* della cultura della legge 180 che ancora oggi deve uscire dal cerchio degli addetti e degli specialisti, dai ruoli che definiscono e sanciscono potere, dalle istituzioni chiuse e burocratizzate che codificano la cronicità della malattia, per rilanciare invece una comunità di cura, i nuovi corpi intermedi, la forza dell'associazionismo, la presenza di servizi più aperti e inclusivi sul territorio.

Ho capito che i servizi istituzionalizzati sono *quelli che costringono i cittadini ad adattare il loro problema ad essi*, anziché permettere che avvenga il contrario.



Vedevo persone vagare per i servizi cittadini e sempre sentirsi dire che non erano abbastanza adatti per quel luogo, per quel sussidio, per quella retta, per i termini di quel progetto, di quella convenzione, di quel bando.

Lungi da me voler demonizzare le tante forme di organizzazione e di gestione della spesa pubblica che oggi si impongono, ma la logica istituzionalizzante a cui mi riferisco è la mediocrità del burocrate senza cuore, di un servizio di tutela e cura fine a se stesso, che controlla il territorio attraverso la produzione di risposte non pensate e individualizzate, ma solo di natura contenitiva e ripetitiva.

In questa logica rischia ora di adattarsi anche un terzo settore che diventa sempre più autoreferenziale e legato a questioni economiche di sopravvivenza.

### **Ora e sempre, deistituzionalizzare**

E invece *deistituzionalizzare vuol dire sconfinare* volentieri tra le competenze, superando i narcisismi della lesa maestà professionale. Vuol dire *collaborare da postazioni diverse per un fine comune*, vuol dire che la persona, messa al centro, aiuta a riorganizzare un sistema in modo sempre nuovo e fluido, più economico e sostenibile, più utile e creativo.

L'istituzione totale – che oggi si esprime con le sue forme rigide e disumanizzanti nelle logiche repressive del carcere, nei luoghi dell'accoglienza temporanea per i migranti, negli assurdi agglomerati urbani di stranieri poveri e in attesa di permesso di soggiorno, nei complessi condominiali abbandonati e popolati da

criminalità e disagio – è crudele e noiosa, rigida e parcellizzante. Illude che il disagio non c'è perché lo nasconde, ma nella realtà impedisce all'umanità di essere più meticciosa, dialogica, pronta all'incontro con la novità e quindi più capace di reggere la complessità.

Oggi deistituzionalizzare è credere nella comunità protagonista e nella forza di rappresentanza che alcuni nella comunità esprimono a nome di tutti. Una politica che parte dal basso costruisce logiche d'azione intelligenti. Dalla comunità

che abbatte i muri e libera le coscienze si impara a costruire nuove risposte a nuovi bisogni.

Mi permetto di accostare al pensiero di Franco Basaglia le intuizioni di Alexander Langer ispirate al moto «più lento, più profondo, più dolce» che contrasta fortemente l'attuale globalizzazione del pensiero neoliberista, dell'individualismo esasperato che impoverisce la solidarietà rendendo la prigioniera degli interessi dei singoli, della logica dell'emergenza, come avviene ad esempio con il fenomeno migratorio.

### **Il realismo tenero dei volti e delle storie**

Ha scritto Zygmunt Bauman in *Vite di scarto* (Laterza, 2003):

“La modernizzazione è la più prolifica e meno controllata linea di produzione di rifiuti e di esseri umani di scarto. La sua diffusione globale ha sprigionato e messo in moto quantità enormi di persone private dei loro modi e mezzi di sopravvivenza. I reietti, i rifugiati, gli sfollati, i richiedenti asilo sono rifiuti della globalizzazione. ”

A questo proposito in Casa della carità

**L'istituzione oggi è la mediocrità del burocrate senza cuore, è il servizio che tutela se stesso, sono i processi di lavoro contenitivi e ripetitivi.**

abbiamo coniato, come input di pensiero e di lavoro, lo slogan «deistituzionalizzare l'emergenza», intendendo la necessità di *ripartire proprio dalle storie di fragilità, di sofferenza, di domande di cura* per ridare una soggettività e per poter ricostruire spazi di comunità vitali, arricchiti sia da politiche sociali ed educative illuminate, sia dall'arte, dalla bellezza, dalla musica.

Parlare di salute mentale vuole dire riscoprire un senso a questo stare nel mezzo, insistendo sulla convinzione della dignità di ogni persona, che necessita di relazioni vere, che chiede di sostare con lei, confrontarsi, dialogare.

La Casa della carità mi restituisce così non tanto le nozioni statistiche su povertà, salute mentale o immigrazione, ma ancor più il realismo tenero dei volti e delle storie della gente. Quello per cui a un certo punto non conta più se l'altro è musulmano, cattolico, italiano senza dimora o straniero che ha attraversato il Mediterraneo dalla Libia: è un essere umano che partecipa di quella intercon-

nessione profetica di tutto ciò che vive nel mondo e di cui ci parla Papa Francesco nell'enciclica *Laudato si'*. I flussi migratori, i cambiamenti climatici, gli spostamenti economici, gli usi e i costumi dei popoli nelle diverse parti del mondo si richiamano e si completano reciprocamente.

