

# INTERVISTA A PEPPE DELL'ACQUA: LA LEGGE BASAGLIA 30 ANNI DOPO

---

Roberto Camarlingi

*Parole chiave: Legge 180, Popolo delle Libertà, cittadinanza, possibilità, contenzione fisica, crisi, cronicità, tempo, territorio, deistituzionalizzazione*

*Domanda. Il 2008 sarà un anno di ricorrenze. Sono quarant'anni dal '68, trenta dalla legge 180, che per il suo carattere di emancipazione del '68 si può considerare figlia. Per te che in quegli anni eri con Basaglia a Trieste, che cosa rappresenta quella legge oggi?*

Non so quanto questa legge sia figlia del '68. Credo che le idee, gli interrogativi, le pratiche originarie che sostennero il lavoro nell'ospedale psichiatrico di Franco Basaglia a Gorizia, di Carlo Manuali a Perugia, di Sergio Piro a Materdomini, in provincia di Salerno, a partire dai primi anni '60, abbiano semmai contribuito ad avviare quella stagione. Proprio nel 1968, il governo di centro sinistra sulla spinta di quelle esperienze varò una legge, "la legge Mariotti", che metteva mano al manicomio, cominciava ad omologarlo all'ospedale civile, introduceva il ricovero volontario, avviava un processo di radicale cambiamento che si concluderà dieci anni dopo.

Quando parliamo della chiusura dei manicomi come dell'unica "rivoluzione che sopravvive", va da sé che pensiamo che ha che fare col '68. Credo invece che la rivoluzione sopravvive perché è sostenuta dalle pratiche, dalla concretezza delle azioni che si sono messe in atto, con la paziente "lunga marcia" attraverso le istituzioni che quella impensabile rottura aveva tumultuosamente avviato. Vedi, il manicomio, il paradigma manicomiale è stato sempre capace di autoriparazioni, di incorporare e depotenziare qualsiasi idea o proposta innovativa. Quando si fanno, ancora nel XIX secolo, le prime esperienze di comunità agricola aperta si comincia a pensare che luoghi normali, aperti, lavoro retribuito sono passaggi obbligati per la cura. Il lavoro entra in manicomio e subito diventa ergoterapia e così il gioco, l'arte, le relazioni, ogni cosa ritorna nella logica dell'istituzione.

Basaglia quando entra per la prima volta nel manicomio di Gorizia, di fronte alla violenza e all'orrore che scopre è costretto a chiedersi angosciato "che cos'è la psichiatria?". Da qui la irreparabile rottura del paradigma. Dopo quasi duecento anni, per la prima volta dalla sua nascita il manicomio, le culture e le pratiche della psichiatria vengono colpite alle radici. È un capovolgimento ormai irreversibile: il malato e non la malattia.

Credo anch'io che nel 2008 parleremo molto dei trent'anni della riforma. E già mi immagino i politici, i giornalisti, gli esperti di ogni cosa, gli psichiatri che diranno della grande utopia di Franco Basaglia e della legge che "non è stata applicata", diranno che "bisogna misurarsi con le conseguenze negative della legge 180", si compiaceranno che

la riforma italiana è la più avanzata al mondo ma che tuttora mancano le strutture, che il malato viene abbandonato, che è il peso sulle famiglie... I più equilibrati parleranno di “luci e ombre” e diranno che dopo trent’anni si può anche osare pensare che la 180 non è un tabù e che si può migliorare. Trentennali luoghi comuni.

## **I soggetti deboli diventano cittadini**

Temo che sarà molto difficile entrare nel merito della questione, riattraversare le interrogazioni che quella stagione poneva con urgenza alle istituzioni, alla politica, ai saperi, all’organizzazione sociale. E che sono oggi ancora attuali.

Temo che pochi vorranno ricordare che in quegli anni abbiamo accettato una scommessa straordinaria che oggi in altri luoghi e con altre forme quotidianamente ci impegna: malati di mente, gli internati, i senza diritto, i soggetti deboli diventano cittadini!

Credo che oggi si possa dire: in Italia niente è più com’era trent’anni fa. Dire che nel campo della salute mentale si sono prodotte, tra l’inizio degli anni ’60 e la fine del ’70, accelerazioni, innovazioni, cambiamenti impensabili e inconfondibili col resto degli altri paesi europei e occidentali. Cambiamenti che hanno restituito possibilità. Intanto la possibilità di restare cittadini, di essere titolari dei propri diritti, di avere la speranza di rimontare il corso delle proprie esistenze, perfino di guarire. Il problema è che chi vive l’esperienza del disturbo mentale, nello stesso momento in cui si ammala e incontra lo sguardo della psichiatria, diventa malato di mente, finisce di essere un cittadino e rischia il crollo, l’annullamento, la perdita dei suoi diritti, della sua dignità, del senso stesso della sua vita.

La legge 180 ha esteso ai matti i diritti costituzionali. Articolo 32: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo... Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. Dunque non più lo stato che obbliga alla cura, che interna, che interdice per salvaguardare l’ordine e la morale; non 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, e rendere esigibile, un fondamentale diritto costituzionale.

A partire da quegli anni siamo stati in grado di vedere le persone che vivono la sofferenza, il dolore della mente in quanto persone e non diagnosi, malattia, oggetti. Persone che faticosamente guadagnano margini, a poco a poco più ampi di libertà. La libertà intesa come possibilità di godere di diritti, di esprimere bisogni, di alimentare desideri, di scoprire i propri sentimenti, in una parola di vivere. Di rientrare nel contratto sociale. Questa libertà è l’impensabile, il singolare prodotto di quella stagione ed è quanto di più salutare si possa immaginare. La libertà è terapeutica, dicevamo allora. La cittadinanza è terapeutica affermò qualche anno fa il cardinale Martini in un convegno milanese. La cittadinanza come imperativo irrinunciabile per affrontare la fatica per attraversarla, la cittadinanza, costruire le infinite minime declinazioni per renderla accessibile. Dunque

è terapeutico, prima di tutto, liberare le persone e garantire loro possibilità.

