

I vent'anni della legge 180. di Franca Ongaro Basaglia.

• INTRODUZIONE • [Il primato della pratica in psichiatria](#) • [La cultura degli operatori psichiatrici come elemento di trasformazione istituzionale](#)

INTRODUZIONE

Pubblichiamo, in forma ipertestuale, il documento inviatoci da Franca Ongaro Basaglia sul ventennale della Legge 180.

L'autrice ha vissuto direttamente con il marito Franco Basaglia le storiche vicende della deistituzionalizzazione dei malati di mente a partire dall'esperienza di Gorizia negli anni '60.

In questo documento raccoglie alcune osservazioni su quella storica esperienza, riflettendo sui problemi ancora aperti dell'assistenza psichiatrica sul territorio. Autrice di numerose pubblicazioni sui temi della psichiatria sociale, recentemente ha curato l'introduzione della ristampa di *Che cos'è la psichiatria* del 1967.

(a cura di Anna Grazia)

Nello scorso mese di maggio si è celebrato il ventennale della legge "180". Non si è trattato di una celebrazione formale ma dell'occasione per un ulteriore impegno di tutti nell'attuazione di ciò che, in questi vent'anni, doveva essere fatto e in troppi luoghi non è stato fatto.

Pur riconoscendo - anche nei suoi limiti di *legge quadro* - l'importanza della "legge 180" quale punto forte nella conferma della necessità e della possibilità di una psichiatria senza manicomio, siamo consapevoli delle difficoltà vissute in questi anni da malati e famigliari, a causa della totale assenza di governo della riforma. E' stato infatti approvato solo nel 1994 il progetto per la tutela della salute mentale che prevede gli strumenti necessari alla realizzazione della riforma, controlli sulla creazione dei servizi e sul reale superamento dei manicomi.

Non si è trattato, dunque, di celebrare il ventennale di una riforma in parte abortita, quanto di riconoscere che dopo quasi trent'anni hanno vinto le esperienze pratiche che, da Trieste in poi, hanno continuato nel tempo a dimostrare la possibilità concreta di rispondere alla sofferenza mentale senza ricorrere all'internamento, alla violenza implicita nella sua logica e senza abbandono dei malati. La testimonianza di tali esperienze sempre più numerose ha impedito che la "180" fosse cancellata, favorendo anche l'orientamento della maggior parte delle Associazioni dei famigliari dei malati, verso la richiesta di servizi adeguati ai problemi, anziché prolungare le astratte discussioni - che si protraevano da più di quindici anni - sulla modifica della legge. In tal senso possiamo dire di celebrare una data molto importante perché si è resa esplicita ed ufficialmente riconosciuta la validità di queste realtà, confermandone uno dei punti di forza: il *primato* della pratica.

E' questo infatti il nodo problematico dal quale poter leggere il perché della sopravvivenza della lotta al manicomio, anche in tempi in cui si sono chiusi sempre più gli spazi di espressione sia del soggetto individuale che di quello collettivo.

Primato di una pratica intesa non solo come mero fare, ma come produttrice di altre realtà e di altra cultura, quando ci si trovi ad agire contemporaneamente sulla struttura materiale dell'istituzione, sul pregiudizio sociale rispetto al malato mentale, sul pregiudizio scientifico rispetto alla malattia. Non si è dunque trattato di un semplice cambio di teoria interpretativa, rimpiazzabile con una nuova ideologia di ricambio che facilmente lascia inalterata la situazione di base, ma della demolizione pratica di una cultura, possibile solo se contemporaneamente costruisci altro: altro sostegno, altro supporto, altro concetto di salute e di malattia, di normalità e di follia. Possibile, cioè, se insieme allo smantellamento dei vecchi ospedali, non ci si è limitati ad organizzare semplici servizi ambulatoriali, ma si è creata, per i vecchi e i nuovi malati, la possibilità di vivere e condividere in modo diverso la propria sofferenza, vista come il prodotto di un insieme di fattori e non solo come segno di pericolosità sociale da reprimere. A questa sofferenza, che risulta più complessa e insieme più semplice, occorre cioè rispondere con strutture e servizi che, oltre a garantire cura e assistenza, siano insieme luoghi di vita, di stimolo, di confronto, di opportunità, di rapporti interpersonali e collettivi diversi, puntando ad un cambio di cultura e di politica prima sociali che sanitarie.

Si tratta, tuttavia, di una conquista culturale e sociale che, come ben sappiamo, non si impone per legge. La cultura della popolazione, degli utenti reali e potenziali dei servizi, così come delle loro famiglie, può mutare solo se la qualità delle risposte è capace di produrre, insieme, cura assistenza qualità di rapporti e progetti di vita tali da modificare anche la qualità delle domande individuali e sociali. Tali, quindi, da promuovere una diversa normalità.

Potremmo incominciare a dire che ciò che è avvenuto nelle prime esperienze fin dall'inizio degli anni '60, a Gorizia e successivamente a Trieste, e che sarà poi fondamento della "legge 180", è stato essenzialmente lo spostamento della responsabilità professionale e istituzionale dalla tutela della società dalla presunta o reale pericolosità della malattia, alla tutela del malato nella società. Questo spostamento richiedeva e richiede tuttora un dovere professionale qualitativamente e quantitativamente diverso nei confronti della persona sofferente, un diverso ruolo di responsabilità che si sostituisce al ruolo di potere, di

forza, di dominio, di manipolazione tradizionalmente implicito nell'esercizio delle discipline deputate a tali problemi.