### Oltre i muri del pregiudizio

Con questo testo sorprendente, così come fece Basaglia nel 1978, ci viene offerta una visione dell'essere umano e del mondo che abbatte ogni muro del pregiudizio, della mortificazione dei diritti e dell'ignoranza, che sono i tre grandi nemici del benessere e della pace.

Davvero mi colpisce quale forte nesso ci sia tra parole così profonde e profetiche e la precisione dei 21 obiettivi posti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che riguardano solidarietà, giustizia sociale ed economica, equità, investimento in salute, ricerca dei determinanti sociali per la promozione del benessere umano.

---

## diritti sociali

---

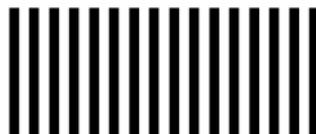
### 2

## IL NODO IRRISOLTO RESTANO I DIRITTI SOCIALI

**Franco Prina**

Poche normative possono essere considerate più emblematiche dei tratti che ca-

ratterizzano, in Italia, i processi di riforma di settori specifici del sistema istituzionale di quella che tutti conoscono come «legge 180». Tratti che si possono sintetizzare in questo modo: grande (a volte straordinaria) capacità di innovazione; grande (a volte straordinaria) difficoltà di implementazione. Con effetti che illustrano in modo chiaro uno dei cardini della riflessione sociologico-giuridica sul rapporto tra diritto e società, ovvero lo scarto tra «di-



ritto sulla carta» e «diritto in azione», tra «diritti enunciati» e «diritti effettivamente garantiti».

### **L'insostenibile disagio degli operatori dell'epoca**

La vicenda dell'approvazione della legge che sanciva il superamento dell'istituzione psichiatrica tradizionalmente deputata a gestire e contenere la malattia mentale è forse il più chiaro esempio di come, in determinate circostanze, il nostro legislatore abbia la capacità di produrre

della legge «più avanzata al mondo».

Naturalmente ciò fu possibile anche per una delle caratteristiche essenziali del movimento di alternativa psichiatrica che condusse la battaglia per il cambiamento normativo: il suo essere *espressione di prassi concrete condotte dagli operatori direttamente impegnati sul terreno della gestione istituzionale*. La pretesa di un profondo mutamento normativo non avrebbe potuto essere sostenuta, con strumenti adeguati, se non da quelle componenti della psichiatria che, gestendo con crescente disagio

# centralità dei

normative che coraggiosamente indicano la strada dell'innovazione istituzionale e dell'affermazione dei diritti.

Certo le *circostanze* furono particolarmente favorevoli al prodursi del cambiamento: una particolare configurazione dei rapporti tra governo e parlamento, forze politiche ancora animate da riferimenti ideali, disponibilità all'ascolto dei saperi esperti, forza dei sindacati e dei movimenti. Cui dobbiamo aggiungere l'assenza di qualsiasi processo di modernizzazione delle strutture e delle prassi da parte della psichiatria «ufficiale», come invece avvenne in altri Paesi. Molti hanno infatti osservato che fu proprio la pesante arretratezza della realtà manicomiale, oggetto di fondate, gravissime denunce, a rendere più cogente in Italia la radicale messa in discussione dell'istituzione (considerata irrimediabile) e a consentire a un Paese tra i più arretrati di pervenire all'elaborazione

il proprio ruolo, cominciarono a porre in discussione proprio la delega tecnica per tanto tempo rivendicata dalla psichiatria ufficiale e così generosamente concessa dal sistema politico.

### **Restituiti i diritti civili, ma quelli sociali?**

Ma la vicenda della legge 180 del 1978 è anche esempio molto chiaro della tendenza all'accoglimento delle istanze di cambiamento prevalentemente sul piano formale.

Non accoglierle – per il particolare clima del periodo, per la forza e la visibilità della denuncia avanzata, per le connotazioni emotive correlate – sarebbe risultato estremamente «costoso» in termini di immagine e di equilibrio interno per il sistema politico. Al tempo stesso la non centralità della questione per il sistema di interessi dominante non poteva che con-

durre ad esiti prevalentemente formalistici, a una *forte enunciazione di principio* (la chiusura dei manicomi e l'affidamento alle comunità locali dell'accoglienza del disagio psichico) *non sostanziata da adeguati strumenti*, tali da rendere operativo il mutamento normativamente auspicato.

Per questo la decisione assunta risultò fortemente connotata da astrattezza e carente sul piano delle condizioni di praticabilità, con un *sostanziale spostamento* della responsabilità decisionale e della determinazione delle politiche concreta-

E proprio su questo possiamo dire che si sono manifestate le maggiori difficoltà, a tutti i livelli, anche quello del supporto dell'opinione pubblica.

