

LA SOFFERENZA IMPROPRIAMENTE DETTA PSICHICA E LA LEGGE IMPROPRIAMENTE DETTA BASAGLIA

Sergio Piro - Psichiatra, Napoli

Parole chiave: Legge 180, regionalizzazione, Unità Sanitaria Locale, Campania, epistemologia, mutamenti operazionali

Nel febbraio 2008 chi scrive incontrò un gruppo di studenti di medicina e di psicologia, dell'Università Orientale di Napoli (Agitata orientale), di operatori di salute mentale. L'incontro avrebbe dovuto rispondere a una richiesta di questo tipo: «fateci finalmente capire che cosa è mai realmente questa Legge Basaglia, perché contiene tante altre cose oltre all'abolizione dei manicomi, perché quelli di destra dicono che è fallita e quelli di sinistra non sanno rispondere nulla di convincente, mentre poi veramente i manicomi sono stati chiusi. Poi sappiamo che sono ritornati l'elettroshock e le camicie di forza; fateci anche capire perché voi vecchi che avete fatto la legge state zitti e siete discordi su tutto, e così per mille voci cantando». Le domande furono moltissime e chi scrive ne seleziona qui alcune con le relative risposte che potrebbero risultare utili nell'attuale dibattito sull'argomento.

Domanda: Perché la centoottanta viene chiamata Legge Basaglia?

Risposta: Per un'attribuzione *sbagliata* e *giusta* che venne negli anni successivi, dopo la morte di Basaglia. *Sbagliata* perché la legge era un documento minimale, proposta da un parlamentare democristiano, accettata di fretta e compromissoriamente da tutti i sei partiti della coalizione di governo, priva di un serio rinvio ad obblighi successivi e conseguenti (riforma sanitaria generale, attuazioni regionali, etc.): per questi e per altri motivi, Basaglia non ne fu affatto contento. Ma anche *giusta*, perché, sia pure nel suo cauto tatticismo preservatorio, la legge *aboliva i manicomi* e aboliva il ricovero delle persone sofferenti sotto la formula «*perché pericoloso per sé e per gli altri o di pubblico scandalo*», formula che aveva condannato alla detenzione manicomiale migliaia di persone sofferenti: un evento storico, il segnale di una rivoluzione copernicana. Alla

psichiatria manicomiale (che si occupava solo di una piccola percentuale di casi gravi), si sostituiva la salute mentale e la cura estensionale del disagio psichico per tutti i cittadini. Nel mutamento che si era avviato l'unica condizione perché un trattamento fosse obbligatorio era un motivo di salute e obbligatoria era la cura, non il luogo dove la cura doveva esser praticata. Almeno per questa parte, si riconosceva esplicitamente che Basaglia aveva avuto ragione e con lui il movimento internazionale che ne era nato. Avevano avuto ragione in modo mai più ritrattabile.

Domanda: E, citando un intervento sulla stampa del 1979 di Basaglia, Pirella e Piro (cioè te) come segretario nazionale di PD, perché voi che avevate incominciato la lotta e avevate avuto alla fine ragione con la 180, non foste contenti né del testo della successiva legge di riforma sanitaria (n. 833 del 23 dic. 1978) né del rinvio alle Regioni per le leggi di attuazione?

Risposta: Basta riguardare il testo della legge 833 per rendersi conto che essa *di fatto* riconferma per il trattamento sanitario obbligatorio l'ospedalizzazione come unica soluzione (mentre tante altre diverse se ne stavano allora sperimentando), cincischia sul campo ben più ampio della cura territoriale, abbandona alle Regioni la realizzazione di un'assistenza socio-sanitaria e psicologico-psichiatrica, contribuendo a generare quel caos nella prevenzione e nella cura che spicca oggi nel panorama nazionale. Ma soprattutto, in questa compromissoria apoteosi dell'ambiguità e della possibilità di vantaggio, amministrazioni, centri di potere politico e sindacale, primari psichiatra fecero quello che volevano nel bene e nel male: nel bene di coloro che avevano diritto inalienabile alla cura, nel male di coloro a cui questo diritto veniva negato, come ai tempi del manicomio. Quello che venne subito meno fu il concetto dell'intervento estensionale e continuo nel territorio e il concetto *dell'incondizionata presa in carico* di ogni paziente di quella particolare comunità (*in pratica*: dell'unità sanitaria locale).