Non sempre questa assunzione di responsabilità si è verificata. Ma dove c'è stata la presa in carico complessiva della persona sofferente, c'è stato il mutamento culturale che ha prodotto altra realtà, altro tipo di cura, di sostegno, di assistenza. Quindi un altro tipo di tutela che non si appropria più dei corpi ma che ne stimola l'autonomia e la responsabilizzazione. Parlo, dunque, di servizi aperti 24 ore su 24, tutti i giorni della settimana, diversificati sulla base dei bisogni; servizi che non abbiano un carattere strettamente ospedaliero dato che, superato il momento della crisi, raramente un disturbato psichico ha bisogno di un letto d'ospedale, visto che l'organizzazione ospedaliera agisce sempre in funzione della malattia e non di progetti di vita.

Il punto di partenza è stato comunque duplice: da un lato l'indignazione provocata dalle condizioni disumane in cui erano trattati gli internati nei manicomi (accettare quella situazione significava esserne complici); dall'altro la necessità, se si voleva incominciare a capire i bisogni reali delle persone, di accettare il conflitto che ogni soggetto produce, senza difendersi dietro schemi interpretativi diventati ormai dogmi. Si è trattato e si tratta di un processo di liberazione contemporaneo per il malato e per l'operatore.

Il primo nell'uscire dalla prigionia della irrecuperabilità della malattia data per scontata, dalla violenza dell'istituzione, nella conquista di diritti perduti o mai avuti; il secondo, nell'uscire dalla prigione del pregiudizio scientifico, riconoscendo la necessità di una ricomposizione di tutti gli elementi (biologici, psicologici e sociali) presenti non tanto nella malattia di cui l'operatore continua a riconoscere solo i sintomi, quanto nel malato, cioè nella persona che si pretende di curare. Ricomposizione, dunque, di bisogni negati anche dalla parcellizzazione delle discipline. Accettando il rischio della libertà del malato e assumendosene la responsabilità attraverso il sostegno del gruppo, diventa allora possibile reggere la sofferenza, accettarne ogni espressione, per spostare il conflitto ad un livello diverso. Conflitto di potere e di interesse fra l'istituzione e l'assistito, fra il medico e il paziente, ma anche fra il paziente e la famiglia, fra l'adulto e il giovane, il docente e lo scolaro, l'uomo e la donna, l'individuo e la società. Se il conflitto scompare o è appiattito è sempre il più debole a soccombere.

Il processo necessario a questa trasformazione culturale non è dunque semplice e richiede una formazione degli operatori che tenga conto di tutti gli elementi emersi nelle pratiche di questi anni. Una formazione capace di misurarsi e confrontarsi con questa complessità, riconoscendo che se il manicomio ha risposto ad un'esigenza della società nell'espellere gli elementi di disturbo (i più deboli, i più svantaggiati, i più poveri perché solo questi erano internati), la psichiatria l'ha avallata e confermata scientificamente. E' dunque con questo fallimento che deve misurare i propri paradigmi, mentre nella formazione degli

psichiatri e degli psicologi - salvo rarissime eccezioni - non c'è finora traccia di quanto è avvenuto nel settore in questi trent'anni ed il silenzio si fa sempre più paradossale.

Da parte nostra, intendo da parte di chi ha creduto e operato secondo questa linea, si può dire che a vent'anni di distanza dalla riforma, la cultura va mutando soprattutto nelle esperienze che sono passate attraverso il superamento del manicomio: il che significa dove si è vissuta la passione civile, etica e politica del cambiamento e la convinzione forte della disumanità e inutilità dell'internamento, di fronte alla trasformazione di persone in precedenza annientate da una logica di controllo sostenuta solo dalla forza e dalla sopraffazione. Restano, certo, sofferenza, disagi, inadeguatezze (non è stata mai negata questa sofferenza), ma con un aspetto umano che ponendo altre domande, richiede altre risposte e ricevendo altre risposte pone altre domande.

Chi non conosce direttamente il potere di trasformazione della liberazione che vale tanto per il malato quanto per l'operatore, penso difficilmente possa rompere la logica in cui è stato formato e la funzione che per tradizione gli compete. Per questo è utile continuare a parlare di manicomio, non solo perché di fatto ancora esiste, ma anche perché non ci sono sufficienti strumenti culturali e sociali per non ricostruirlo. L'operazione di smantellamento di mura reali e metaforiche, di grate e di rigide codificazioni ha infatti richiesto il rispetto dei diritti della persona, sana o malata, e un confronto della propria disciplina con questi diritti: il che a sua volta esige la capacità di reggere il conflitto che questo confronto produce, senza cancellarlo. Nell'accettazione dell'altro e nel conflitto che ne deriva c'è sempre il rischio di una perdita di sé quando il ruolo non ti difende, non ti ripara. Ma è questa uscita dal ruolo pur giocandolo che consente di passare ad un livello più alto, più comprensibile, più condivisibile per entrambi i poli dell'incontro: che consente dunque di passare da una domanda all'apertura di un'altra domanda qualitativamente diversa.

Per queste ragioni, ora che il superamento del manicomio è dato per accettato anche se non concretamente ovunque attuato, in un momento in cui disoccupazione, impoverimento materiale e culturale di fasce sempre più vaste di popolazione possono alimentare nuove forme di disagio e di sofferenza, quindi di esclusione ed emarginazione, si fa più acuta la necessità di riprendere alcuni elementi problematici delle prime esperienze, di riprendere a domandarci se il rapporto fra discipline individuali e collettive non richieda una messa in discussione più profonda di queste discipline, in nome della necessità di una formazione degli operatori più adeguata ad una realtà che ormai corre su altri binari.