### **Vent'anni per chiudere davvero i manicomi**

Fino a quando infatti il movimento di rinnovamento della psichiatria si è mosso, in nome di diritti civili universali, nella direzione del riscatto dei malati di mente dalla inumana condizione di segregazione manicomiale, il consenso è stato piuttosto

# diritti sociali

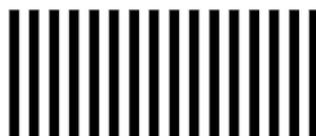
mente attuabili a livello delle pubbliche amministrazioni decentrate, quelle che di fatto avevano le responsabilità in materia di diritti sociali.

Perché *sul piano dei diritti sociali si poneva e si pone ancora oggi il nodo essenziale della questione*. La storia degli anni successivi ha mostrato con tutta evidenza quanto molti di coloro che ne erano stati protagonisti (in primo luogo lo stesso Basaglia) avevano ben chiaro: che la battaglia giocata in prima istanza (necessariamente) sull'affermazione dei diritti civili rischiava di essere limitata se non si fosse posto il problema della centralità dei diritti sociali, ovvero della messa a disposizione di chi viveva una così dura condizione di svantaggio, di servizi e risorse sociali, economiche, relazionali differenziate, adeguate ai bisogni, in grado di promuovere processi di autonomia individuale e di inclusione sociale.

ampio, nonostante la denuncia si inserisse in un «discorso» connotato da elevata conflittualità con il sistema dominante.

Ben diversa la situazione una volta sancito, almeno in via teorica, il principio del riconoscimento dei diritti fondamentali delle persone, indipendentemente dalla loro condizione di disagio. A questo punto la radicalità dei bisogni esistenti e soprattutto la visibilità – una volta cadute le mura del manicomio che occultavano i problemi – della condizione dei malati di mente, ha fatto emergere la «politicità» vera delle questioni poste. E questo poiché la messa in campo delle risorse economiche, organizzative, sociali che garantiscono la fruibilità dei diritti non può essere che espressione di convinte scelte politiche.

Non stupisce che il consenso raggiunto con la denuncia venga progressivamente meno: un'accoglienza sostanziale di quella



articolata «grammatica dei diritti» impone scelte non neutre e rimette in discussione alcune condizioni di fondo del sistema sociale. Quelle che producono incessantemente disagio e marginalità. E che interpellano anche le persone comuni che sperimentano nella loro quotidianità la vicinanza delle persone che li vivono.

Da qui le *molte resistenze* che hanno a lungo ostacolato la principale delle innovazioni (il superamento dei manicomi, effettivamente chiusi, nella loro totalità, il 1° gennaio 1999, quasi vent'anni dopo l'approvazione della legge 180!) per poi fare emergere – nonostante i molti operatori convinti della bontà della riforma e impegnati a fondo nella sua attuazione – limiti e difficoltà nella realizzazione, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, dei servizi alternativi previsti e dei processi di integrazione sociale necessari.

### **La stagione delle riforme ha prodotto un diritto fragile**

La vicenda va al di là dello specifico psichiatrico, poiché è simile a quella che ha investito un po' tutte le leggi di riforma che hanno sancito la considerazione dei bisogni di individui e categorie in termini di diritti sociali sostanziali, attribuendo all'apparato pubblico, tra l'altro, precise responsabilità di sostegno agli individui più deboli, marginali, svantaggiati.

A distanza di anni possiamo dire che la «stagione delle riforme» ha prodotto un diritto formalmente garantista, ma nella sostanza fragile e sottoposto al fluttuare delle concrete contingenze perché affida-

to, da un lato, alle disponibilità economiche complessive, via via decrescenti, del sistema Italia e, dall'altro, alle volontà e alle scelte degli attori del processo di implementazione (regioni, amministrazioni locali, aziende sanitarie, apparati burocratici nazionali e decentrati, sistema della sussidiarietà), così differenziati in quanto portatori di interessi, valori, competenze molto diversi.

E se da sempre è nota la «fragilità» dei diritti sociali (dipendenti dalle scelte e dalle risorse messe in campo per garantirli), essa appare progressivamente sempre più accentuata, in una stagione – quella degli anni più

recenti – nella quale è l'intero sistema di welfare a essere investito da una crisi che è insieme finanziaria, culturale e politica.

Per questo, se si tenta un bilancio di questi 40 anni, emerge un panorama in cui *le ombre sono più delle luci* che pure non mancano.

Ombre rappresentate dalle difficoltà in cui versano tutte le politiche di welfare e i servizi relativi, che hanno ridotto progressivamente i margini di investimento – cruciali per un settore come la salute mentale – nei servizi territoriali, nella promozione dell'integrazione tra sociale e sanitario, nella prevenzione, nel sostegno ai caregiver. Accentuando peraltro le forti differenze che connotano, a livello locale, le culture politiche e, di conseguenza, orientano investimenti e organizzazione dei servizi.

