

A 180 GRADI

Angelo Cassin e Francesco Stoppa - Psichiatri, Pordenone

Parole chiave: Legge 180, ascolto, clinica

Il primo dovere di un medico - così si dice nel film di Bergman *Il posto delle fragole* - è chiedere perdono. E di cosa dovremmo scusarci, se non della presunzione che ci porta a oggettivare il malato e, spesso, a metterci a suo completo servizio per pensarci più forti della malattia?

È indubbio che il viraggio - culturale prima ancora che legislativo o organizzativo - che la legge 180 ha impresso al tradizionale rapporto cittadino/istituzione favorisce la partecipazione attiva del primo al suo percorso di cura limitando con ciò l'interventismo del tecnico. Trattandosi di persone gestite in istituzioni totali, si trattava, già allora, nel '78, di affermare un diritto di cittadinanza che non può che declinarsi anche come *dovere di cittadinanza*.

La legge 180, ha giustamente sostenuto Peppe Dell'Acqua, ha aperto uno scenario etico. Il che non equivale al riconoscimento dei soli diritti civili, ma anche del diritto alle cure e alla salute. Nei manicomi non esistevano le condizioni minime per l'ascolto e la comprensione del disagio, mentre indubbiamente, dal '78 in poi, è divenuto possibile riparlare di una clinica non segregativa.

Non si può negare che esistono (e, purtroppo, che dialogano assai male tra loro) due diversi modi di tenere conto della lezione di Basaglia: uno che ricentra l'approccio al malato e alla famiglia riammettendo l'importanza della clinica, e l'altro che sottolinea soprattutto l'incidenza dei fattori sociali nelle condizioni di disagio ed esclusione. Tuttavia l'etica del limite cui accennavamo all'inizio (evidentemente innanzitutto il limite del nostro potere terapeutico, ma anche della nostra foga liberatoria dell'altro) non la si apprende veramente che nell'ascolto della persona che soffre, che tale sofferenza riguardi - ammesso che la distinzione abbia senso - il suo mondo interno o la sua realtà sociale. È così che ci piace pensare la clinica, non tanto la clinica classica dello sguardo

(anche se non sarebbe male che i giovani psichiatri ritrovassero il gusto dell'osservazione e si affidassero meno alle certezze della *evidence based medicine* o della farmacopea), quanto la clinica, appunto, dell'ascolto. Solo il quotidiano *inclinarsi* dell'operatore nell'ascolto della sofferenza singolare del suo paziente lo abilita al suo compito di curante e evita di esporre colui di cui si occupa ai congeniti rischi segregativi insiti in ogni approccio istituzionale.

C'è peraltro da tener conto dei cambiamenti sociali che, soprattutto negli ultimi dieci anni, hanno determinato nuove forme di disagio. Del fatto che saremo sempre più spesso chiamati a rispondere della sofferenza di persone che non sono tanto gli ultimi, gli esclusi, ma i figli del benessere: soggetti che non soffrono per la mancanza di qualcosa, ma il cui dolore - tante volte così difficile da trattare - risente, al contrario, di "un troppo". E abbiamo non poco lavoro che ci attende per pensare e attrezzare il giusto setting per l'ascolto e l'accoglimento di queste persone e delle loro famiglie.

Ci pare dunque importante, più ancora del celebrare l'atto fondativo che ha dato avvio al superamento delle forme segregative di ieri, tenere gli occhi ben aperti sulle forme della segregazione d'oggi. Già negli anni '60 Basaglia - e con lui Foucault - profetizzava che all'istituzione totale, reclusiva, ne sarebbe subentrata un'altra, inclusiva: tutti dentro, sani e malati (l'alienazione, infatti - altro grande insegnamento di Franco Basaglia - non risparmia nessuno), ugualmente omologati nel godimento dei beni generosamente elargiti dal mercato, e tutti ugualmente affrancati dai vincoli della nostra condizione umana grazie ai progressi delle tecnoscienze. Quale restituzione della delega in questo programma di invalidazione assistita? Invalidazione, beninteso, del desiderio soggettivo, in questa enfaticizzazione della logica dei bisogni e della risposta a 360 gradi.

È per questo che, per noi, la fedeltà ad un'idea passa attraverso l'assunzione di un limite alla nostra stessa pretesa di onnipotenza riabilitativa, emancipativa, dell'altro, dell'utente (significativo lo slittamento da "paziente" - colui che ha un *pathos* - a "utente", cioè consumatore). Specie quando l'idea alla quale si vuole restare fedeli muove da un'etica della responsabilizzazione di ciascun soggetto, malato o sedicente sano.

Una psichiatria a 360 gradi («Dobbiamo occuparci in toto dei bisogni del nostro assistito») ci pare contenere in sé il rischio di una riproposizione in chiave neocapitalista dell'istituzione totale. Allo stesso modo in cui una visione ingenua e perciò pericolosa della distrettualizzazione - in particolare laddove prevede il superamento dei dipartimenti di salute mentale - ci sembra realizzare lo smembramento specialistico del cosiddetto utente nella macchina dei servizi socio-assistenziali, in una realtà polverizzata di non-luoghi dove lui e il suo operatore (la cosa in alcune zone d'Italia già avviene) condividono mestamente la dimensione di anonimato e omogeneizzazione propria del cittadino del mercato globale.

E allora è una questione di sana sopravvivenza, oggi, nell'epoca dell'aziendalizzazione, tenere vivo il dibattito critico sulle forme della clinica, le pratiche d'équipe, l'analisi istituzionale, il lavoro in rete, per garantire un approccio realmente politico ai temi

della salute mentale di un certo territorio. Un *certo* territorio, perché una psichiatria pensata in maniera omogenea per tutte le aree, e che di conseguenza privilegia un unico modello che sarebbe quello buono per tutto il Paese, oltre a non tener conto del fatto che l'Italia è la nazione per antonomasia delle differenze, ci sembra non consona al pensiero innovativo che ha ispirato la 180 così come la più recente legge 328. Nel lavoro istituzionale si tratta sempre, in fondo, di tentare di coniugare l'universale (le normative, le organizzazioni, le ideologie, anche le più innovative) col particolare (quel certo territorio, quel determinato servizio e, soprattutto, quel singolo paziente).

Noi crediamo che sia necessario aiutare gli operatori più giovani, a partire naturalmente dai dirigenti, a ritrovare, a modo loro, quella che era stata la nostra grande motivazione negli anni d'esordio della riforma. A fare propria quell'apertura mentale e di prospettive che garantisce della salute di chi si occupa di salute mentale. Spetta poi a tutti tenere sempre sotto osservazione la tendenza congenita all'oggettivazione dell'altro (per la quale, come dicevamo, si deve poi chiedere perdono) e coltivare il gusto per pratiche intelligenti d'ascolto e, certo, anche di risposta al disagio sociale e personale. Imparando - a costo di un certo ridimensionamento narcisistico - che una psichiatria a 180 gradi non rappresenta alcuna delega o abbandono, ma può essere una risposta *sufficientemente buona* che lascia lo spazio per altre forme di ausilio alla persona e per la creatività, poca o tanta che sia, del nostro "utente".