

## **I diritti di chi soffre**

di **Maria Grazia Giannichedda**, L'autrice insegna Sociologia politica all'Università di Sassari ed è presidente della Fondazione Basaglia; [giannichedda@uniss.it](mailto:giannichedda@uniss.it)

*La legge 180 volle dare attuazione ai principi costituzionali anche per coloro che affrontano problemi psichici. Ciò ha permesso, in Italia, quello che non è riuscito in altri Paesi europei*

Si compie in un clima difficile questo trentesimo anniversario della "legge 180". La coalizione che ha appena vinto le elezioni ha infatti incluso, nel suo programma elettorale, la modifica della disciplina del trattamento sanitario obbligatorio (TSO), che è uno dei due punti chiave della riforma, assieme al superamento degli ospedali psichiatrici pubblici.

Questo proposito si inserisce in una situazione di crescenti disuguaglianze economiche e in un clima politico che tende a criminalizzare i più poveri, a enfatizzare l'insicurezza, a giustificare episodi e sentimenti di guerra sociale. Il pessimismo della ragione ha dunque molti argomenti in questa fase, ma la storia della "180" ci ricorda che quasi sempre la sua vita si è svolta in un clima difficile. Quando fu approvata, il 13 maggio del 1978, il corpo di Aldo Moro era stato ritrovato da appena cinque giorni in via Caetani; qualche mese dopo fu nominato ministro della sanità il liberale Renato Altissimo, esponente del solo partito che non aveva votato la riforma sanitaria in cui "la 180" era confluita; oltre venti disegni di legge, tra gli anni Ottanta e Novanta, cercarono di sopprimere questa riforma, mentre i nuovi servizi di salute mentale che sostituivano il manicomio andavano organizzandosi dal basso, in una solitudine politica che non è mai venuta meno e che spiega la grande variabilità che caratterizza tutt'oggi l'offerta di servizi. Così, da questa storia trova argomenti anche l'ottimismo della volontà, per continuare con la citazione di Gramsci, un ottimismo che significa dimostrare con la pratica, che «l'impossibile diventa possibile», come disse Franco Basaglia nel corso di una conferenza a Rio de Janeiro il 29 giugno del 1979, che «si può trattare la persona folle in un altro modo: e la testimonianza è fondamentale perché ora sappiamo cosa si può fare».

### **Un atto di riparazione verso i cittadini**

Chiudere i manicomi nel segno dei diritti e sostituirli con una cura senza custodia: questa era la sfida della riforma. «In fondo si tratta soltanto dell'inserimento nella normativa sanitaria di principi già posti dalla Costituzione» scriveva nei giorni della sua approvazione Basaglia: estromettere dal sistema sanitario un'istituzione che imprigiona persone che nessun giudice ha condannato, e che organizza una violenza strutturale particolarmente odiosa perché consumata ai danni di persone che soffrono, «è un atto di riparazione che la democrazia fa verso i cittadini».

Anche chiedere agli operatori psichiatrici di rispettare i diritti e la dignità delle persone che hanno in cura in fondo è solo «ribadire un elemento di civiltà che dovrebbe essere implicito», continuava Basaglia, avendo ben chiaro che non ci si poteva aspettare un'applicazione di questa legge «lineare e priva di conflitti, date le caratteristiche del terreno in cui interviene, dove confluiscono pesanti pregiudizi culturali e interessi stratificati».

Chiusura dei manicomi nel segno dei diritti: gli attacchi contro la "180" si sono sempre concentrati su questo punto. Eppure, è proprio questo nesso tra chiusura dei manicomi e affermazione dei diritti che spiega l'inattesa longevità di questa riforma, che ha prodotto una innovazione colossale: 100mila posti letto chiusi in quarant'anni (il 25% prima della riforma del '78, il resto tra il '78 e il 2000) e un sistema di servizi diffuso in tutto il territorio nazionale e costituito, come dicono gli ultimi dati del Ministero della Salute, da 280 servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli ospedali generali con circa 4.000 posti letto e da circa 20mila posti in

strutture residenziali pubbliche e private. Prima della riforma solo poche "esperienze esemplari" avevano creato servizi territoriali, oggi c'è un centro di salute mentale ogni 80mila abitanti, mentre i letti nelle cliniche private non sono aumentati e sono oggi 4.800 nelle 55 cliniche "storiche".