Ma ombre costituite anche dalle forti difficoltà che hanno investito, sul piano dell'identità e del riconoscimento, la comunità professionale, con una sorta di

**A distanza di anni possiamo dire che la stagione delle riforme ha prodotto un diritto fragile perché sottoposto alle disponibilità economiche e alle scelte politiche.**

smarrimento della spinta ideale che ha prodotto un così importante cambiamento. Non solo o non tanto per il venir meno del «movimento» nelle sue forme organizzative, ma per la perdita di capacità di mantenere viva, rinnovandola, la sua cultura di fondo. Così da lasciare spazio alla svalutazione dell'approccio complessivo (socio-politico) alla malattia mentale, all'esaltazione spesso acritica delle «conquiste» delle neuroscienze, ai modelli psicodinamici e alla strutturazione di luoghi (anche alcune «comunità») che sono, nei fatti, rinnovate istituzioni di segregazione. Per non parlare della resa all'uso massiccio di psicofarmaci che rappresenta il trionfo di una forma moderna di controllo e contenimento, all'insegna di una rinnovata prospettiva organicista.

### **Qualcosa è rimasto nella coscienza collettiva**

Nonostante ciò, non mancano le luci. Esse sono rappresentate dal lavoro quotidiano di moltissimi operatori, associazioni e cooperative, anche se spesso poco riconosciuti, ostacolati o privati dei mezzi per operare al meglio. E insieme, dalle storie di tante persone in difficoltà che fruiscono del patrimonio di conoscenze e di esperienze accumulato in questi anni, riuscendo a trovare strade di minore sofferenza e di maggiore inclusione. A testimonianza che molte delle acquisizioni del movimento nato negli anni '70 hanno contribuito a modificare, almeno in parte, atteggiamenti collettivi e individuali di rifiuto e pregiudizio nei confronti di chi è portatore di una sofferenza psichica.

---

## sperimentare

---

### 3

## **L'EREDITÀ È L'APPROCCIO SPERIMENTALE**

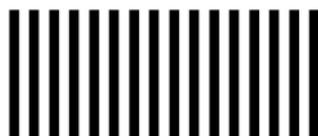
**Giuseppe Saccotelli**

I quarant'anni della legge 180 possono essere l'occasione per staccare un po' lo sguardo dall'operatività quotidiana e vedere il cammino percorso nel campo dell'assistenza psichiatrica e della salute mentale.

### **Una riforma che è cambiata insieme ai tempi**

La riforma psichiatrica, che è stata un aspetto molto importante del nostro sistema di welfare costruito alla fine degli anni '70, per certi versi ha rappresentato un processo di *modernizzazione* in un settore nel quale il nostro Paese era particolarmente arretrato e per altri versi è stata una *rottura del paradigma medico-psichiatrico* e la messa in discussione di un sapere debole caratterizzato spesso da pratiche oppressive.

Nonostante l'emanazione di leggi che avevano la finalità di standardizzare e



omogeneizzare i Servizi, la loro organizzazione è stata *disomogenea* sul territorio italiano a causa di fattori di ordine storico, politico-amministrativo e tecnico-professionale, incontrando le difficoltà che tutte le riforme incontrano in Italia.

Le esperienze più innovative, che hanno promosso l'ascolto e le potenzialità dei pazienti da un lato e la forza inclusiva e integrativa dei territori dall'altra, sono state possibili laddove c'è stata la condivisione di tutti gli attori in campo, ma non si sono diffuse su tutto il territorio nazionale.

La nuova psichiatria ha poi dovuto fare i conti con le *trasformazioni*, profonde e imprevedibili nel '78, in atto nella società e nella sanità italiana.

In questi 40 anni, le *professioni* operanti in psichiatria e nella salute mentale, al pari di tutte le altre, si sono *più formalizzate*. L'ingresso della *psichiatria nella sanità* le ha fatto condividere tutte le vicende di ogni altro servizio sanitario, dall'aziendalizzazione alla standardizzazione dei processi di cura.

Perciò l'attività dei Servizi psichiatrici spesso viene rappresentata in termini di deriva farmacologica, di assenza di relazione umana, di oggettivazione del paziente.

### **Che ne è di quell'umanesimo?**

La cura oggi viene effettuata da *équipe multidisciplinari* (anche se le professioni più rappresentate sono quelle medico-infermieristiche) che garantiscono livelli di

competenza professionale ed etica incomparabili con quelli degli ospedali psichiatrici del 1978.

Per altro verso, coerentemente con la formalizzazione delle relazioni sociali, nei servizi i professionisti tendono a mettere *confini* più netti tra sé e l'organizzazione per tutelare se stessi e i propri interessi.

L'umanesimo che era alla base della filosofia della riforma psichiatrica ne ha fortemente risentito. Molti *rapporti* che in passato erano basati sulla fiducia, oggi sono pienamente *contrattuali*. Da ciò standard, linee guida, protocolli terapeutici, ma anche meno paternalismo, meno potenziali abusi, meno discrezionalità.

È un dato di fatto che negli ultimi decenni il *capitale sociale* si sia *impoverito* e che le reti di sostegno informale abbiano perso buona parte delle risorse sociali che detenevano.