### **Senso della possibilità contro la malattia della sicurezza**

Ulrich, il protagonista de “L'uomo senza qualità”, in un componimento scolastico scrisse: “Dio fa il mondo e intanto pensa che potrebbe benissimo farlo diverso”. Ne nacque un putiferio, dice Musil, e solo per poco il ragazzo non venne espulso dalla scuola, l'aristocratica Accademia Teresiana di Vienna. Provocazioni del genere erano decisamente pericolose, andavano a scardinare le stesse rigide fondamenta su cui la società poggiava. Una di queste era, come dice un altro scrittore dell'epoca, Stefan Zweig, la “malattia della sicurezza”, che derivava da una concezione assolutamente statica e fissa della realtà. Lo stato delle cose era un dato che non si poteva in alcun modo modificare. Andava accettato e quindi prevalentemente subito. E se qualcuno avesse avuto la malaugurata idea di immaginarlo, un cambiamento, costui era un “nemico del mondo”. Eppure la scandalosa bravata del giovane Ulrich - dice Musil - era niente meno che una pacifica dichiarazione di guerra. che Ulrich, una volta maturato, formulò con due luminose, essenziali parole: “senso della possibilità contro la malattia della sicurezza”.

È a questo senso della possibilità - e qui uso parole basagliane, “dell'impossibile che diventa possibile”, dell'utopia che si traduce in realtà - che bisogna oggi ritornare se vogliamo parlare di salute, di salute mentale, di prossimità, e immaginare un futuro che sappia di cura, di benessere. Per poter vedere questa possibilità dobbiamo allora porci in una dimensione critica, di incertezza.

### **La situazione italiana**

Ma proviamo a fare il punto della situazione italiana: esistono associazioni di persone che hanno vissuto l'esperienza del disturbo mentale, che rivendicano la propria storia, che ci raccontano le loro svolte, le loro conquiste, che ci dicono come è possibile vivere malgrado la malattia, associazioni di familiari che fino all'altro ieri erano condannati alla vergogna, all'isolamento, a restare fuori, condannati a sentirsi colpevoli o perché col proprio sangue avevano trasmesso la malattia o perché con relazioni malate l'avevano covata all'interno della famiglia. Nuove figure sono sulla scena e costituiscono impensabili risorse e incredibili opportunità per tessere reti, strategie, alleanze.

Il campo del lavoro terapeutico è davvero cambiato. Se penso poi alla grande esplosione italiana della cooperazione sociale vedo le infinite opportunità che proprio a partire dai manicomi si sono offerte alle persone con disturbo mentale per formarsi, per entrare nel mondo del lavoro, per riprendere un ruolo sociale e un posto in famiglia; trovo una quantità di giovani e meno giovani, uomini e donne che stanno lavorando, che hanno la patente, che guidano l'automobile, che hanno figli, che si scommettono quotidianamente nella normalità e nella fatica delle relazioni. Vedo persone che malgrado il disturbo schizofrenico, per esempio, giocano con identità diverse le loro relazioni, con consapevolezza e spesso con gioia. Ecco, questo è straordinario.

È accaduto una cosa molto semplice. Le persone con l'esperienza del disturbo mentale, non più i malati di mente, hanno cominciato a porre, concretamente, nella relazione con gli altri la loro presenza, la loro sofferenza, i loro bisogni. È accaduto che finalmente abbiamo potuto guardare e leggere questi bisogni per quello che sono davvero e non più col filtro della psichiatria, della malattia, del sintomo. Non era in discussione la negazione della malattia. "Messa tra parentesi la malattia", si scopriva la possibilità di vedere la malattia stessa ora in relazione alla storia delle persone e non più come qualche cosa che maschera, sovradetermina, condiziona esperienze, relazioni, sentimenti. Ma oggi una svolta si impone. Abbiamo dimostrato che è possibile cambiare e in tanti luoghi si sono realizzate profonde trasformazioni e tuttavia dobbiamo lavorare ancora molto e molto di più perché la vita delle persone che vivono queste esperienze si apra dovunque alla possibilità. Dobbiamo ricominciare a "scandalizzarci" di fronte alle violenze e agli abbandoni che persistono, a rifiutare il grigiore dei luoghi comuni perché vi sia per tutti la certezza che le violenze, le sottrazioni, gli abusi, gli abbandoni, la violazione dei corpi che continuano, vengano banditi. Dobbiamo immaginare una nuova rivoluzione: portare sempre più al centro della scena le persone, sempre più vederle nella loro totalità di affetti, di passioni, di bisogni, di sentimenti. Persone come tutte le altre, la cui dignità e il cui valore devono costituire un limite invalicabile per l'operato delle organizzazioni, delle tecniche, delle amministrazioni.

## **Occhi che non vedono, orecchie che non sentono**

*Domanda. C'è oggi un clima sociale e culturale che restringe gli spazi per la tutela dei diritti delle persone più fragili. Che cosa ne è di quel senso della possibilità, fonte di mille invenzioni e innovazioni nelle pratiche di lavoro sociale?*

Purtroppo, a 30 anni dalla legge, molte persone che vivono esperienze di sofferenza, di abbandono, di mancanza, sono condannate al rischio imminente della marginalizzazione. E questo benché i programmi per l'inclusione siano una priorità per tutti i territori e la legge abbia aperto spiragli di straordinarie possibilità. Possibilità che malgrado tutto rappresentano il grande vantaggio che i cittadini italiani hanno rispetto a quelli di tutti gli altri paesi al mondo. Nel nostro paese, più che in qualsiasi regione europea, è possibile "vedere", dalla posizione privilegiata di chi ha attraversato una riforma radicale, tutto ciò che ci riporta al passato, alla negazione, alla oggettivazione alla manicomialità che quotidianamente si riproduce nell'inerzia, nella miseria dei servizi.

