

Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione

Daniele Piccione

Introduzione di Sergio Zavoli

Edizioni Alphabeta Verlag, 2013, Euro 14,00.

Parma, lì 13 maggio 2014

Pietro Pellegrini

Psichiatra, Ausl Parma

Largo Natale Palli 1B, 43121 Parma

[ppellegrini@ausl.pr.it](mailto:ppellegrini@ausl.pr.it)

L'autore, un giovane costituzionalista, affronta con taglio originale, interdisciplinare e ricco di riferimenti, il rapporto tra il pensiero di Basaglia e la Costituzione. Nell'introduzione, Sergio Zavoli trasmette con sensibilità e profondità culturale, un particolare pathos che rievoca il ricordo di Basaglia, reso immortale nel suo documentario "I giardini di Abele" realizzato nel 1968 all'Ospedale Psichiatrico di Gorizia.

Si coglie fin da subito un approccio umanitario, per alcuni aspetti legato al periodo storico- culturale, che non perde di attualità di fronte ad un permanente rischio di segregazione delle diversità e si salda con la forza del diritto, dimostrando in modo chiaro come la legge 180 del 1978 realizzi i principi contenuti nella Costituzione della Repubblica.

Nel testo vengono evidenziate le principali contraddizioni che connotano la pratica psichiatrica (volontarietà/obbligatorietà delle cure, libertà/costrizione, cura/controllo) dimostrando come libertà, volontarietà e rispetto dei diritti, non solo siano essenziali per la cura, ma trovino fondamento nella Carta Costituzionale che considera la salute come diritto della persona e al tempo stesso interesse della collettività. Quindi una visione che sollecita lo sviluppo di una società solidale e inclusiva delle diversità a partire non tanto dalla malattia mentale, considerata essa stessa come enigmatica contraddizione, ma dal malato, specie da quello povero e indifeso ("chi non ha, non è" secondo un proverbio calabrese citato da Basaglia) che proprio in relazione a questo è destinato a soffrire di più. Ne discende un mandato, al tempo stesso civile e giuridico, per rimuovere gli ostacoli sociali ed economici alla realizzazione della persona e a promuovere equità e giustizia. Questo appare palesemente in contrasto con la visione individualista che si è andata affermando negli ultimi trent'anni.

Nel secondo capitolo, l'Autore ci ricorda che la Costituzione prevede una serie di norme volte a limitare il potere delle istituzioni e a tutelare le minoranze. Un monito attuale che viene dalla lotta all'esperienza nazista e fascista troppo spesso dimenticata, a fronte di nuove, recenti e gravi forme di discriminazione e razzismo.

La Costituzione rappresenta il nostro patto sociale e costituisce un riferimento generale che precede e dà senso ad ogni azione, anche di cura. Un pensiero lungo che affonda le radici nella lotta partigiana, nelle migliori sensibilità, culture e tradizioni politiche: quella cattolica (viene ricordato il contributo di Aldo Moro

nella Costituente) e socialista-comunista che hanno portato alla Liberazione, alla Repubblica e poi all'approvazione della Carta Costituzionale.

Un pensiero che si confronta con la realtà e desidera cambiarla. Anche per i malati di mente la cui condizione giuridica, ancora regolata dalla legge 36 del 1904, prevedeva che con l'internamento definitivo in Ospedale psichiatrico venisse pronunciata l'interdizione con la conseguente perdita di tutti i diritti. La loro segregazione nei manicomi stride profondamente con la legge ma ancor più con le sensibilità di un approccio umanitario. E' questo che unisce molti diversi soggetti, compresi tanti operatori, nell'idea di un cambiamento necessario e inderogabile. Non tanto come opzione tecnica ma come approccio rispettoso della persona, la cui malattia/disturbo/condizione viene considerata secondaria, messa tra parentesi, perché prima vengono la conquista della libertà e dei diritti (dal vestiario, ad un minimo di denaro, alla libertà di uscire).

Su questa necessità, divenuta urgente, si trovano uniti Basaglia e Tommasini, posti di fronte alla domanda: come fare?

Molti documenti hanno evidenziato come i manicomi non fossero solo luoghi di segregazione ma erano anche sede di un'insieme di relazioni profonde tra operatori e malati e fra gli stessi malati. Sono queste che hanno reso inattuali e ingiusti i metodi e le regole del manicomio (il regolamento era del 1908) perché hanno di fatto collocato in una luce diversa la questione, allora molto attuale ma mai sopita, della "pericolosità a sé e agli altri".