Il disagio psichico nel nostro Paese è in aumento e parallelamente si registra un progressivo indebolimento delle risorse a disposizione.

L'assistenza alla fetta di utenza più complessa (per lo più le condizioni psicotiche) assorbe la gran parte delle risorse dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm), lasciando insoddisfatta la richiesta di cure da parte della restante, larga parte di utenza quali i pazienti con disturbi ansiosi e depressivi, con Dca, affetti da disturbi mentali in comorbilità con disturbi di personalità e/o da disturbi da uso di sostanze, autori di reato, provenienti dalla neuropsichiatria infantile, anziani con demenze e disturbi psicotici, migranti, homeless.

**Le esperienze più innovative hanno promosso l'ascolto e le potenzialità dei pazienti da un lato e la forza inclusiva dei territori dall'altro.**

Il passaggio dell'assistenza psichiatrica nelle carceri al Ssn e la abolizione definitiva degli Opg, con la correlata creazione delle Rems, hanno aperto un nuovo fronte di impegno per i servizi psichiatrici e ha rafforzato il «mandato di protezione sociale».

### **Il rischio che avanzino psichiatrie difensive**

In questo nuovo scenario i problemi aperti sono molteplici, tra i quali l'accresciuta responsabilità professionale gravante sullo psichiatra in relazione alla «posizione di garanzia», cioè all'obbligo di cura; la complessità e specificità delle cure da devolvere dentro le carceri ai pazienti autori di reato; la maggiore delega ai servizi di salute mentale della valutazione e del controllo della cosiddetta «pericolosità sociale psichiatrica» in persone autrici di reato affette da problemi di salute mentale affidate ai servizi con misure di sicurezza «alternative».

La scarsità delle risorse a fronte dell'aumento della domanda rischia di indurre interventi sbrigativi e prevalentemente farmacologici, come pure il mandato di una maggiore responsabilità verso i pazienti autori di reato può indurre i comportamenti di autotutela medico-legale e di esclusione dei pazienti.

Anche l'adozione di protocolli e linee guida terapeutiche non deve sostituire la *discussione in équipe* del singolo caso e la relazione col paziente.

Basaglia ci ha insegnato il metodo laboratoriale della *ricerca azione*, ossia che idee e azioni non possono essere disgiunte, che

l'apprendimento deriva dall'esperienza, e l'esperienza a sua volta viene interrogata dal pensiero. Egli ha rifiutato modelli teorici e operativi definitivi perché riteneva che dietro al fare deve esserci un pensiero dialettico che di continuo si verifica e si aggiusta in un nuovo fare. La provvisorietà del modello ci aiuta a *non istituzionalizzare le nostre pratiche e il nostro pensiero*.

Questo significa fare i conti con lo «spirito del tempo» in cui ci tocca vivere, conoscere gli spazi di autonomia a volte risicati in cui operiamo, ma a partire da questi limiti operare i cambiamenti possibili.

### **Meno ambulatori, più laboratori**

L'interrogativo è capire qual è il massimo grado di inclusione, rispetto dei diritti, salute mentale, principi alla base della deistituzionalizzazione degli anni '70, che possiamo permetterci in questo contesto dato, sapendo che non si può operare da soli e che i veri cambiamenti sono quelli che si producono nelle reti di scambi tra diversi soggetti sociali, connettendo mondi e linguaggi diversi.

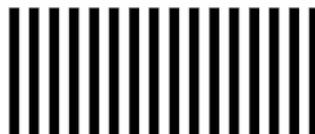
Occorre uno sforzo per assumere la cultura della *formazione continua* e della *supervisione*.

Di fronte alle tante richieste di aiuto indirizzate ai DSM, è necessario superare l'idea del «dare tutto a tutti» e concentrarsi su

obiettivi precisi e perseguibili.

I Servizi territoriali devono sforzarsi di superare la mera logica ambulatoriale per incamminarsi verso una *logica di laboratorio*, sperimentando nuove pratiche e riflettendo sull'esperienza.

**Basaglia  
ci ha insegnato  
il metodo laboratoriale  
della ricerca azione,  
ossia che idee e azioni  
non possono mai  
essere disgiunte.**



Il tema della salute mentale deve rientrare nell'*agenda politica* per potenziare gli investimenti e per garantire su tutto il territorio nazionale il diritto alla cura e all'inclusione sociale.

Occorre sperimentare trattamenti integrati sociosanitari territoriali e domiciliari, superando la logica dei lunghi trat-

tamenti in strutture residenziali chiuse al territorio.

Se è vero che le passioni sono come i venti, allora è necessario andare contro il vento, navigando a zig-zag di bolina. Nel nostro lavoro come nella vela, la cosa peggiore è la bonaccia, l'assenza di vento, l'assenza di passioni.

