

MEDICINA SCIENZA E SOCIETÀ**LEGGE 180 QUARANT'ANNI DOPO.
UN CAMBIAMENTO SENZA FINE¹****Law 180 forty years later.
An endless change****PEPPE DELL'ACQUA***Psichiatra, già direttore del Dsm di Trieste, direttore della Collana 180,
Archivio critico della salute mentale*

Basaglia diventa direttore del manicomio di Gorizia nel novembre 1961. È un giovane medico, non ancora quarantenne. Proviene dall'Università di Padova, dove libero docente, è il responsabile del *repartino* psichiatrico presso la clinica neurologica (1) a Gorizia, non vede solo la violenza delle porte chiuse e delle contenzioni, vede una violenza più grande: gli uomini e le donne non ci sono più. Avverte la vertigine del vuoto, la solitudine dell'assenza. Deve interrogarsi su cosa è la psichiatria, sui suoi presunti fondamenti scientifico/biologici, riconoscere la presenza immutata del paradigma medico, della cultura figlia del positivismo scientifico che costringe ogni respiro a oggetto (2). Era la malattia che nascondeva ogni cosa. I nomi e le passioni, le storie e i

sentimenti, i bisogni e le emozioni non potevano abitare quel luogo. Così, messa tra parentesi la malattia, fu possibile vedere il malato, le storie singolari e non le diagnosi (3, 4). Siamo nella seconda metà degli anni '60, si respira un'aria di cambiamento. Lo stato avverte l'arretratezza più che drammatica degli istituti psichiatrici esistenti, non soltanto in Italia. Cominciava ad affermarsi timidamente, in una lettura puntuale dell'art. 32 della Costituzione, una visione del diritto alla salute prevalente su ogni interesse di ordine pubblico.

Il 13 maggio 1978, pochi giorni prima era stato ritrovato il corpo senza vita di Aldo Moro ucciso dalle Brigate Rosse, il Parlamento giunge a varare la legge n. 180 pur in una fase così drammatica della vita del nostro Paese.

La legge, "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" rimarrà in vigore pochi mesi, diventerà parte della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 che istitui-

Indirizzo per la corrispondenza

Peppè Dell'Acqua
Dipartimento di Salute Mentale di Trieste
E-mail: peppedellacquats@gmail.com

1. Parte di questo articolo fa riferimento a una lunga conversazione con Angelo Venchiarutti, costituzionalista professore associato, Diritto Privato Facoltà di Economia, Università di Trieste; pubblicata su "Responsabilità medica" 2019.

va il Servizio Sanitario Nazionale. Il manicomio riceve una condanna senza appello, si avvia il superamento delle concezioni e delle pratiche custodialistiche nell'approccio alla malattia mentale, si cancella del tutto la presunzione di pericolosità sociale del malato di mente. Il tema del diritto alla salute diviene prevalente. Il principio della volontarietà, come regola e dell'eccezionalità dell'intervento d'autorità (trattamento sanitario obbligatorio) trova la sua forza ispiratrice nel 2° comma dell'art. 32 della Costituzione, alla cui redazione aveva contribuito lo stesso Aldo Moro in sede di Assemblea Costituente (5). Con la legge 180 non è più lo Stato che interna, che interdice per salvaguardare l'ordine e la morale; non vi è più il malato di mente "pericoloso per sé e per gli altri e di pubblico scandalo", ma una persona bisognosa di cure. Un cittadino cui lo stato deve garantire, negoziare e rendere esigibile il diritto alla cura e alla salute. Da quel momento il campo del lavoro terapeutico dovrà cambiare radicalmente.

La legge, malgrado resistenze ostinate e un percorso in molte regioni lento e faticoso, ha dimostrato che è possibile cambiare e in tanti luoghi si sono realizzate profonde trasformazioni e radicate buone pratiche. La riforma, tuttavia, non dappertutto ha avuto applicazione omogenea. Anzi, in molte regioni, la realizzazione è stata frenata. Molto è dipeso dalla maggiore o minore attenzione delle amministrazioni regionali, dalle resistenze ai cambiamenti degli ambienti accademici alle nuove teorie e pratiche di cura, dalla mancanza di un'adeguata formazione degli operatori. In questo quadro non sono mancate azioni di contrasto di gruppi politici e professionali fino alla presentazione, nel corso degli anni '80, di ben cinquanta proposte di legge per l'abolizione "della 180". Benché la legge di riforma abbia aperto impensabili possibilità di cura e grandi spinte all'integrazione sociale, e il

tema dell'inclusione sociale sia una priorità per tutti i paesi europei, hanno continuato a persistere cattive pratiche, frammentaria realizzazione dei servizi territoriali, scandalosi abbandoni, inspiegabili violenze, sottrazioni, abusi (6).