Ed è proprio da due eventi tragici (un suicidio di un degente di Colorno e l'omicidio della moglie da parte di un paziente di Gorizia uscito in permesso) che Tommasini e Basaglia vengono fortemente scossi.

Tommasini si attiva ulteriormente per trovare e accelerare le forme di cambiamento del manicomio, Basaglia riflette sull'esperienza riformatrice operata nell'ospedale di Gorizia.

Le difficoltà e i dilemmi che fino ad allora si erano evidenziati (fra il potere del medico e quello del paziente, la soggettività del malato e l'oggettività dell'istituzione, il benessere e diritti della persona e le esigenze della società) vengono messi in crisi dall'emergere del dramma della sofferenza umana inespriabile, del gesto che, nella disperata ricerca di senso, interroga ciascuno e la comunità nel suo complesso.

Ed è la spinta alla partecipazione di tanti nuovi soggetti (studenti, movimento operaio, intellettuali, ecc.) che offre nuove risorse e chiavi di lettura a sostegno di un processo di cambiamento che, da sola, la psichiatria non può attuare. Basaglia esprime questa consapevolezza: il potere, anche quello psichiatrico (facile a deformarsi a sostegno dell'Autorità) deve essere temperato ma al tempo stesso anche il cambiamento che si può realizzare attraverso le modificazioni delle pratiche psichiatriche e sociali ha, in se stesso, indubbe limitazioni (altro che onnipotenza psichiatrica!) in quanto ogni nuova acquisizione apre nuove contraddizioni e bisogni. Questo accade ancor di più se la pratica psichiatrica si colloca nel sociale e non vive in uno statuto "speciale" ma nelle norme di tutti. Non più un mondo a parte, quello del manicomio, ma nel contesto sociale, la psichiatria trova senso (in particolare nel welfare state che contribuisce a determinare). Questo all'interno di un processo di emancipazione e di riscatto degli studenti, degli operai, delle donne e dei soggetti più deboli.

Così se il manicomio era un'istituzione ben individuabile e quindi cambiabile, e poi da chiudere, negli anni successivi, sul piano sociale tutto è diventato più incerto e come dirà Baumann "fluidico" e per alcuni aspetti imprevedibile. In esso, sembra esaurirsi la lotta antistituzionale degli anni 60-70: manicomi, scuole differenziali, brefotrofi vengono chiusi mentre case per anziani, carcere, pur oggetto di accese contestazioni, sono ancora lì e ad essi si sono aggiunti i centri di accoglienza temporanea per stranieri.

Negli anni 80 la linea liberista, per ragioni ideologiche ed economiche, ha ridotto ulteriormente il welfare state e in fondo questa linea, con tutte le varianti, continua ancora oggi mettendo a rischio le conquiste e diritti.

Ma di fronte a questo è proprio quel pensiero lungo che dal passato si proietta nel nostro futuro e, grazie ai valori fondanti la nostra Costituzione, dà forza al sapere critico e consente di individuare le priorità e obiettivi.

### Basaglia a Parma

A pagina 71 in poche righe, il libro parla del rapporto di Basaglia con Parma che in questo contesto significa Mario Tommasini. Non è questa la sede per un'accurata ricostruzione storica per la quale si può fare riferimento ai contributi di Rossi (2006), Tradardi (2009), Gallio (2009) ed altri ma alcune annotazioni possono essere fatte.

In primis per dire che la relazione di Basaglia con Tommasini comincia nel 1965 e durerà fino alla morte di Basaglia (1980) e continuerà ancora per anni con sua moglie, Franca Ongaro Basaglia.

Gli elementi che li uniscono sono diversi: desiderio di cambiare il manicomio, la volontà di portare avanti un processo di liberazione e umanizzazione (entrambi hanno partecipato alla lotta antifascista), di valorizzazione del sapere pratico-esperienziale e l'idea di diffondere una nuova cultura. E' l'amministrazione provinciale di Parma che nel 1967, un anno prima de "L'Istituzione Negata", promuove la pubblicazione del testo "Cosa è la psichiatria?" dando un rilievo pubblico e politico all'azione di Basaglia.