## la cura nella comunità

### 4

## LA NOSTRA CASA È LA PSICHIATRIA DI COMUNITÀ

**Francesco Scotti**

Quest'anno pensavo di averla scampata e così interrompere la serie degli articoli sulla 180 che ho dovuto scrivere ad ogni scadenza di decennio.

Nel maggio 1978, pochi giorni dopo la pubblicazione della 180, mi trovavo a Sondrio per un incontro presso l'ospedale psichiatrico. In quell'occasione percepii meraviglia e ansia e la domanda dominante era: adesso che cosa succederà? E allora a parlare bene della legge per riscaldare i tiepidi e contrastare i freddi. Poi ogni dieci anni una celebrazione, sempre con la necessità di parlare bene della legge che veniva attaccata da tutte le parti.

Quante volte il brando (pardon: la penna) io presi per salvare il suo onore!

Sottolineando ogni volta il passo enorme che le forme del diritto avevano subito nella direzione indicata dalla Costituzione e che la pratica non avrebbe mancato, sotto la spinta della legge, di modificarsi radicalmente.

### **Una legge che volò al di sotto delle aspettative**

La 180 ha cancellato la legge sugli alienati e i manicomi del 1904 e questo è il suo merito maggiore: ha restituito alle persone la possibilità di veder rispettati i loro diritti naturali. Con questi elogi cercavamo anche di dimenticare che, per molti di noi, la nuova legge aveva volato più basso delle aspettative, essendosi dimenticata di risolvere due problemi centrali: il superamento del ricovero coatto che nella forma del Trattamento sanitario obbligatorio somigliava un po' troppo a quello della legge del 1904 e, soprattutto, la questione degli ospedali psichiatrici giudiziari.

La legge 180 aveva rotto il granitico sistema manicomiale e bisogna riconoscere che la rottura era l'unico modo di mandare

in soffitta un regime assistenziale indegno di un Paese civile e che aveva dimostrato di essere senza possibilità di cambiamento. I critici della legge non sanno, non ricordano o non vogliono ricordare lo stato pietoso della psichiatria negli anni '60-'70.

Ma per fortuna si è di molto ridotta la schiera di coloro che attribuiscono a una cattiva legge le difficoltà dell'attuale psichiatria italiana. Queste difficoltà ci sono e non è il caso di sottovalutarle: si lamenta una incapacità di far fronte, con omogeneità su tutto il territorio nazionale, alle crescenti richieste, di rispondere ai nuovi bisogni e alle nuove sofferenze, di affrontare in tempi ragionevoli le urgenze e di svolgere, per quanto è possibile, un'azione preventiva.

### **Perché il cancro vale più della salute mentale?**

Altre analisi sono state portate avanti con la speranza che, individuate le cause, sia più facile indicare i rimedi. Tra le cause del mancato sviluppo e addirittura della regressione del sistema psichiatrico è stata indicata la riduzione delle risorse finanziarie e professionali disponibili, e comunque il loro mancato adeguamento ai compiti attribuiti ai servizi.

Recentemente Maurizio Bonati (in «Ricerca & Pratica», nr. 34, 2018) ha scritto che se l'impoverimento di risorse e la disattenzione riservate alla salute mentale fossero capitate all'oncologia sarebbe scoppiato uno scandalo. Perché il cancro vale di più della salute mentale? Si potrebbe azzardare l'ipotesi (ma già vedo spuntare l'accusa di ideologismo) che i cancerosi

sono rappresentanti della società dei normali mentre chi ha disturbi psichici ha già perso una parte dei propri diritti.

Non dobbiamo inoltre dimenticare che abbiamo a che fare con una psichiatria che arretra in una medicina pubblica che si impoverisce e che una psichiatria di comunità, l'unica che ha una qualche efficacia, non può essere sostituita da una psichiatria privatistica.

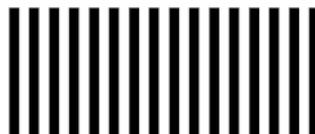
Tra le cause dell'impoverimento professionale della psichiatria è stato giustamente segnalato il predominio di trattamenti limitati alla sola prescrizione di psicofarmaci. Ma per mettere in crisi l'impostazione di questa nuovissima psichiatria non basta segnalarne l'illegittimità.

Temo serva a poco porsi la domanda se la psichiatria sia una scienza o una pseudoscienza, fondata su concetti approssimati e spesso frutto di falsificazioni. La psichiatria, come tutta la medicina incardinata nel suffisso *iatría*, è una pratica e va giudicata essenzialmente sulla sua efficacia, anche se dietro di essa ci sono scienze, e ci sono teorie, come anche ci sono filosofie e visioni del mondo.

Se la sua funzione fondamentale è la cura dovremmo ricordarci che non può essere ridotta ai suoi strumenti e che, quindi, parlare di questi non esaurisce il discorso: gli strumenti di cura non sono la cura. Per usare una facile analogia il martello, la sega, i chiodi e quant'altro non sono la falegnameria, che è l'arte di costruire oggetti di legno con gli strumenti disponibili.