Un grande vantaggio per tutti i cittadini, matti e normali, perché dove vengono tutelati i diritti, più deboli, sicuramente cresce diritto per tutti. Trent'anni dopo, in altri termini il problema rimane: "che cosa facciamo per permettere a queste persone di vivere veramente le possibilità che ora abbiamo riconosciute?". Oggi le persone rischiano di nuovo di essere rinchiusi dentro mura ancora più spesse di quelle del

manicomio. Sono le mura costruite dal ritorno potente e prepotente delle psichiatrie, le mura che separano la malattia dalla vita delle persone, che ricacciano e costringono la vita nelle malattie.

Assistiamo al rinascere, di una psichiatria, della psichiatria, che non è mai morta peraltro, che fonda la sua credibilità sulla promessa, quanto mai infondata oggi, della sicurezza e dell'ordine; il suo potere sull'industria del farmaco, sugli interessi privati, sulle lobby, sulle accademie. Penso con preoccupazione alla formazione dei giovani psichiatri, infermieri, educatori, psicologi che sono ostaggio di queste psichiatrie.

Non vorrei essere frainteso. Sono le culture e le pratiche che dai modelli riduttivi derivano che preoccupano. Dai modelli psicologici o biologici, senza sostanziali differenze. Per esempio. I farmaci leniscono il dolore, attenuano i sintomi, aiutano a stare con meno fatica nelle relazioni, sostengono percorsi di ripresa. Ma quando il modello farmacologico pretende di spiegare la malattia, le emozioni, i sentimenti, le passioni, le paure, la creatività diventa prepotente, falsifica la realtà, riduce ogni cosa. I farmaci, voglio dire il modello farmacologico appunto, impediscono allo psichiatra di vedere la persona che gli sta davanti. Mentre parla pensa alla prescrizione. Non riesce a vedere altro. Basaglia cercando di farmi capire queste cose, era l'ottobre del 1979, ricordò Ernst Toller. Il drammaturgo tedesco, morto suicida a 40 anni dopo l'esperienza del manicomio, aveva scritto che "lo psichiatra è un uomo che ha occhi che non vedono e orecchie che non sentono". E Basaglia aggiungeva, questo non vuol dire che egli non sia capace di vedere e ascoltare gli amici, la moglie, i figli! È quando lo psichiatra ha davanti "il suo malato" che non è più capace di vedere, di ascoltare.

Questa psichiatria è tornata nei luoghi vecchi e nuovi della riforma, nei luoghi dove si era indebolito il suo secolare dominio. È tornata nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) blindati, nelle affollate e immobili strutture residenziali, in comunità senza tempo che si dicono terapeutiche e che si situano fuori dal mondo ruvido delle tensioni e dei conflitti. Nei centri di salute mentale (CSM) vuoti e ridotti a miseri ambulatori. È tornata, in verità questi luoghi non li aveva mai abbandonati, con la rinnovata chimera del farmaco (e da qualche parte, poche per fortuna, dell'elettroshok), con la falsa promessa della medicina e della clinica, alleata alle psicologie più svariate, col candore del camice bianco nelle cliniche private. 4500 letto nella cliniche private.

Luoghi separati dove si parla soltanto di "malattia".

## **Morire di contenzione fisica**

In Italia sono attivi presso gli ospedali civili 285 SPDC. Forse non tutti sanno che ancora oggi, 7 servizi di diagnosi e cura su 10 dichiarano di attuare la contenzione meccanica e di usare un camerino di isolamento. Bisognerebbe chiedersi come mai in 3 SPDC su 10 non si ricorre a questi trattamenti. Luoghi di cura e di accoglienza dove le persone ricoverate rischiano questi inutili maltrattamenti. Dai dati della recente ricerca (2003) che abbiamo condotto con l'Istituto Superiore di Sanità risulta

che nell'unità di tempo, nei 3 giorni fissati per la rilevazione sul campo, in 3 su 10 degli SPDC visitati, c'era almeno una persona legata. Fino a 4 contemporaneamente in alcuni. Gli uomini molto di più che le donne. E chi sa perché gli immigrati più dei locali. In uno poi ad essere legata era una ragazzina di 14 anni. Tutto questo sta nelle cose, soprusi quotidiani, crimini di pace, che svaniscono nel grigiore dei luoghi comuni. Che nessuno vede. Polvere da nascondere sotto il tappeto. Ma c'è di peggio. Non si dice che nei reparti di neuropsichiatria infantile, credo anche a Torino, bambini tra i 9 e 14 anni vengono legati al letto e trattati con dosi eroiche di psicofarmaci. Soltanto nel corso degli ultimi 2 anni almeno 3 persone a causa delle dosi massicce di psicofarmaci, dell'immobilità dovuta alla contenzione sono morte legate ai letti. In ricche, civili e insospettabili città, nel sud come nel nord del nostro paese. Quando ho raccontato questo agli studenti di psicologia del mio corso una ragazza, poco più che ventenne, mi ha chiesto perché se le persone vengono così pesantemente sedate sono contemporaneamente contenute. Bella domanda!

Quando si parla di contenzione c'è sempre qualcuno, che dice: "Beh! ma quello era violento, quell'altro era pericoloso, bisognava proteggere gli altri.." e ancora "...lo hanno fatto per il mio bene, e poi mancava il personale...". No, no non è così, non è assolutamente così. Ma ammettiamo pure che la contenzione sia una necessità conseguente alle carenze organizzative, alla povertà delle risorse. Resta la questione dell'inviolabilità del corpo, della dignità della persona, del diritto. Come se la mancanza reiterata di un maestro o una scuola pericolante abolisse di colpo il diritto all'istruzione. Si grida alla malasanità, in maniera gratuita per altro, quando un esame radiologico, il più delle volte inutile, viene rinviato. Dei diagnosi e cura nessuno parla. Come se un gesto così lesivo e inutile si giustificasse come normale pratica, come necessario atto medico. Ma dove finisce la dignità delle persone, l'eticità dell'atto medico quando vediamo morire una persona legata a un letto?