Al tempo stesso non mancano i motivi di diversità: si tratta di personalità forti, indipendenti che operano in un periodo caratterizzato da ideologie e rigidità (i conflitti con il PCI, l'ipotesi della direzione di Basaglia a Bologna non valutata positivamente dagli esponenti del partito...). Poi le scelte che lo stesso Tommasini ricorda nell'intervista a Giovanna Gallio: Basaglia che aveva l'insegnamento di Igiene mentale all'università di Parma (non va dimenticato che il prof. Visintini, docente di clinica della malattie nervose e mentali, aveva collaborato attivamente con Tommasini) non ottenne, come voleva, un nuovo reparto a direzione universitaria Colorno. Poi piccoli dissapori gestionali con gli amministratori di Parma.... l'interesse di Basaglia per Trieste dove forse poteva avere maggiori opportunità e sostegni.

Motivazioni complesse e, tuttavia, credo che l'analisi non sia esaustiva.

Quando (circa cinque anni dopo i primi contatti, e anche questo tempo andrebbe approfondito) Basaglia arriva a Parma da Gorizia, dove aveva prodotto il cambiamento del manicomio favorendone, sul modello inglese, la progressiva trasformazione, in Comunità terapeutica trova una realtà in fermento ed evoluzione: nel 1969 l'ospedale psichiatrico di Colorno era stato occupato, la città era stata fortemente coinvolta con accese discussioni, erano iniziate le dimissioni dei pazienti in appartamenti (rese possibili dalla legge Mariotti del 1968) che in pochi anni diverranno ben 150, i primi laboratori esterni, le Fattorie di Vigheffio e Castell'Aicardi e tante altre piccole comunità.

Il coinvolgimento degli operatori e la trasformazione in comunità dell'ospedale di Colorno promossi da Basaglia avvenivano in un contesto diverso da quello di Gorizia e la stessa azione innovativa non solo apriva altre contraddizioni, ma risultava ben più difficile da sviluppare.

Franca Ongaro Basaglia nel libro "Manicomio Perché?" del 1982 scrive dei tanti cambiamenti avvenuti a Parma e riferendosi in particolare della Fattoria di Vigheffio dice: "Un grande progetto, una grande intelligenza e una grande libertà, che non si sono fatte divorare dalle pastoie della burocrazia amministrativa

e dalla logica della divisione delle competenze, hanno unificato la città in un'impresa in cui tutti possono riconoscersi: la fattoria non è più del Comune di Parma, ma dei suoi cittadini.”

Nelle azioni inclusive non limitate ai pazienti psichiatrici, ma estese ai disabili, al superamento delle classi differenziali, dei brefotrofi e nella filosofia della creazione di servizi che siano realmente dei cittadini che si attivano e si mobilitano sta il forte e chiaro contributo dato da Parma, emblematicamente rappresentata da Tommasini, alla realizzazione di quel processo di liberazione promosso da Basaglia e che a Parma si allarga fino a coinvolgere tutte le istituzioni totali.

Se questo è il punto forte a Parma, l'analisi permette di coglierne anche quello critico, sempre attraverso Franca Ongaro Basaglia: “dopo il 1972, l'idea di creare luoghi protetti oltre a quelli esistenti fu abbandonata” e, per quanto altre importanti realizzazioni siano state attuate (Centro Santi nel 1975), la sfida della chiusura del manicomio (nel 1982 restavano ancora 260 ricoverati) e soprattutto quella dell'organizzazione dei servizi nella comunità richiederà ancora molto tempo ed energie e si completerà molti anni dopo, nel 1997.

Questo testimonia, come evidenzierà Jervis (2009), anche i limiti dell'azione riformatrice italiana, molto localistica e chiusa, poco attenta a quelle che erano le esperienze e le conoscenze internazionali in materia di organizzazione dei servizi e di pratiche cliniche e riabilitative. Sono proprio i temi messi tra parentesi da Basaglia (che, data la sua formazione fenomenologica, pure li conosceva) e per altri motivi, anche da Tommasini.

All'epoca i riferimenti erano la politica del Settore francese (per la quale l'ospedale psichiatrico veniva suddiviso in settori ciascuno dei quali fa riferimento ad un preciso territorio, attribuito alle competenze di una sola équipe) e quelle delle Comunità terapeutiche inglesi dove, dal 1948 era già vigente la legge sul Servizio sanitario nazionale e quindi un sistema di cure primarie.

Nel 1968, con la legge Mariotti la linea riformista, volta a creare un sistema misto (che è quello in vigore nella maggior parte dei paesi europei dove l'ospedale psichiatrico convive con i servizi territoriali) inizia a confrontarsi con l'idea “rivoluzionaria” di chiudere i manicomi creando un sistema solo territoriale con un polo ospedaliero limitato all'urgenza.