Quarant'anni dopo l'approvazione della legge, pur se sono state introdotte esperienze, competenze e risorse, il problema rimane: che cosa si fa per permettere alle persone di vivere completamente le possibilità che ora sono alla loro portata? Si fa ancora poco. Le persone rischiano di nuovo di essere rinchiusi dentro mura ancora più spesse di quelle del manicomio. Sono le mura costruite dalla forza del modello medico e dal ritorno prepotente di una psichiatria che vede solo malattia, che fonda la sua credibilità sulla promessa della sicurezza e dell'ordine, sull'industria del farmaco, su fondamenti disciplinari quanto mai incerti e controversi. Mi riferisco ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri blindati, alle affollate e immobili strutture residenziali, alle comunità senza tempo che si dicono terapeutiche e che si situano fuori dal mondo delle relazioni, ai Centri di salute mentale vuoti e ridotti a miseri ambulatori. Domina la "psichiatria" con la falsa promessa della medicina, alleata delle psicologie più svariate, con la rinnovata chimera del farmaco e in alcune parti d'Italia, pochissime per fortuna, con l'utilizzo dell'elettroshock (si contano circa 1.000 interventi in Italia ogni anno: un numero peraltro molto contenuto, inconfondibile rispetto a tutti gli altri paesi europei). Preoccupano le culture e le pratiche che derivano da questi modelli, psicologici o biologici che siano. I farmaci, per esempio, leniscono il dolore, attenuano i sintomi, aiutano a stare nelle relazioni, sostengono percorsi di ripresa. Ma quando il "modello medico-biologico" pretende di spiegare le emozioni, la creatività, i sentimenti, le passioni, le paure, sottrae si-

gnificato, riduce, medicalizza la vita. Come viene evidenziato nella stessa relazione finale sull'attività della commissione parlamentare d'inchiesta (7) presieduta dal sen. Ignazio Marino sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, i servizi psichiatrici rimangono, per la maggior parte, luoghi chiusi, ove sono ancora largamente diffuse pratiche di contenzione spesso poco o niente affatto comunicanti con la fragile rete dei servizi territoriali. I Servizi di diagnosi e cura, che sono (o dovrebbero essere) parte integrante della rete del territorio, quasi ovunque vengono invece inquadrati come reparti/divisioni ospedaliere, sono diventati "reparti di psichiatria". I nomi sono conseguenza delle cose!

Nei Dipartimenti di Salute Mentale, dove i servizi ospedalieri di diagnosi e cura lavorano a porte chiuse e i servizi territoriali risultano carenti e aperti per fasce orarie insufficienti, cresce la domanda di residenze dove collocare i "cronici". La persistenza del modello medico che vede da una parte la "crisi" e dall'altra la "cronicità", ha condizionato la crescita dei servizi di salute mentale, delle comunità terapeutiche, delle cooperative sociali. La crisi si colloca in ospedale, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura o, come in alcune regioni, in cliniche private. La cronicità sedimenta nelle strutture residenziali, negli istituti pubblici e religiosi, nei centri diurni infantilizzanti, nelle pratiche assistenzialiste di fragili cooperative sociali. Tra crisi e cronicità si crea un vuoto, un abisso. Come se la vita delle persone non potesse esistere al di fuori di queste definizioni. I Centri di Salute Mentale, come in FVG, pensati come luoghi privilegiati della presa in carico territoriale della crisi e a sostegno di una "buona vita" delle persone anche con l'esperienza di disturbi mentali severi, restano invece fragili e vuoti, le comunità residenziali diventano i terminali del fallimen-

to terapeutico. Nell'evidente "povertà dei mezzi" e nella frammentazione dei servizi, il ricorso alla contenzione accade a copertura dell'esiguità del numero degli operatori e delle cattive pratiche. Sul piano terapeutico poi la contenzione appare ancora più inaccettabile, anche in ragione dei rischi gravi che essa comporta sul piano fisico e psicologico per chi la subisce col doloroso senso di umiliazione e di paura, di rancore, di cupezza, di rabbia. Solo negli ultimi 10 anni, in Italia, si sono verificati nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura "incidenti" gravi a seguito della contenzione e molti gli eventi mortali (8).