Senza dire poi che la validazione psichiatrica e medica della contenzione conferma pratiche spaventose negli istituti per anziani dove colpisce nel silenzio più totale i nostri padri, i nostri nonni. Nei luoghi benevoli, si immagina, dell'accoglienza, chi ha vissuto una vita di lavoro, di sfide, di affetti, viene zittito e legato al letto. Il più delle volte in lenzuola sporche, con la faccia rivolta al muro. Tutto questo genera la medicina quando rifiuta di scommettersi con le persone. Non nego, la necessità della medicina, ma la salute, la salute mentale è un'altra cosa, le persone sono un'altra cosa.

Vedi, io non ti sto parlando della violenza nelle strade, dell'incertezza della nostra vita quotidiana, di psicopatici violenti e minacciosi, ti sto parlando della nostra violenza, della violenza delle istituzioni che teniamo in piedi, dei modelli, dei saperi che si riproducono lontano dalla gente, dal loro bisogno, dalla loro vita.

*Domanda. Tu dici, la violenza da cui dobbiamo guardarci è questa, non quella dei matti.*

*Una violenza legittimata dalla scienza e sostenuta dal mercato dei farmaci. È così?*

Questo certamente. È preoccupante l'immagine che questa "scienza" costruisce della sofferenza psichica. La sofferenza, appunto, la follia. In un breve testo del '79 che ho rivisto di recente Basaglia scriveva: "Quello che voglio dire è che per noi la follia è vita, tragedia, tensione. È una cosa seria. La malattia mentale invece è il vuoto, il ridicolo, la mistificazione di una cosa che non c'è, la costruzione a posteriori per tenere celata, nascosta l'irrazionalità". Intorno a questo vuoto la malattia mentale alimenta la pericolosità, l'inguaribilità, l'incomprensibilità, l'irresponsabilità, l'improduttività e da qui la necessità di contenere, di allontanare, rinchiodere. Queste culture e queste pratiche alimentate dalle psichiatrie e dagli abbandoni amministrativi generano il pregiudizio, lo stigma, la discriminazione. I governi europei, le società degli psichiatri, di recente la WPA, la World Psychiatric Association, lanciano campagne di comunicazione sociale articolate, molto ben fatte. Ma quali campagne contro lo stigma possono fare governi e psichiatrie quando poi se uno si ammala viene ricoverato il più delle volte in reparti bunker, rimane legato per giorni e giorni e rischia di morire in quel modo?

Le immagini e i messaggi vogliono convincerci che i matti non sono pericolosi, che bisogna accoglierli con comprensione e rispetto, che possono essere produttivi, perfino geniali! Lo sappiamo bene! Ma allora perché gli stessi governi tollerano che quelle psichiatrie continuano a legare, a chiudere, a mortificare?

## **Non perdere mai la possibilità di vivere la propria vita**

Trentacinque anni di lavoro hanno dimostrato, se ce ne fosse stato bisogno, che chi sta male non ha mai bisogno di essere rinchiodato, che deve poter vivere le sue relazioni, che non deve perdere neanche per un attimo la possibilità di vivere la sua vita.

Potrei raccontarti tante storie di persone che malgrado la severità della loro malattia mai hanno subito restrizioni e mortificazioni e hanno potuto trovare la loro strada. Curare significa prima di tutto non fare danni. Vedi, vivere con la schizofrenia non ha impedito a Gianni, un ragazzo che oggi ha 32 anni, di diventare il portiere dell'albergo della cooperativa, non ha impedito a Marina di laurearsi in chimica concludendo il suo dottorato in Svezia e di essere una ricercatrice, non ha impedito a Nicole di riprendere il suo lavoro e di diventare la splendida madre che è.

Vivere dolorosamente con la schizofrenia ha permesso, malgrado tutto, a Paolo di andare almeno il martedì pomeriggio all'allenamento della squadra di calcio della sua associazione, a Silvia di essere una brava banconiera al bar della cooperativa, a Mauro di partecipare al gruppo di scrittura. Potrei raccontarti di quella volta che Giorgio, aveva poco più di vent'anni, ci aveva messo in ginocchio. Nessuno di noi pensò che bisognava catturarlo e rinchiodarlo da qualche parte. Si era chiuso nella stanza, sigillando col nastro adesivo porte e finestre, e la paura di essere avvelenato lo aveva costretto ad un digiuno inesorabile, che lo aveva reso cattivo, perfino malvagio. Malvagio e violen-

to con sua madre. L'intervento degli operatori del centro, e giorno dopo giorno una durissima trattativa durata più di una settimana, fino al trattamento sanitario obbligatorio realizzato con la muta partecipazione di Giorgio. E poi via da casa, le parole, il farmaco, il centro di salute mentale, le cure. Giorgio oggi lavora come giardiniere in cooperativa e ha ricominciato a parlare, con molta fatica ma con meno rancore anche con sua madre.

Vedi, il ritorno di questa psichiatria che non vede le storie crea l'immagine dell'inguaribilità. Crea un'identità a una sola dimensione, non c'è altra identità possibile se non quella di malato di mente. Anche le migliori intenzioni delle comunità terapeutiche e delle cooperative sociali vengono indebolite e condizionate da queste psichiatrie.

### **Tra crisi e cronicità c'è il vuoto**

Comunità terapeutiche e cooperative si collocano infatti dentro un modello che vede - adesso uso due parole della medicina e della psichiatria - da una parte la "crisi", o meglio l'acuzie, dall'altra la "cronicità", parola che pensavamo di aver cancellato in questi anni di cambiamento dal nostro vocabolario. La crisi si colloca negli SPDC o, come tra l'altro nel Lazio e in Emilia, in cliniche private convenzionate, la cronicità sedimenta nelle comunità terapeutiche e residenziali, negli istituti pubblici e religiosi, nei luoghi della formazione senza fine, dei centri diurni infantilizzanti, nelle cooperative assistite. Alcuni esempi per farmi capire. La miseria scandalosa dell'istituto Giovanni XXIII con più di 300 ricoverati a Serra d'Aiello in Calabria è solo la più drammatica evidenza di un sommerso che fingiamo di non vedere; ma fingiamo di non vedere gli istituti e le comunità nel sistema lombardo coi suoi diagnosi e cura chiusi dal Niguarda di Milano, a Bergamo, a Brescia, solo Mantova lavora a porte aperte e dimostra che ovunque è possibile fare diversamente, anche in Lombardia; e le cosiddette comunità riabilitative e terapeutiche in Sicilia con 40 posti letto neanche le immaginiamo, solo a Catania si contano più di 700 posti di questo tipo. Provate a pensare alla quantità di danaro pubblico che gira e alle condizioni in genere tristissime e senza futuro di migliaia di persone. Siccome le rette vengono pagati per letti occupati le persone non vengono mai dimesse. Almeno fino a quando si presenti un altro da ricoverare.