Vista oggi, la questione sembra essere così riassumibile: da un lato, le posizioni umanitarie di Basaglia, che enfatizza l'attenzione sulla persona prima ancora che malata, esclusa, emarginata, priva di reddito e quindi bisognosa di emancipazione, si avvicinano da una parte alle correnti rivoluzionarie e di liberazione e dall'altra, impropriamente, all'antipsichiatria. Infatti Basaglia mai ha negato la malattia mentale: ha piuttosto riconosciuto i limiti della conoscenza (“non so cosa sia la malattia mentale e nessuno sa cosa sia” dirà nell'intervista a Zavoli) e nega che esista una “tecnica basagliana”.

Dall'altro, Tommasini promuove un'azione politica che si alimenta di un movimentismo umanitario volto a costruire alleanze con i più diversi interlocutori, una capacità di coinvolgimento, motivazione al di là delle ideologie, dei partiti, delle posizioni religiose ecc. che crea soluzioni, attiva risorse e disponibilità a risolvere i problemi delle singole persone che incontrava perché bisognava fare qualcosa! Una chiamata della comunità a muoversi, a non restare indifferente, a fare la propria parte, ciascuno come può e come sa (volontarismo etico) coinvolgendo in primis, gli stessi malati. L'idea di dare nuove opportunità, anche di fronte a sfide “impossibili”, in un contesto accogliente e capace, tutto insieme, di recuperare salute e benessere fa di Tommasini un pensatore moderno e per alcuni aspetti visionario.

Nelle conferenze brasiliane, Basaglia, riferendosi alla chiusura dei manicomi, afferma che abbiamo dimostrato che “l'impossibile è possibile”. Questo unisce in modo indelebile Basaglia e Tommasini.

E insieme condividono anche il limite di un disegno di cambiamento che deve necessariamente fare i conti con le istituzioni, il tema dell'organizzazione dei servizi nel territorio, le pratiche cliniche e riabilitative. In altre parole, la concreta realizzazione della legge è stato poi faticosamente sviluppato da chi è venuto dopo Basaglia in un lungo percorso che si è snodato negli anni fino ad oggi. Un percorso composito, complesso e talora conflittuale, ma che alla fine, a mio avviso, mostra una sua coerenza. Un percorso spesso silenzioso e invisibile.

Basaglia purtroppo non ha vissuto la fase di realizzazione della riforma. Tommasini sì e il periodo che va dal 1980 al 2000 sarà travagliato, segnato da incomprensioni e conflitti sia con il partito comunista (e le diverse formazioni ad esso seguite), sia con il mondo dei professionisti.

Non è questa la sede per la loro ricostruzione ma ricordo che è intorno alle pratiche che si sono aperte discussioni, spesso ideologiche, centrate sui modelli (dipartimenti “forti” verso “deboli”, Csm 24 ore e linea triestina portati ad esempio verso il modello emiliano per molti anni poco definito e organizzato in modo localistico e frammentario, il ruolo delle cooperative e le modalità di inclusione sociale).

A questo, certo hanno contribuito l'assenza per molti anni, dal 1978 al 1994, di un progetto obiettivo nazionale (che desse riferimenti comuni ed evitasse forme di disimpegno e abbandono dei pazienti specie quelli più gravi) ed un'incerta programmazione regionale.

La preoccupazione da più parti espressa che le nuove comunità e residenze non diventassero “piccoli manicomi”, facendo proprio il monito di Basaglia, che il manicomio inteso come separazione, segregazione /abbandono della diversità potesse riapparire in altre forme, spesso non si è confrontata con le difficoltà reali della gestione delle malattie gravi e persistenti, con le sofferenze dei pazienti e le preoccupazioni delle famiglie. Ricordo discussioni dove in modo ideologico venivano contrapposti appartamenti e residenze, ospedale e territorio, biologia e sociologia... discussioni che oggi fanno sorridere. La riflessione sulle pratiche operative, sugli approcci terapeutici hanno portato i professionisti ad acquisire via via competenze in ambito clinico, relazione, psicoterapico e riabilitativo. E, nonostante i passi avanti il tema delle pratiche professionali, specie se visto dall'esterno, presenta ancora oggi elementi di difficile comprensione come dimostrano le reazioni di fronte a fatti tragici.