Nonostante la persistenza di culture e di pratiche di cui ho appena riferito, va evidenziato che la riforma del 1978 ha fatto il suo corso e ha generato i suoi "frutti": i Dipartimenti e le strutture per la salute mentale sono diffusi in tutte le regioni, sono presenti circa 300 servizi ospedalieri per acuti (SPDC) con più di 3.000 posti letto; e soprattutto circa 1500 servizi sul territorio, anche con le carenze e le notevoli differenze già accennate. L'assetto attuale della rete dei Dipartimenti di salute mentale e delle articolazioni che li compongono, che si basa sostanzialmente su quanto previsto dal Progetto Obiettivo "*Tutela della salute mentale 1998-2000*", è oggi molto a rischio per una cronica disattenzione del governo centrale, per politiche restrittive delle Regioni, per una riduzione sempre più manifesta delle risorse economiche. Il nostro paese utilizza per la salute mentale poco meno del 3% della spesa sanitaria nazionale e si colloca al terz'ultimo posto tra i paesi europei. Malgrado tutto, si direbbe, con la legge 31 maggio 2015, n. 81, si è realizzata (finalmente) la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e disegnato un nuovo sistema di trattamento per gli autori di reati ritenuti "incapaci di intendere e volere". Chiusi i 6 Opg si sono attivati in ogni regio-

ne residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) e programmi di cura e riabilitazione articolati con il lavoro di territorio. La chiusura degli OPG costituisce dunque una tappa rilevante nel processo di deistituzionalizzazione delle persone con malattie mentali (9).

A 40 anni dalla legge è del tutto evidente che oggi niente è più come prima. Le persone con disturbo mentale sono cittadini e possono faticosamente affermare la loro cittadinanza. Il tempo non è passato invano, servizi e politiche per la salute mentale sono presenti bene o male, spesso malissimo, in ogni regione e "la malattia mentale" può essere narrata in tutt'altro modo. Storie di persone, sempre più numerose, che nonostante la severità della loro malattia mai hanno subito restrizioni e mortificazioni. Hanno potuto attraversare Centri di salute mentale orientati alla guarigione, capaci di accoglierle e accompagnarle nel percorso di ripresa fino a quando abbiano trovato una propria strada.

Quando è possibile privilegiare la scelta del territorio (le reti, la prossimità, la domiciliarità) essa contrasta di fatto il modello medico. Il Centro di salute mentale aperto, ben radicato nella comunità - non già l'ospedale e le residenze - diventa la modalità organizzativa forte che orienta la domanda e sostiene il lavoro terapeutico-riabilitativo a fianco della vita reale delle persone. Le esperienze di questi anni hanno mostrato quanto la malattia, la clinica in una parola, si mette alla prova proprio nella dimensione territoriale. Il lavoro che bisogna fare per incontrare le persone si situa proprio in quello spazio aspro e tesissimo tra la clinica e il territorio, i luoghi delle persone, i contesti, le relazioni. Quanto più si riconosce il territorio come luogo del lavoro terapeutico riabilitativo, quanto più si colloca in questa dimensione la clinica, la malattia assume una diversa visibilità. Si scopre il

bisogno di inventare "istituzioni" capaci di garantire la permanenza delle persone nel contratto sociale e fronteggiare il rischio di marginalizzazione. Possono crescere sistemi di servizi e dislocazioni di risorse in grado di reggere alle nuove scommesse: la "presa in carico", la continuità delle cure, il sostegno alla famiglia, i percorsi di formazione e di inserimento lavorativo, la cooperazione sociale, il sostegno a tutte le forme dell'abitare. I percorsi di guarigione, infine.

In chiusura, a conferma dell'impostazione ispiratrice della legge 180 e delle buone pratiche che si sono realizzate, vorrei aggiungere questa annotazione: nell'introduzione del recente documento della *World Psychiatry Association "On the Future of Psychiatry"* (Lancet Psychiatry Commission, 2017) si può leggere la seguente considerazione in apertura: "*The dramatic neuroscience research advances in psychiatry of the second half of the 20th century have not yet led to substantial advances in patient care. In spite of this, patient care has been transformed by a number of other influences. The increasing recognition of social determinants of health has clearly led to increased appreciation of demographic, economic, and sociocultural aspects of risk for development of psychiatric disorders, patient acceptance of treatment, and design and implementation of systems of care*".

Bibliografia

1. A. Slavich. All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961, Collana 180, Archivio critico della salute mentale. AB Verlag, Merano, 2018.
2. F. Basaglia (a cura di) Che cos'è la psichiatria? Baldini e Castoldi ed. ristampa. Milano, 1997.
3. F. Rotelli (a cura di) L'istituzione inventata. Almannacco, Trieste 1971-2010, Collana 180, Archivio critico della salute mentale. AB Verlag, Merano, 2018.
4. E. Minkosky Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia. Feltrinelli, Torino, 2004.

5. D. Piccione Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione. Collana 180, Archivio critico della salute mentale. AB Verlag, Merano, 2014.
6. WHO, European ministerial conference on Mental health, Mental Health Declaration for Europe Helsinki, Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki, 12-15 gennaio 2005.
7. Relazione finale sull'attività della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale. Senato della Repubblica, 2013.
8. G. Del Giudice, ...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria. Collana 180, Archivio critico della salute mentale. AB Verlag, Merano, 2018.
9. Pietro Pellegrini (a cura di) Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quasi un manuale. Collana 180, Archivio critico della salute mentale. AB Verlag, Merano, 2018.