Voglio dire che tra crisi e cronicità c'è il vuoto, un abisso. Come se la vita delle persone non potesse esistere al di fuori di queste definizioni. È così poco sviluppato il lavoro nei territori, la presa in carico, il centro di salute mentale aperto 24 ore che acuto e cronico finiscono per determinare i percorsi di cura. Ecco perché le comunità rischiano di diventare dei terminali e non più dei percorsi terapeutici. Le cooperative luoghi di intrattenimento. Entrambe luoghi di scarico della medicina psichiatrica. E questo a prescindere da quanto accoglienti o quanto ricche o quanto attrezzate esse siano. A volte quando vedo la piattezza che generano alcuni di questi luoghi che avevamo pensato come luoghi di possibilità viene voglia di chiuderli tutti, questi luoghi. Io dico sempre, permettimi di scherzare, che se diventassi ministro della salute, chiederei aiuto

al ministro della difesa per bombardare, dopo averle evacuate beninteso, e con bombe intelligentissime tutte le comunità che ci sono in Italia. È una battuta per dire con preoccupazione che le comunità oggi sono diventate i contenitori dell'impossibilità, della cronicità, della malattia riprodotta da quelle "certezze" scientifiche.

Abbiamo bisogno di ritrovare la dimensione della critica, della dialettica! Gli attacchi alla legge 180 che abbiamo dovuto sopportare ci hanno costretto ad abbassare lo sguardo critico. Credo che proprio quanto di straordinario è accaduto in questi anni deve spingerci a ricominciare. Basaglia ha cominciato interrogando. Com'è possibile che questa psichiatria, fondandosi su una scientificità così rarefatta, su strumenti così incerti, possa produrre certezze che annientano le persone? Come accade che questa scienza possa violentare nel corpo e nell'anima le persone?

Sono queste le domande che devono ritornare ad alimentare le nostre pratiche.

Mancate risposte, discontinuità, assenze, contenzioni e silenziamento costringono progressivamente le persone, giorno dopo giorno, verso le periferie delle nostre città, del nostro sguardo e della nostra anima. E una volta messe al margine attraverso passaggi che sono evidenti e ricostruibili fanno fatica a rimontare. Così dal diagnosi e cura, all'associazione, al carcere, alla cooperativa sociale, all'ambulatorio, alla comunità si costruisce un circuito senza fine. Questi passaggi cominciano da un punto qualsiasi del circuito, incontrano fragili attenzioni, frammentarie prese in carico, rotture e ricoveri, isolamento e trasgressioni, servizi ambulatoriali territoriali trasparenti, incapaci di trattenere, servizi sociali burocrattizzati. Ogni servizio, ogni stazione di questo circuito, offre una risposta relativa alla sua competenza, una risposta parziale. Tutti rispondono per un pezzo. Il problema, il bisogno complessivo della persona resta inascoltato. Tutti hanno assolto al loro compito, nessuno ha mancato. La persona con la sua domanda continua a girare sempre più muovendo verso la periferia.

## **Abitare le distanze**

*Domanda. Se questa è la realtà, certo lontana dalla filosofia e dai desideri della 180, quali proposte possono provare ad avvicinarla? Come restituire possibilità e diritti alle persone?*

Ci sono pratiche diffuse che dimostrano che è possibile, che nuovi destini sono già realtà. Che è alla nostra portata costruire percorsi e opportunità di ripresa. Esperienze esemplari e proposte ce ne sono, sono anni che lavoriamo cercando di costruire alleanze e riconoscere e valorizzare le buone pratiche. Prima ancora di parlare di proposte organizzative, di modelli, bisogna ripartire da un gesto, da una scelta fondativa. Basaglia entra nel manicomio di Gorizia e azzera la gerarchia, trasgredisce la distanza tra il medico e il paziente, scommette il suo potere e il suo sapere clinico con le persone. La riduzione delle distanze e la restituzione di possibilità si realizza nell'estenuante lavoro pratico. Alla fine abbiamo capito che non esiste altro valore nelle nostre azioni se non quando producono cose che si fanno e che si vedono. Che sono evidenti nella loro

forza trasformativa, nella loro intenzione critica e antagonista.

Anche la psichiatria parla di “evidence based”, è vero, ma sai quali sono le loro evidenze? Di come funzionano i farmaci, di come bisogna legare le persone, di come difendersi con sicurezza dall’aggressività e dalla pericolosità del paziente psichiatrico. Queste sono le loro evidenze. Le evidenze sulle quali invece noi dobbiamo lavorare sono le evidenze delle pratiche.