Come realizzare l'inclusione sociale della diversità, specie se sofferente e disturbante? Intorno a questa domanda, alla sua inesauribile contraddizione, ci si è per troppo tempo divisi senza comprendere come, ed era la forza di Tommasini, al di là degli elementi tecnici che devono essere realizzati al meglio, il coinvolgimento attivo della società civile, nelle sue varie forme è essenziale per la salute.

Questo per evitare ogni forma di disimpegno della società e non lasciare soli pazienti e operatori, non più in manicomio ma in un desolato e povero territorio. Pazienti che non sono più quelli di una volta. La loro immagine è cambiata: non più gli oppressi da liberare, reduci da risarcire ma persone spesso sensibili, invisibili, talora emarginate ma più frequentemente sofferenti in modo inapparente, nascosto o confuso nell'anonimato, di cui prendersi cura, spesso in modo invisibile, tenendo conto del loro punto di vista sul percorso terapeutico e soprattutto sulle loro scelte di vita.

Per vincere queste sfide, in Emilia Romagna nel Piano Attuativo Salute mentale 2009-11, accanto al sistema di cura si è delineato il sistema di comunità. Il lavoro nella comunità ha dovuto tenere conto della epidemiologia e della domanda potenziale (15% della popolazione) ed ha richiesto nuovi approcci e strategie

come il coinvolgimento dei medici di Medicina Generale e dei pediatri come primo punto di riferimento anche quando si tratta di manifestazioni di sofferenza psicologica e di disturbi mentali.

Sono stati costituiti i dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche (integrando neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, psichiatria, dipendenze patologiche e psicologia clinica) strettamente connessi ai dipartimenti cure primarie e alle costruende Case della salute dando così realizzazione non solo al modello dipartimentale previsto dalla 180 ma anche ad un reale coinvolgimento della comunità nelle politiche e nelle azioni per la salute.

Con una certa soddisfazione si può dire che, pur con tutti i limiti e le possibilità di ulteriore miglioramento, che il percorso tracciato da Basaglia (approccio umanitario) e Tommasini (movimenti di liberazione e attivazione della comunità sociale) ha trovato realizzazione: la chiusura dei manicomi, l'azione organizzativa dinamica (aperta a sempre nuovi cambiamenti del sistema di fronte ai nuovi bisogni) e nelle pratiche operative (per intensità di cura, orientate alla prevenzione, guarigione e inclusione sociale) che hanno costruito sistemi integrati di cura e di comunità (garante dei diritti/doveri di tutti, anche dei malati mentali).

### Cosa non ha toccato la 180?

Gli ospedali psichiatrici giudiziari e le Case di cura private.

Poi vi sono alcune questioni delicate: le nozioni di urgenza ed obbligatorietà delle cure non sempre si associano e non prevede il trattamento sanitario obbligatorio protratto/territoriale. Questo è stato oggetto di diverse proposte di cambiamento della legge, giustamente respinte, ma restano questioni difficili che a volte hanno trovato soluzioni solo per via giudiziaria (cura dopo procedimenti penali).

La nozione di "pericolosità" scomparsa nella legge 180 è sopravvissuta nell'ordinamento come "pericolosità sociale" ed è tornata di estrema attualità. La sua definizione e le misure da adottare sono un altro punto critico. Temi che si intrecciano e vanno tutti affrontati se si vuole dare attuazione alla legge 81 del 2014 che prevede la definitiva chiusura degli OPG entro il 31 marzo 2015. Ma la realizzazione di questa legge dovrebbe vedere attivi la società civile, i sindaci, i consigli comunali, i sindacati, i datori di lavoro e non solo la psichiatria. Questo direbbero oggi Basaglia e Tommasini che molti anni fa promosse a Parma un convegno per liberarsi dalla necessità del carcere. Quando si dice un pensiero lungo....

Diverse leggi che hanno contribuito alla attuazione della 180 sono ovviamente i Piani attuativi 1994-96 e 1998-2000 e poi le leggi approvate dalle diverse regioni. Queste, come in Emilia Romagna, hanno integrato nella rete dei servizi dei dipartimenti, sia le Case di cura private, sia una ricca rete di strutture (specie comunità, appartamenti, centri diurni) gestiti dalle cooperative sociali. Si è costruita una serie di opportunità e soluzioni che rendono vana l'accusa che la legge 180 abbia determinato l'abbandono dei malati. Questa è stata ed è determinata molto di più dalla insensibilità sociale e dal disinteresse rispetto al destino dei più deboli e sofferenti.