Domanda: Ma perché tu insisti tanto sull'importanza dell'unità sanitaria locale e sulla delusione che ti derivò dalla mancata comprensione di questo punto?

Risposta: Vi insistevo fino dal principio e forse la delusione vi sarà chiara, se vi leggo un pezzetto di un mio contributo dei primi tempi (CNR Roma 1983): «Nel dibattito sull'attuazione delle leggi di riforma fu posto più volte in evidenza perché il servizio territoriale di salute mentale dovesse essere considerato non solo come l'unica struttura in cui fosse possibile sviluppare una nuova operatività nel campo della salute mentale. In contrasto con l'approssimazione e l'indefinizione operativa dei precedenti strumenti della psichiatria (la triade classica fino al 1978: il manicomio; lo studio privato dello psichiatra; il divano dello psicoanalista con le sue ben note limitazioni di casistica e di selettività classista), in contrasto con tutto ciò, ogni servizio territoriale di salute mentale che sia multiordinale e pluriqualitativo, che sia capace di accogliere tutta l'utenza di un bacino di estensione limitata e ben determinata (appunto la USL), che

sia attivo senza soluzioni temporali (24 ore su 24, 7 giorni su 7), che abbia come fondamento metodologico i criteri della reperibilità e disponibilità, della non-selettività, dell'adeguatezza e tempestività di ogni intervento, che organizzi il proprio lavoro con precisione e puntualità, che sia portatore di innovazioni e invenzioni nel campo della ricerca, dell'operatività e della didattica, ogni servizio di questo tipo è uno *strumento del tutto nuovo* rispetto a quello delle psichiatrie tradizionali, anche extramurarie. Solo uno strumento di questo tipo può permettere la prevenzione, la cura (complessiva, totale), il rilancio al mondo dei singoli e il coinvolgimento attivo delle sub-comunità in cui il singolo vive».

Domanda: In sintesi?

Risposta: Presa in carico immediata di ogni paziente, *follow up* domiciliare o nella sede del servizio, «cura» ampia e comprensiva con una costante attenzione al rapporto con l'*équipe* o con la sotto-*équipe* delegata, intervento notturno immediato, cura della crisi non basata solo sull'uso dei farmaci, ricovero ospedaliero ridotto al minimo, trattamento sanitario obbligatorio del paziente in centri-crisi o a domicilio (ogni volta che sia possibile il ricovero ospedaliero), cura psicologica, rilancio al lavoro, abolizione della riabilitazione a favore dell'avvio al lavoro produttivo e/o al lavoro artistico. E così ancora cantando per molte e molte voci.

Domanda: E le Regioni fecero tutto ciò?

Risposta: No.

Domanda: Come furono allora le legislazioni regionali?

Risposta: (estratto di un'esposizione dettagliata). Alcune furono fedeli alla generale impostazione della pratica territoriale come delineate negli studi attuativi di Psichiatria democratica (1974-1978), del progetto «Prevenzione malattie mentali del CNR» (CNR-PD), dei gruppi locali d'intervento (Arezzo, Trieste, Perugia), etc.: fra queste va annoverata quella della Campania (legge reg. n. 1, 3 gennaio 1983). Una buona parte delle leggi regionali fu incompleta, una parte contraddittoria (la Puglia omise l'abolizione dei manicomi privati che infatti sono ancora lì), una parte negativa e nefasta e palesemente oppositoria (come quella della Lombardia che sottoponeva i centri territoriali di salute mentale a una direzione ospedaliera). La legge della Campania aveva anche il vantaggio di dare indicazioni, in parte tuttora valide e in parte no, per la sistemazione abitativa dei pazienti soli o non sistemabili in famiglia.