Allora quello che per noi è risultato evidente in questi anni è che i territori vanno abitati, che la distanza che si crea tra noi e l’altro va abitata, che la follia va abitata. La follia, non la malattia mentale. Perché la follia è una cosa serissima, ha a che fare con la vita, con la sofferenza, con la mancanza, con la prevaricazione, ma ha a che vedere anche con qualcosa di straordinario. L’altro giorno a Trieste un ragazzo ci ha fatto una lezione bellissima sulla psicosi: “Ma non pensate - ci ha detto - che quando stavo male stessi proprio così male. Ero felice della mia onnipotenza in quel momento, e la vostra vicinanza (degli operatori voleva dire) mi ha permesso di vivere quella felicità”. Abitare queste distanze allora. Ma queste distanze non si superano soltanto con la solidarietà, soltanto con la buona volontà. Si superano cominciando a costruire una cultura diversa da quella che crea la distanza. Cultura diversa è già la solidarietà, ma sarebbe fragilissima se non fosse sostenuta dalla critica serrata a quelle scienze che producono queste distanze, questi oggetti. Il malato di mente, alieno non lo crea lo sguardo del vicino di casa, il pregiudizio della pericolosità, il vigile urbano, il carabiniere, lo crea, lo conferma e lo riproduce quella scienza, quella psichiatria che ha costruito i manicomi e che oggi continua a creare distanze. Allora è da lì che dobbiamo ripartire. E non dobbiamo rinunciare ai valori, alle ideologie. È necessario tornare a interrogarsi, creare tensioni, alimentare incertezze intorno alle storie delle persone.

Ripeto, non sto dicendo che non esiste il disturbo mentale, che non esiste la sofferenza che si genera in quelle particolari circostanze. Non sto dicendo che non esiste un rischio di morire, di farsi male o di fare del male per le persone che vivono l’esperienza. Ma sto dicendo che tutto questo, tanto più riusciamo ad avvicinarlo, a frequentarlo, ad abitarlo, tanto più il rischio si riduce. Fino ad annullarsi.

## **Cosa significa abitare il territorio?**

*Domanda. La centralità del territorio è sempre stata una caratteristica dell’esperienza triestina. Oggi che cosa significa per l’equipe che dirige abitare il territorio?*

Significa costruire e far funzionare servizi territoriali che, distanziandosi dal modello clinico-ospedaliero, vadano incontro alle persone e sappiano valorizzare il capitale umano che le persone sempre posseggono, le risorse della rete, i rapporti sociali.

A Trieste mentre il manicomio si apriva e si trasformava fino a cessare, nel 1980, tutte le sue funzioni si progettava la rete dei servizi territoriali con centri di salute mentale aperti 24 ore su 24. Ancora prima della legge 180.

L'ospedale psichiatrico contava 1200 internati oggi il dipartimento di salute mentale si occupa di 242 mila abitanti, Trieste e la sua provincia. Ogni 60 mila abitanti, ogni distretto, un centro di salute mentale funzionante 24 ore con 6/8 posti letto, una cucina, una mensa, spazi di incontro e di riunione. Anche la Clinica Psichiatrica Universitaria integrata nel DSM dal 1999, gestisce un CSM per un'area di 12000 abitanti. In ogni centro una equipe di circa 35 persone tra psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, psichiatri vedono in media nel corso dell'anno circa 800 persone. Assicurano continuità e presa in carico forte e quasi quotidiana ad almeno 300 persone. Rispondono all'urgenza, meglio direi alla crisi in tempo reale. Considerando anche quelli che vengono in contatto con il SPDC sono più di 4000 le persone che in un anno attraversano il dipartimento di salute mentale.

Di fatto il servizio di diagnosi e cura presso l'ospedale civile lavora con 6 posti letto, un solo psichiatra e 14 infermieri. Tutti i medici dei centri ruotano a coprire le 24 ore del servizio. Le porte sono sempre aperte. Nessuno mai è stato legato. Intendo dal 1971. Nel corso di un anno 14/16 persone vengono sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio, 6 ogni 100 mila abitanti. Il tasso in Italia si attesta intorno 25/ 30 per 100 mila. Questi trattamenti per due terzi vengono attuati nei centri di salute mentale e non in SPDC.

Circa 12 strutture abitative comunitarie e di convivenza costituiscono l'offerta dell'abitare assistito per circa 60 persone. Due posti ogni 10 mila abitanti. Tutte le residenze sono gestite da cooperative sociali in rapporto strettissimo con le unità operative del dipartimento, in particolare da operatori che costituiscono quello che chiamiamo il Servizio per l'abilitazione e la residenzialità. Tutti gli ospiti delle residenze sono titolari di un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, quello che chiamiamo budget di salute. Il programma è frutto della coprogettazione di tutti gli attori coinvolti. Cooperative, dsm, associazioni, servizi sociali. Gruppi di convivenza autogestiti vengono promossi e sostenuti dagli operatori dei centri. Il servizio per l'abilitazione e la residenzialità accredita 15 cooperative di tipo B che hanno raggiunto livelli di imprenditoria sociale molto elevati. Gestiscono molti servizi aziendali e di altre istituzioni pubbliche: catering, trasporti, giardineria, lavori di ufficio e di archiviazione, progettazione grafica e stampa. Una cooperativa gestisce un ristorante e un albergo. Un'altra una radio. Ogni anno 150 persone accedono a percorsi di formazione e di questi circa 25 vengono assunti sia in cooperative che in aziende pubbliche e private.

Programmi per i familiari sono attivi con corsi, incontri tematici, attività di auto-aiuto. Le associazioni hanno spazio e ascolto istituzionalmente concordato.

Destiniamo molta attenzione e risorse al protagonismo delle persone con l'esperienza che si articola attraverso club culturali, associazioni sportive e di volontariato, associazioni di genere. Molto si investe nel promuovere l'utilizzazione delle risorse informali. In totale gli operatori impegnati nel DSM sono 230, circa uno ogni 1000 abitanti (oltre il minimo di uno a 1500 previsto dal Progetto Obiettivo 1998/2000 ). Il costo

totale nel 2007 a bilancio consuntivo è stato di 18 milioni di euro. Il costo dell'OPP fu nel 1971 fu di 5 miliardi di lire pari oggi a circa 30 milioni di euro.

Il lavoro di integrazione con distretti e servizi sociali è una priorità e di recente si va articolando con un progetto aziendale che chiamiamo di microarea. Circa 20 aree della città, ognuna di poco più di 2 mila abitanti, sperimentano interventi intensivi di integrazione condotti da tutte le unità operative aziendali e comunali: distretti (anziani, handicap, adolescenti, famiglie, ADI, specialistica), DSM, dipartimento delle dipendenze, servizi sociali.