Molto importanti sono state l'approvazione nel 2004 della legge 6 sull'Amministrazione di sostegno e successivamente la legge sull'assistenza sanitaria negli Istituti di Pena.

### La chiusura degli OPG

In termini generali, si pone in continuità con la legge 180 ma credo si sia persa l'occasione per rivedere il rapporto psichiatria-justizia penale (imputabilità ecc.). Il problema non è possibile circoscriverlo ai soggetti che ancora oggi sono in OPG ma si tratta di prevedere un percorso chiaro e appropriato per il soggetto autore di reato nel quale l'infermità mentale abbia determinato la non imputabilità, la sua riduzione, oppure sia

insorto durante la detenzione ecc. Quindi il tema dell'OPG intreccia anche con la cura delle persone con disturbi mentali e/o dipendenze nelle carceri. I due ambiti sono collegati e quindi vanno previsti i possibili percorsi.

I numeri dei pazienti in OPG sono tutto sommato limitati mentre le persone con disturbi mentali/dipendenze in carcere sono molto elevati (si stima un terzo del totale) ed i percorsi anche quelli della nostra regione andrebbero verificati (reparti clinici, reparto di Piacenza, ecc. estendendo l'attenzione anche alla giustizia per i minori) perchè vengono segnalate difficoltà a trovare alternative all'invio in OPG. Costruire percorsi condivisi è fondamentale anche perchè ci troviamo di fronte a condotte non omogenee della magistratura, delle amministrazioni penitenziarie, della polizia e anche dei nostri servizi. Poi alcuni temi sono essenziali: la posizione di garanzia è stata utilizzata per condannare alcuni psichiatri (a partire dal 2008, proprio da un caso della nostra regione): possibile che non si possa pensare a diversi profili di responsabilità (che vadano al di là del singolo operatore? tra l'altro, per ora, ha riguardato gli psichiatri ma non i magistrati e polizia ecc..).

La nozione di pericolosità sociale resta quanto mai discutibile e rischia di riportare in primo piano funzioni di controllo dei servizi psichiatrici, a fronte di una bassa possibilità di previsione delle nostre discipline ...con conseguenti possibili chiusure difensive. A mio avviso la sua definizione dovrebbe tenere maggiore conto dei fattori di contesto. Infatti nella chiusura degli OPG e nell'uscita delle persone dalle carceri dovrebbero vedere un ruolo di primo piano gli Enti locali e la comunità più in generale. Su questo il dibattito è rimasto molto interno al sistema psichiatrico (malattie mentale- reato), ha poco coinvolto la magistratura e ancor meno gli enti locali. Ed è grave perché al di là della possibile malattia spesso abbiamo persone sole, povere, senza prospettive, spesso stranieri. Per fare progetti occorrerebbero investimenti, occasioni di vita e non solo di cura. Perchè non informare e coinvolgere sistematicamente sindaci, servizi dei comuni, istituzioni, volontariato ecc.? E cercare di attivarli tutti nella creazione di comunità accoglienti, solidali, inclusive. E questo non solo per competenze specifiche o ancor meno per l'annoso problema di "chi paga?" ma soprattutto per recuperare anche a noi la nozione di complessità e multideterminazione sia nella patologia/salute mentale sia nel determinarsi dei reati, condivisione dei progetti e dei rischi ecc.. Troppo semplice parlare di abbandono negli OPG dei pazienti da parte dei dipartimenti (c.d. "ergastoli bianchi") che pure può esserci stato, ma guardiamo con realismo le difficoltà e le contraddizioni.

Oggi non abbiamo la partecipazione e spinta ideale, culturale e politica che ha retto almeno in parte il superamento dell'Ospedale Psichiatrico. Spesso siamo terribilmente soli. Dobbiamo uscirne tramite un confronto con il contesto reale, autentico e fattivo.

Un breve cenno tecnico: penso che le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) possano essere l'occasione di crescita ma sono preoccupato per tutti quanti resteranno in carcere da un lato e per i nostri servizi (sia in termini di utilizzo di risorse, durata dei ricoveri ecc.) dall'altro. Anche su questo punto occorre di avere un impostazione il più possibile unitaria. Infine credo che in OPG ma anche in carcere vi siano diversi pazienti già conosciuti/ seguiti dai dipartimenti e questo apre alcune riflessioni sull'adeguatezza delle nostre offerte (si pensi al ritardo mentale) ma anche la trattabilità di certi quadri (disturbo antisociale) o l'oscillante andamento dei soggetti con disturbi mentale o meno che usano sostanze. A questo, come corollario si associa il tema del trattamento obbligatorio protratto su base giudiziaria. Poi vi sono tutti coloro sconosciuti ai servizi .....