Qui arte sta a indicare il lavoro dell'artigiano, non dell'artista. Così la diagnostica, la psicofarmacologia, la riabilitazione, la

**La psichiatria di comunità, l'unica che ha una qualche efficacia, non può essere sostituita da una psichiatria privatistica.**



psicoterapia e quant'altro sono gli *strumenti al servizio di un progetto e di uno scopo*.

### **Dilaga una psichiatria insensibile all'anima**

Ma se mi è lecito indicare con una immagine la deriva incontenibile della nuovissima psichiatria verso il fallimento è il suo essere una psichiatria senz'anima: si sta sviluppando una insensibilità alla dimensione psichica dell'intervento, alla relazione personale.

Eppure *mai come oggi si sa cosa fa bene e cosa fa male*, mai come oggi ci sono ricerche affidabili, documenti ben fatti che danno indicazioni facilmente traducibili in pratiche. Si può rispondere alle domande: quali politiche per la salute mentale? quali politiche per la prevenzione? Ma ci sarà qualcuno disposto ad ascoltare le risposte?

Se poi vogliamo dirla tutta non può esistere una buona politica psichiatrica in assenza di una buona politica. Temo che gli psichiatri da soli poco possano fare per rendere praticabile una politica di salute mentale adeguata ai bisogni delle persone, se la politica non esce dallo stallo in cui si trova. Credo ancor meno che gli psichiatri possano, attraverso la loro pratica, fare le lotte necessarie per cambiamenti adeguati. Non credo alla funzione vicaria di certe categorie di intellettuali e appartiene al mito l'idea che gli psichiatri possano salvare la società.

Ho scoperto che a una certa età si diventa pessimisti, ma si diventa anche tolleranti. Ci si aspetta che tutto quello che si è costruito o - più semplicemente - in cui si è creduto, sarà abbandonato e dimentica-

to; che quindi questo sia il destino di una *psichiatria di comunità* che coinvolga realmente la comunità e non solo i malati; che non ci sarà spazio per un esercizio della psicoterapia per le persone psichicamente più disastrose e meno contrattuali (come bambini, psicotici, migranti); che non ci sarà più una classe politica interessata a progetti di salute mentale (ma è già da un po' di tempo che qualcuno ha detto: la politica non abita più qui).

In questa visione il problema è *come far sopravvivere*, in un periodo di passaggio, forse di lunga durata, *un metodo di lavoro nella psichiatria che siamo convinti funzioni*; come in esso scegliere gli elementi irrinunciabili, in attesa che la politica si converta e renda possibile una nuova rivoluzione psichiatrica; come concentrarsi su ciò che non

può essere abbandonato, lavorando perché sopravviva in attesa che nuove maree rendano navigabile questo fiume.

**Il problema oggi è come far sopravvivere un metodo di lavoro che siamo convinti funzioni, in attesa di una nuova rivoluzione psichiatrica.**

### **Salviamo l'irrinunciabile**

Irrinunciabile è continuare, o riprendere, a pensare su ciò che viene fatto, pensare insieme, coinvolgere i destinatari del nostro lavoro, pazienti e altri utenti, in questo pensiero. Un nuovo idealismo, un rinchiudersi nuovamente nella cittadella del pensiero?

Per evitare questo sospetto è bene precisare quale sia il fondamento epistemologico delle idee irrinunciabili e quindi sganciarle dalle pure preferenze personali, dalla soggettività anche di quelli che «hanno fatto la resistenza» e non riescono a liberarsi della correlata mitologia. Si

tratta di *vincoli* individuati nel corso di una riflessione sulla recente storia dell'innovazione psichiatrica.

Il *primo vincolo* è che nessuno psichiatra può scegliere arbitrariamente l'ambito specifico del proprio intervento, senza che in esso la sua pratica sia influenzata da quello che accade nell'intero ambito, senza cioè doversi confrontare anche con il mandato sociale e con la organizzazione complessiva delle cure. Intendo dire che non può isolarsi veramente, che non può far finta di essere del tutto indipendente e autonomo, né illudersi di essere innocente rispetto alle pratiche dominanti.

Detto in termini più generali, non è possibile non essere condizionati dalla pratica psichiatrica dominante. Detto in forma più drammatica, nel sistema di cure psichiatriche dominato dal manicomio, non c'era nessuno psichiatra la cui pratica non fosse in qualche modo manicomiale, anche se non aveva mai fatto un ricovero in ospedale psichiatrico e la sua pratica privata lo teneva lontano dalle classi sociali più facilmente a rischio di manicomializzazione.

Il *secondo vincolo* è che ogni paziente, nel rapporto con lo psichiatra, è condizionato non solo dal suo bisogno, ma anche dalle regole che definiscono il suo ruolo di paziente rispetto a un terapeuta. E questo è influenzato dalla organizzazione complessiva dei servizi, oltre che dalle leggi esistenti e dal vissuto dominante sulle funzioni dell'apparato psichiatrico.