Accanto allo sviluppo dei servizi di prossimità è attivo da dieci anni un progetto molto articolato di prevenzione del comportamento suicidario. Il tasso elevatissimo a Trieste - 25 per 100 mila abitanti nei dieci anni precedenti il progetto di prevenzione - è sceso nel decennio di sperimentazione a 14. Una diminuzione di quasi il 40%.

Dal 1980 è attivo un gruppo di lavoro in carcere. Oggi non c'è una sola persona in ospedale psichiatrico giudiziario. Zero. Nei 6 OPG attivi in Italia sono 1200, vale a dire 20 ogni milione di abitanti.

Il DSM di Trieste è centro collaboratore dell'OMS ed è stato invitato a presentare questi dati nella plenaria della conferenza di Helsinki del 2005 davanti ai rappresentanti dei 53 paesi europei partecipanti. Perché unica realtà operativa che poteva mostrare, in Europa, un quadro complessivo di organizzazione, programmi e pratiche innovative.

## **Mettersi in relazione alla persona**

*Domanda. Ma perché andare nei territori? Perché questo secondo te è il luogo?*

La Malattia, la diagnosi, la clinica in una parola, va messa alla prova proprio nella dimensione territoriale. Il lavoro che bisogna fare per incontrare le persone si situa proprio in quello spazio dialettico, 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 privilegiato del lavoro terapeutico, della riabilitazione, dell'inclusione, e tanto più, collocandosi in questa dimensione, la clinica e la malattia assumono una diversa visibilità, si mettono in relazione alla persona.

In questa sequenza si deve collocare la scelta della comunità. Nel territorio assume consistenza il senso e l'efficacia della "presa in carico" del lavoro terapeutico. In continuità e indissolubilmente connessi al lavoro terapeutico, i percorsi di formazione e di inserimento lavorativo, la presenza della cooperazione sociale, il sostegno a tutte le forme dell'abitare, garantiscono la permanenza delle persone nel contratto sociale e limitano il rischio di marginalizzazione. Nel territorio la presa in carico delle persone deve poter durare il tempo di una vita, senza che per questo la vita stessa si definisca come malattia, cronicità, inguaribilità, esclusione.

## **Vivere la possibilità: luoghi da inventare, tempi da costruire**

Il luogo della presa in carico, della cura, della riabilitazione non può essere se non un luogo da inventare, da costruire nelle relazioni del quotidiano, da organizzare nel riconoscimento dei soggetti, dei poteri, delle istituzioni che costituiscono quel territorio. Il luogo della cura non può che collocarsi proprio sulla soglia della casa delle persone. Come sulla soglia del Servizio di Salute Mentale.

Andare nel territorio, per noi, significa scoprire un tempo che è un tempo completamente diverso dal tempo della clinica, dal tempo della malattia. Quando prima ho detto “pensavamo che la cronicità non esistesse più” è perché a Trieste e in tanti luoghi in Italia, lì dove davvero funzionano i centri di salute mentale, lì dove le cooperative entrano nel mercato e producono lavoro, lì dove i servizi di diagnosi e cura sono aperti e attraversabili, lì dove esistono appunto i luoghi dell’abitare, ebbene in questi luoghi la cronicità non c’è più. Ma non c’è perché garantiamo alle persone di vivere la cittadinanza, di vivere con dignità, di vivere in una possibile prospettiva di vita. Ancora una volta: di vivere la possibilità.

Conosco persone che avevano la mia stessa età quando ho iniziato a lavorare 36 anni fa e le conosco ancora adesso. Sono guarite?, mi domanderai. Potrei dirti di sì, però poi a una valutazione psichiatrica, a un esame obiettivo, i miei colleghi psichiatri potrebbero forse dire che hanno un delirio cronico, si potrebbe dire che hanno una schizofrenia residuale, che hanno un restringimento della vita affettiva e relazionale, dunque, si direbbe, che sono malati e sono malati cronici. Ma io continuo a dirti che sono guariti. Hanno recuperato un loro ruolo, vivono relazioni familiari e amicali, attraversano luoghi e tempi della città, insomma stanno vivendo la loro vita. Stanno vivendo in una dimensione di possibilità.

Vedi, il tempo assume un valore decisivo anche nel momento della crisi. Nel territorio possiamo condividere e valorizzare il tempo della persona, il tempo della crisi, il tempo di una sofferenza che non può avere limiti di tempo. Il tempo dell’attesa, il tempo della negoziazione, il tempo del riconoscimento. Dare tempo, avere tempo, rispettare il tempo, stare nel tempo delle persone. La medicina è abituata a rinchiudere l’acuzie in un tempo definito. Opera una frattura nella vita delle persone. Ti ho detto che condivido percorsi con persone che conosco da 36 anni, e finché non morirò, andrò avanti a frequentarle. E forse qualcuno di questi miei compagni, oramai amici da una vita, mi sosterrà nella mia vecchiaia.

## **Si può fare in un altro modo. Ma a chi interessa?**

*Domanda. Un anno prima di morire nelle sue Conferenze brasiliane Basaglia diceva: «Potrà accadere che i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so». A distanza di trent’anni dalla legge che ha cercato di restituire al folle la sua possibilità, questa scommessa sembra incontrare non meno impedimenti di un tempo. Come sostenerla?*

Basaglia continuava dicendo che “abbiamo dimostrato che “il folle” può essere curato in un altro modo e questo è importante. Io non credo che se una nostra azione si generalizza significa che abbiamo vinto. La questione è un'altra: ora sappiamo che si può fare”.