Sono fiducioso sulla possibilità di superare l'OPG ma ognuno dovrà fare la propria parte nell'ambito di un lavoro molto più complesso.

Cosa può fare la politica?

Sostenere attivamente il welfare pubblico è essenziale per la salute mentale. La psichiatria può essere variamente declinata ma la nostra legge presuppone il servizio sanitario nazionale ed una comunità inclusiva.

Insieme a questo occorre ridare speranza e futuro alle persone, specie ai giovani: scuola, lavoro e occasioni (la disoccupazione giovanile è al 42%!); occorre affrontare la questione dell'assistenza ai bambini e adolescenti con disturbi mentali senza "psichiatrizzare la scuola" con un'espansione diagnostica e la semplificazione degli approcci.

Promuovere i diritti: ad esempio le leggi per le direttive anticipate e il fine vita (testamento biologico), le coppie di fatto.

Non procedere più con legislazioni settoriali o per patologie specifiche che fanno perdere la complessità ed aprono a letture rivendicative lineari che hanno molte conseguenze sul piano sociale e clinico (espansione diagnostica delle categorie più tutelate).

Evitare le forme di discriminazione, emarginazione e combattere le povertà. Teniamo conto che modelli sanitari come il Chronic Care Model presuppongono una famiglia ed una comunità e richiedono un reddito minimo vitale. Oggi molti malati psichiatrici sono soli, non possono lavorare ed hanno pensioni di 280 E. al mese. Come possono vivere?

Occorre che la politica affronti la questione giudiziaria e ridefinisca la responsabilità medica e quella dello psichiatra.

Il tema è reso attuale da sentenze della Corte di Cassazione di condanna di psichiatri per omicidio commesso da pazienti in cura (10795/2008) o per il suicidio del paziente (48292/2008).

La questione della "posizione di garanzia" e del "concorso colposo nel delitto doloso" va affrontata e risolta tenendo conto da un lato della complessità del problema e della parzialità dei punti di vista dei diversi attori coinvolti (psichiatri, pazienti, giudici, periti, avvocati, a cui oggi, si aggiungono assicurazioni, politici, mass media, stakeholder) e, dall'altro, della natura della psichiatria che affonda nella profondità dell'esperienza umana, nella sua radicale originalità e nell'impossibilità di ridurla e tradurla solo in una diagnosi, per altro, essa stessa fragile, di disturbo mentale.

Va ricordato che Basaglia ebbe alcuni processi per omicidi commessi da pazienti in cura (Gorizia 26 settembre 1968, Trieste 10 giugno 1972 e 29 giugno 1977), tutti antecedenti la legge 180/78, in un contesto operativo ancora manicomiale ma in forte cambiamento. Allora i percorsi di liberalizzazione rischiavano di essere fermati dall'azione giudiziaria ma la loro difesa fu decisa e convinta. Una forte solidarietà venne espressa a Franco Basaglia e Antonio Slawitch da colleghi dell'epoca autorevoli e famosi: Maxwell Jones, Georges Daumezon, Christian Muller, Giulio Maccacaro, Diego Napolitani, Carlo Lorenzo Cazzullo. Ma anche da pazienti, sindacati, enti locali, politici (Aldo Natoli) e perfino dal ministro della sanità di allora, Luigi Mariotti. Dopo, più o meno travagliati processi, Basaglia e i colleghi psichiatri sono stati assolti. Anche questo ha contribuito alla 180.

Invece il processo per l'omicidio di un operatore commesso da un paziente in una comunità di Imola il 24 maggio 2000 si è concluso con la condanna penale dello psichiatra confermata nel 2008 dalla Corte di Cassazione. E non solo c'è stata la condanna dello psichiatra ma dopo la pronuncia della sentenza è stata molto scarsa la solidarietà espressa dai politici e amministratori e nemmeno i tecnici si sono mobilitati. E' apparsa evidente la solitudine di chi è in prima linea che non ha trovato difese nemmeno da chi idealmente avrebbe dovuto affermare la validità delle pratiche territoriali e le condizioni essenziali per la loro

realizzazione: senza libertà, consenso, coinvolgimento del paziente, motivazione degli operatori non si può realizzare la cura dei disturbi mentali nella comunità, senza ospedali psichiatrici.