Domanda: E dunque la Campania, avendo avuto una buona legge regionale proposta da PD, dovrebbe aver ora, venticinque anni dopo, un'ottima assistenza psichiatrica territoriale. È così?

Risposta: Assolutamente no. Se vogliamo schematizzare la storia dell'assistenza ter-

ritoriale in Campania, distingueremo una fase pionieristica che inizia nel 1975 con l'istituzione di alcuni piccoli centri di salute mentale, fatti da operatori dell'Ospedale psichiatrico Frullone (dove allora lavorava chi vi parla) nel proprio bacino di utenza, da volontari e da studenti (Napoli-Traiano, Napoli-Aminei, Pozzuoli) e, fin dal novembre 1975, vi fu un'esperienza congiunta con il Centro di medicina sociale di Giugliano. Intorno al '78 e subito dopo nacquero altre iniziative importanti di salute mentale a Secondigliano, a Ponticelli, a Rione Stella. L'interesse al territorio cresceva e molte delle unità sanitarie della Campania erano interessate e collaboranti (*per questo aspetto si rinvia ad altre pubblicazioni personali e del Centro Ricerche sulla Psichiatria e le Scienze Umane* di Napoli). Con l'emanazione della legge regionale 1/1983 molte Ussll si misero al passo e ognuna andò alla costituzione del proprio servizio territoriale. Confusa e contro legge si fece - invece - subito la questione dei servizi ospedalieri di diagnosi e cura, oggetto peraltro di crescenti appetiti primariali. Il disastro incominciò a profilarsi negli anni intorno al 1995 quando le unità sanitarie locali, che avevano una dimensione a misura d'uomo e un ambito ben definito, furono abolite e si procedette all'aziendalizzazione della sanità, delimitando aree ben più vaste: ad esempio le 10 uussll di Napoli furono accorpate in un'unica mostruosa azienda sanitaria con più di un milione di utenti. La territorializzazione era finita e i distretti non avevano quell'autonomia, quella compattezza, quella possibilità di rapporto organico e talora sub-integrale che si era determinato nei territori dell'Unità sanitaria locale.

Domanda: Ma lasciamo la Campania e ritorniamo al piano nazionale. L'aziendalizzazione della Sanità ebbe un effetto disastroso in tutta Italia?

Risposta: In generale sì. Ma con molte eccezioni e non solo a Trieste dove il servizio di salute mentale era ormai fortemente integrato al suo territorio. Dovunque vi fossero state esperienze territoriali bene organizzate, fattive, radicate nella comunità locale, l'accorpamento effettuato dalle Aziende non impedì la prosecuzione della sperimentazione locale. In una media fascia l'aziendalizzazione non riuscì a spegnere e inglobare l'attività dei precedenti servizi Usl, ma ne ridusse l'attività e ne snaturò la spinta irradiativa, sostituendo spesso soluzioni burocratiche a livello di azienda a precedenti attività direttamente legate ai bisogni dell'utenza.

Domanda: Puoi descrivere meglio questi effetti degenerativi della riforma?

Risposta: Ci proverò, partendo dall'assunzione che l'alternativa italiana in salute mentale consista in una trasformazione complessiva in cui i *mutamenti istituzionali*, nella loro complessità e articolazione, sono *condizione necessaria, ma assolutamente non sufficiente* al compimento del processo trasformazionale. Il *mutamento istituzionale complessivo della riforma* comprende: gli atti legislativi del mutamento; il mutamento dell'ente preposto; i mutamenti del bacino di utenza; i mutamenti delle strutture operative; i mutamenti del personale operante; etc. (Tutti questi mutamenti sono altrove diligen-

temente descritti nelle diverse loro voci).

Domanda: Perché non sufficienti?

Risposta: Perché il *mutamento istituzionale* è come il disporre di un'automobile, ma senza autista, senza passeggeri e senza benzina.

Domanda: Che altro allora?