### **Servono piccole équipe clandestine**

La fantasia che io faccio per rendere operativo questo impegno a salvare l'irrinunciabile (ma si tratta solo di una fantasia) è che si costituiscano, nei servizi pub-

blici, utilizzando i margini di autonomia ancora disponibili agli operatori, piccole équipe clandestine in grado di garantire qualità e continuità della cura a un numero limitato di pazienti.

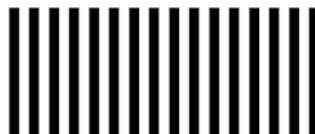
La fantasia continua con l'idea che, in queste cornici, sia possibile *esercitare una psichiatria della comprensione e utilizzare gli strumenti della cura, anche le tecniche psicofarmacologiche, in questa stessa chiave*: nessun intervento deve essere fatto che riduca la comprensione che lo psichiatra ha del paziente e quella che il paziente ha di se stesso e del funzionamento della cura. Nella misura in cui il fantasticare aumenta la speranza, fantasticarei il reclutamento dei pazienti, che sono entrati in questo programma, per la difesa, di fronte all'opinione pubblica, di una simile psichiatria.

L'altra esigenza che vorrei affermare è quella di *non criminalizzare gli psichiatri*: io credo che la deriva psicofarmacologica, che tanto è stata stigmatizzata, vada attribuita a un bisogno di difesa dai pericoli della cura, che non sono attualmente affrontabili in altri modi più razionali. Il lavoro di cura – secondo una bella espressione di Freud – è un «lavoro impossibile»; solo attuando strategie particolari e sofisticate può essere messo in atto senza pericoli, né per il paziente, né per il terapeuta.

Da questo punto di vista la riduzione della cura all'uso di farmaci rappresenta una via di fuga per il terapeuta e ne limita la responsabilità.

### **Perché troppa cura si riduce ai farmaci?**

Se vogliamo capire e non criminalizzare, merita soffermarci sui vantaggi che per il terapeuta comporta una psichiatria farmacologica.



Innanzitutto si tratta di prescrizione, il che non richiede una presa in carico del paziente che sarebbe necessaria per garantire l'assunzione dei farmaci: è noto che la maggior parte dei pazienti modifica a proprio arbitrio la prescrizione.

Inoltre permette una standardizzazione del trattamento. La possibilità di seguire linee guida ufficiali difende lo psichiatra da critiche spesso ingiustificate. In una cura complessa, invece, molti interventi scaturiscono dalle contingenze e dalle urgenze e sono difficilmente catalogabili a priori.

Un altro vantaggio è una riduzione del tempo di esposizione alle lamentele del paziente e, grazie all'incasellamento di ogni espressione del paziente in un sistema di sintomi, lo psichiatra potrà neutralizzare la percezione della sofferenza.

Infine si avrà il superamento della necessità di comprendere, che sempre richiede un coinvolgimento personale, con la vittoria dello spiegare in termini di circuiti cerebrali e neurotrasmettitori.

È vero che le scuole di specializzazione insegnano solo a prescrivere farmaci. Ma per capire quale sia attualmente la formazione del terapeuta è più importante individuare quello che non insegnano: non insegnano a fare una valutazione del paziente nella situazione in cui vive, non insegnano ad accoglierlo, ad ascoltarlo e

a stabilire con lui un'alleanza.

È vero poi che nella realtà organizzativa dei servizi manca la possibilità di lavorare in gruppo, il che renderebbe più agevole affrontare situazioni difficili e condividere la responsabilità.

### **Il modello bio-medico non sarà mai casa nostra**

Per me è scandaloso, ma potrebbe anche essere considerato il lato eroico della questione e quindi un segnale di buona speranza, che operatori di servizi pubblici sempre più spesso si paghino la supervisione dei propri casi. Ciò evidenzia che una buona pratica non è stata ancora del tutto abbandonata anche se deve essere realizzata clandestinamente.

Questa potrebbe essere una delle poche prove che il modello bio-medico di psichiatria, che taglia fuori gran parte della realtà della salute e della malattia, non è ancora universalmente accettato. Anche se sicuramente dominante, con un meccanismo che in altri tempi si sarebbe chiamato di falsa coscienza.

A difesa degli psichiatri va detto dunque che il modello bio-medico è anche la trincea in cui si sono ritirati molti che hanno visto frustrate le proprie inclinazioni per una psichiatria di comunità. L'errore che essi commettono è di considerare la trincea come casa loro.

#### **Don Virginio Colmegna**

è presidente della fondazione Casa della carità «Angelo Abriani»: virginio.colmegna@casadella-carita.org

#### **Franco Prina**

è docente di Sociologia giuridica, della devianza e mutamento sociale all'Università di Torino: franco.prina@unito.it

#### **Giuseppe Saccotelli**

è psichiatra, a lungo direttore del Dipartimento di salute mentale dell'ASL BAT. g.saccotelli@gmail.com

#### **Francesco Scotti**

è psichiatra, per anni responsabile dei servizi psichiatrici di Perugia: francesco.scotti@navigio.net