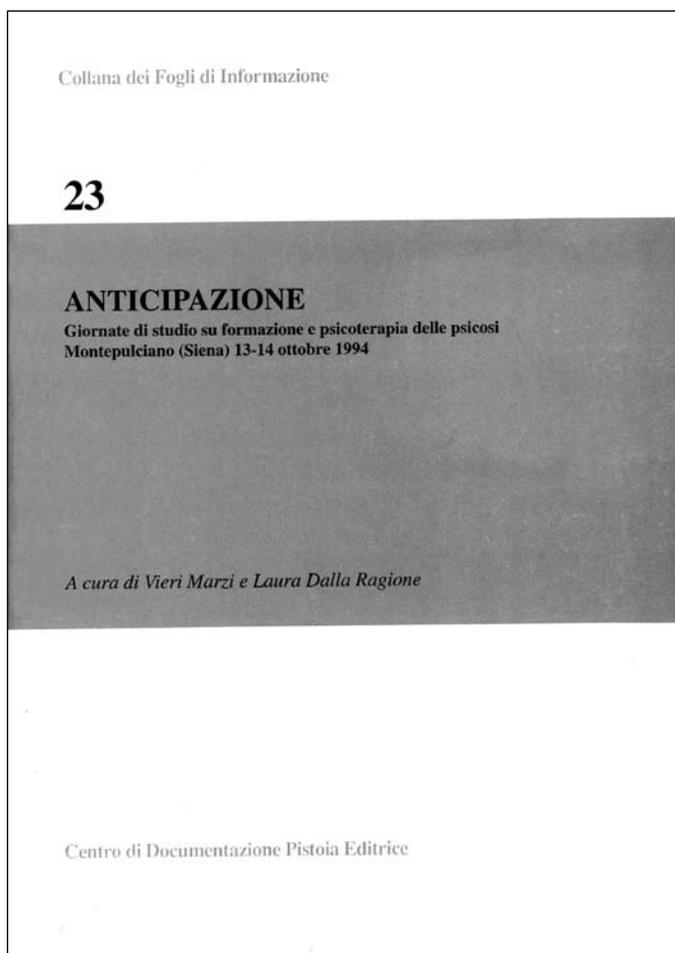
Il problema è che nessuno sembra interessato a conoscere, veramente, come si può curare in un altro modo. Quanto ti ho detto a proposito del lavoro e dell'organizzazione di Trieste è la dimostrazione che si può fare in un altro modo ma, ripeto, nessuno è interessato a vedere. Ogni anno centinaia di operatori dall'Australia al Giappone agli Stati Uniti vengono a trovarci per vedere come si può fare in un altro modo. In aprile, per esempio, aspettiamo la visita del Ministro alla Salute dello stato australiano di Victoria. Già nei mesi scorsi alcuni parlamentari australiani sono stati qui e hanno relazionato al loro Parlamento. Il DSM per la sua attività è stato valutato dall'OMS e individuato come centro europeo leader per l'innovazione nei servizi di salute mentale comunitaria. Mai un Ministro della Salute ha prestato veramente interesse a come questo cambiamento poteva concretamente avvenire. Ma non c'è solo Trieste. Cose straordinarie stanno avvenendo in Sardegna, sono avvenute ad Aversa, a Pistoia, a Mantova, in tutta la Regione Friuli Venezia Giulia e in tanti altri luoghi. Gli operatori in queste realtà dimostrano che i “folli” possono essere curati in un altro modo. Tutti sanno che si può fare. Nessuno, in realtà - sto pensando alla psichiatria - è interessato a vedere, la Società Italiana di Psichiatria è disattenta se non ostile a questi concreti modi di curare in altra maniera.

Mentre ti dico questo penso a Brecht e alla “Vita di Galileo”. A un certo punto della rappresentazione Galileo ha vicino a sé i due inquisitori. È in corso il processo per eresia. Galileo è al cannocchiale e invita gli inquisitori ad osservare. Vedrebbero il movimento della luna. Ma i due parlottano tra loro, irridono il vecchio che vuole far mettere il loro occhio nel tubo di ottone. Si rifiutano di vedere che il mondo si muove in un'altro modo.

Ma penso anche all'epidemiologo John Snow. Il medico fondatore dell'epidemiologia. Durante l'epidemia di colera che colpisce Londra egli, osservando la mappa della città nota che il colera è localizzato in zone ben circoscritte. Deduce, e poi ne è certo, che è il pozzo che alimenta quelle aree a produrre la malattia. Ignora l'esistenza del vibrione del colera, dunque non può dimostrare che quell'acqua è inquinata. Le autorità locali, i medici del Royal College, dicono “questo è matto!”. L'acqua è limpida, aldilà di ogni sospetto. Si rifiutano di riconoscere un altro modo per decifrare quel fenomeno. John Snow è talmente convinto di questa cosa che distrugge i pozzi nottetempo con l'aiuto dei suoi amici. E il colera cessa.

Penso anche a Ignac Semmelweis, il medico di Budapest che diventerà matto. La sua storia è raccontata da Céline in un dramma straordinario. Semmelweis ha intuito una cosa semplicissima. Le puerpere muoiono di più in ospedale che a casa propria. La moria di giovani donne è drammatica nell'ospedale di Vienna. Intuisce che i medici che

assistono le partorienti non si lavano le mani e, il più delle volte, si avvicinano a queste donne dopo essere stati in sala settoria. Con una dimostrazione rudimentale ma molto efficace cerca di dire ai suoi colleghi che bisogna lavarsi le mani, magari con un po' di calce. Nel suo reparto le donne non muoiono. I grandi medici viennesi non possono credere alle dimostrazioni del medico di Budapest. Non ci sono le evidenze dicono. Semmelweis insiste, viene cacciato, torna a Budapest e diventa matto. Solo dopo la sua morte la sua scoperta viene riconosciuta. Credo che oggi abbiamo bisogno, con testardaggine, di rischiare l'inquisizione, di distruggere pozzi o di diventare matti (e chiudere manicomi) per affermare "un altro modo" malgrado le resistenze dei saperi e dei poteri, delle accademie. Ciò che è accaduto in Italia è chiaro e i cambiamenti sono evidenti nelle pratiche, nella vita e nei diversi destini delle persone.<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Da Animazione Sociale, mensile edito dal Gruppo Abele di Torino, numero di gennaio 2008, intervista a Giuseppe Dell'Acqua a cura di Roberto Camarlinghi