Risposta: L'alternativa italiana per la salute mentale, nel suo periodo di *affermazione e diffusione* (1979-1994), si costituisce infatti come connessione fra *riforma* (cioè un mutamento istituzionale nei molteplici suoi livelli e nelle sue dimensioni organizzative) e *trasformazione profonda delle prassi* (nella tipologia e nella qualità). La *tipologia delle operazioni* s'intravede in una serie di indicazioni formulate nei primi due lustri di tentata attuazione: il servizio territoriale di salute mentale è *multiordinale e pluri-qualitativo*; è capace di accogliere *tutta l'utenza* di un bacino di estensione limitata e ben determinata; è attivo *senza soluzioni temporali* e non sottopone mai l'utenza ad alcun disagio evitabile; ha come fondamento metodologico i criteri della reperibilità e disponibilità, della non-selettività, dell'adeguatezza e tempestività di ogni intervento; organizza il proprio lavoro con precisione e puntualità; fa dell'invenzione pratica collettiva la *base epistemologica* del suo agire; etc. (le voci precedenti sono solo indicazioni esemplificative variabili di concezioni che, all'interno di una stessa concezione della sofferenza e della cura, variano da gruppo a gruppo di operatori seriamente impegnati alla realizzazione della riforma).

Domanda: È una descrizione generale e un po' astratta; puoi precisare meglio?

Risposta: Lo avrei già fatto se tu non mi avessi interrotto. L'altro elemento dei mutamenti operazionali - determinante per la realizzazione dell'alternativa alla psichiatria per la quale i mutamenti istituzionali sono condizione necessaria ma non sufficiente - è costituito dalla *qualità complessiva dell'agire pratico (buona pratica)*. L'espressione *buona pratica* indica una serie complessa di attività trasformazionali, basate su un sistema culturale e axiologico di riferimento (teso esplicitamente alla pratica universale dei diritti, in una serie di possibili varianti, e implicitamente alla trasformazione evolutiva della convivenza umana). Come esemplificazione della qualità complessiva della buona pratica (c.s.m. Napoli-Scampia 1985-1992): rispetto pieno della libertà e dei diritti dei cittadini; rifiuto della violenza e dell'oppressione nei rapporti interumani; arco vasto di attività; massimo sforzo per ridurre l'afflittività degli interventi e conseguente rifiuto di tutte le pratiche violente e coattive, ereditate dell'era manicomiale o riproposte al presente; invenzione continua della «cura», come legame epocale a una collettività umana, come espansione vitale, come comprensione del mutamento prodotto dalla crisi e dalla sofferenza; opposizione frontale alla mutilazione prodotta dalla soppressione meccanica o farmacologica della crisi e conseguente presenza continuativa e partecipante degli

operatori anche nelle fasi acute (cura «psicologica» intensiva della crisi); relativizzazione di ruoli, di identità, di professionalità (formazione interprofessionale nei servizi basata sulla prevalenza netta della *competenza antropologica di rapporto* sulle *specificità professionali*, rese in genere marginali, accessorie, addizionali nei servizi a «buona pratica»); coazione incondizionata, singolare e plurale, d'impegno, quale *stile del servizio* e quale *pratica dell'accoglienza*; prevalenza del lavoro di gruppo, di *équipe*, di nucleo operativo, etc.; organizzazione del servizio come struttura capace di sviluppare una propria prassi adeguata all'unicità di se stessa e all'unicità della situazione il cui *l'équipe* è «gettata» ad operare; istigazione alla possibile autonomia territoriale degli psichiatrizzati (Mancini A. 2002); etc. A chi gli chiedeva che cosa fare di fronte a un paziente legato, come iniziare una prassi di rapporto, Franco Basaglia rispose: «*Per prima cosa, slegalo subito*».

Domanda: Allora, il disegno complessivo nato da Basaglia, Pirella, Slavich, Minguzzi, Misiti, Benigni, Marzi, Tranchina, Rotelli e tanti, tanti altri, te in primo luogo fin dal lontano inizio della pratica alternativa, questo disegno complessivo di un lavoro territoriale di prevenzione e cura diffuso in tutto il territorio, ispirato al rispetto dei diritti delle persone sofferenti e mirante a un grande salto di civiltà in Italia e dei popoli di occidente, questo grande disegno, dopo i primi successi e alcune grandi affermazioni, va oggi ripiegando e riducendosi forse fino a una definitiva estinzione?