Più in generale la vicenda testimonia quanto temuto da Basaglia: i valori della legge 180 rischiano di diventare minoritari, non solo in psichiatria, ma nella società. Certo parte della psichiatria ha le sue responsabilità per avere promosso concezioni neopositivistiche, visioni semplificate del disturbo mentale e della sua cura, in sostanza psicofarmacologica, in altre parole, dato scarsa attenzione alla profondità e complessità della persona del paziente, agli aspetti psicologici, psicopatologici e relazionali.

Non va mai dimenticato che le pratiche psichiatriche sono caratterizzate dall'incertezza e dalla precarietà, della necessità di gestire e condividere il rischio clinico, e dal senso del limite in quanto vi è una scarsa possibilità di prevedere il comportamento umano che multi determinato e quindi non è attuabile una reale prevedibilità delle condotte. Solo una visione di insieme permette di cogliere il complesso sistema in cui convivono possibilità evolutive, rischi, precauzioni, libertà, diritti-doveri, meccanismi di sicurezza e gli inevitabili limiti umani.

Le osservazioni critiche relative alla c.d. "posizione di garanzia" mostrano tutte le difficoltà in atto che finiscono col gravare sullo psichiatra aprendo profonde contraddizioni fra mandato di cura e di controllo. La ricerca di un "garante-custode" del malato di mente nello psichiatra, non solo non pare compatibile con la legge, ma rischia di far regredire tutto il processo di riforma aprendo una fase di nuova, strisciante, non dichiarata re-istituzionalizzazione.

Se è molto faticoso seguire pazienti difficili, gravi e poco collaboranti in servizi territoriali già provati da un forte divario fra domanda e offerta, e nei quali la gestione dei rischi, al di là di raccomandazioni e linee guida, deve ricadere non tanto sui singoli professionisti quanto organizzazione complessiva sanitaria e sociale.

Come assicurare le condizioni per la cura? Attraverso pratiche che, intrinsecamente, contengono incertezze, dubbi, limiti, fragilità umane, anche di chi cura. Anziché (pseudo)certezze neopositivistiche serve una cultura dell'umiltà che permetta di incontrare l'altro con attenzione e rispetto della sua diversità e unicità, avvalendosi di conoscenze realmente scientifiche e di solidi principi etici, in una pratica psichiatrica che cura in modo efficace e discreto ("invisibile").

Quindi attenzione alla complessità della persona e del suo contesto e, come dice Basaglia, "la pericolosità non risiede nella specificità della diagnosi, dipende dalla mancanza di risposte ai bisogni delle persone". La cultura giuridica può incontrare la psichiatria facendo sì che ogni persona abbia la responsabilità dei propri gesti. Questo costituisce premessa ad ogni relazione, anche di cura.

Infine dobbiamo con orgoglio essere consapevoli che l'Italia ha attuato un cambiamento storico nella cura dei disturbi mentali: prendersene cura senza gli ospedali psichiatrici. Una scelta coraggiosa, unica nei paesi europei e industrializzati, che non può essere sostenuta solo dai professionisti della salute mentale ma dall'intera comunità e dalla politica.

Quindi, se l'Italia non vuole tornare indietro, alla domanda di Basaglia "Cos'è la psichiatria?" si aggiungono oggi altri quesiti: Quale patto sociale? Quale bene comune?

## Riferimenti bibliografici

Gallio Giovanna (2009)

Colorno, un'occasione mancata?

Appunti da una ricerca su “Franco Basaglia e il corpo curante”

In Aut Aut n. 342 aprile –luglio 2009 “Basaglia a Colorno”

Il Saggiatore, Milano

Jervis Giovanni, Corbellini Gilberto (2009)

La razionalità negata

Einaudi

Ongaro Basaglia Franca (1982)

Manicomio perché?

Emme Edizioni, Milano

Piccione Daniele (2013)

Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione

Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano

Rossi Bruno (2006)

Mario Tommasini

Diabasis Edizioni, Reggio Emilia

Tradardi Vincenzo (2009)

La psichiatria a Parma ai tempi di Mario Tommasini e Franco Basaglia

In Aut Aut n. 342 aprile –luglio 2009 “Basaglia a Colorno”

Il Saggiatore, Milano