Risposta: Non lo so. I giorni pari mi pare che sia così e i giorni dispari penso invece che il movimento riprenderà e la causa trionferà.

Domanda: Siamo alla fine e possiamo fare poche domande. Rispondici per piacere concisamente. Nella tua valutazione, che cosa ha provocato questo pericolo di fallimento?

Risposta: Un complesso pluristratificato di fattori preesistenti e di fattori sopravvenuti. E inoltre, immancabilmente una serie di nostri errori.

Domanda: Concisamente i primi e i secondi.

Risposta: Fattore preesistente (e dunque errore anche nostro): l'aver inserito la riforma psichiatrica nella riforma sanitaria, strappandola all'angustia manicomiale delle amministrazioni provinciali probabilmente non era evitabile, anche per la necessità di un collegamento organico con il territorio nell'istituenda unità sanitaria locale. Ma questo ha comportato una subordinazione alle gerarchie mediche, agli interessi primariali, al collegamento fra interessi economici sanitari e interessi politici, alla distruzione in moltissime sedi della partecipazione *paritaria* di tutti gli operatori al progetto terapeutico: di fronte alla potenza bellica di uno psichiatra o di uno psicoanalista che possono mai opporre l'infermiere, l'assistente sociale, il riabilitatore? Fattori sopravvenuti: **a.** la collusione fra apparato sanitario e politico nel finalizzare l'azione e il lavoro a scopi diversi, impropri o illeciti e la conseguenza appropriazione da parte del ceto politico del decisionale operativo medico e, in questo caso, psico-sociale; **b.** il massiccio attacco

dell'industria psicofarmacologica la quale ha tratto vantaggi enormi dalla diffusione dei servizi territoriali di salute mentale e che persegue la soluzione finale di una farmacologizzazione totalitaria della cura e nell'*inclusione nella malattia* di ogni modalità della sofferenza umana; **c.** la collusione di buona parte degli istituti psichiatrici universitari con la frequente, incolta e tendenziosa demonizzazione di ogni orientamento antropologico, culturale, esistenziale, psicologico nella ricerca, nella formazione degli studenti, nello sfruttamento pubblicitario di qualunque evento della follia per denigrare la concezione antropologica della sofferenza, il valore delle circostanze, la patogenità dell'oppressione; **d.** la corruzione politico-clientelare con l'effetto del totale accantonamento di ogni scopo sanitario nelle strutture della sanità a livello periferico (Campania come esempio più totalitario); **e.** la mancanza, da quindici anni, di un reale sostegno politico nazionale alla realizzazione della riforma o iniziative buone nelle intenzioni e malissimo applicate, senza alcuna neutralizzazione delle ingerenze politico-amministrative e dei fenomeni di corruzione, talora con palese appoggio locale ai più corrotti ; **f.** la disgregazione totale e probabilmente irrimediabile del movimento alternativo in gruppi e sottogruppi, sicura testimonianza del suo anacronismo storico, della sua tendenza conservatrice, della sua subordinazione clientelare, dell'omologazione fra coloro che sono stati asserviti dalla tirannide clientelare e coloro che si illudono di rimanere fedeli a un movimento così come era; **g.** è una lista che ancora continua per molte voci, ma il tempo e lo spazio obbligano alla chiusura.

Domanda: E allora, per i trenta anni della legge Basaglia?

Risposta: Considerazioni tristi e pessimismo grave. Eppure quel movimento non è mai morto, come non morirono gli ideali di eguaglianza, giustizia e libertà nel 1815 o nel 1922. Bisogna attivamente sopravvivere alle restaurazioni andando avanti attivamente nel processo trasformazionale e nel lavoro intellettuale che vi è connesso. Senza fine.