Certo, la qualità di questo nuovo sistema è assai variabile, come si diceva, con differenze profonde tra le regioni e all'interno della stessa regione, differenze che spesso ma non sempre coincidono con quelle del sistema sanitario generale. Su questa variabilità, che oggi è insieme debolezza e forza del sistema della salute mentale, torneremo più avanti.

### **Un primato italiano**

Prima vale però la pena di soffermarsi su questo dato: solo l'Italia è riuscita finora a realizzare un obiettivo che molti Paesi perseguono, liberarsi da un sistema di istituzioni che pesano troppo sulla spesa pubblica e producono lungodegenti che impediscono i nuovi ingressi.

Infatti i costi sono stati, e sono, la dannazione dei sistemi psichiatrici pubblici nei Paesi europei. Gli ospedali pubblici costano più di quelli privati in quanto sono costretti a standard alti di rapporto tra personale e posti letto, e questo per via delle leggi e dei controlli formali e informali a cui invece il privato riesce più facilmente a sottrarsi, come sa bene chiunque abbia tentato, anche nell'Italia di questi anni, di guardare dentro una clinica psichiatrica privata.

Inoltre, l'assistenza psichiatrica nella "vecchia Europa" di oggi è quasi sempre mista, ovvero gli ospedali psichiatrici convivono con i servizi territoriali ma siccome la coperta è corta se i posti letto in ospedale non diminuiscono, i servizi territoriali hanno meno risorse, il che rende più difficile ridurre quell'ospedalizzazione di lungo periodo che produce cronicizzazione senza speranza.

Occorrono quindi scelte drastiche, che l'Italia ha fatto con la riforma del '78 e ha confermato con la legge finanziaria del '94 (primo governo Berlusconi) e nel '98 (governo Prodi). Così, vista dai 40mila posti letto in ospedale psichiatrico che la Francia non riesce a chiudere né a ridurre (ci provò per un breve periodo Bernard Kouchner quando era ministro socialista della Sanità) e dai 35mila letti pubblici inglesi (qui fu Margaret Thatcher a costringere gli ospedali psichiatrici a dimagrire), l'esperienza italiana appare appunto un caso di innovazione compiuta, che apre una domanda: com'è stato possibile far abbandonare agli psichiatri italiani la loro roccaforte? Quali elementi hanno creato quello zoccolo di consenso senza il quale la riforma non avrebbe potuto diventare adulta?

### **La chiave: cura e diritti**

Dobbiamo ritornare al nesso tra diritti e chiusura dei manicomi. Questo elemento, a lungo percepito da molti, anche nel fronte riformista, come una forzatura ideologica, è invece ciò che ha fatto la differenza. La sfida a mettere insieme, nel servizio pubblico di massa, cura e diritti ha infatti mobilitato le risorse professionali migliori, che hanno costruito modelli organizzativi inediti, che sono quella cinquantina di sistemi di servizi comunitari che oggi rappresentano l'eccellenza del nostro Paese: sistemi che funzionano sulle 24 ore, che non costringono la famiglia al ruolo di manicomio domestico, rendono inutile l'ospedalizzazione di lungo periodo, sanno aiutare, nella costruzione di una propria vita, anche chi sta male in modo non episodico e che magari, qualche chilometro più in là, è invece costretto a subire abbandono, esclusione, violenza.

Questi modelli "alti" sono anche punto di riferimento, di ricerca e di formazione per molti che lavorano in sistemi inadeguati, e sono stati soprattutto il riferimento su cui le associazioni di familiari e di utenti hanno identificato e misurano le proprie aspettative. "Vogliamo per noi una normalità che non costi il loro internamento" è diventato, dopo alcuni anni di scontri e confronti, lo slogan della grande maggioranza di associazioni, oltre 150 diffuse in tutto il Paese e coordinate nell'Unasam, Unione nazionale delle Associazioni per la Salute mentale.

In queste settimane l'Unasam, insieme con settori importanti della società civile organizzata (Arci, Cgil, Cittadinanzattiva, Fish, Anpis, Fondazione Di Liegro, Fondazione Basaglia, Magistratura Democratica, ecc.) ha diffuso un manifesto in dieci punti e promosso una grande quantità di iniziative, segnate dalla speranza combattiva di tenere aperto il tema della trasformazione della psichiatria e del welfare, ma anche dalla preoccupazione per le troppe cose che non vanno, per i tradimenti, i travisamenti, i trasformismi e per la distanza a volte intollerabile tra le parole e i comportamenti di tanti operatori e amministratori.

### **Le Regioni lasciano fare**

La minaccia di una controriforma certo pesa e peserà, tuttavia in queste iniziative è stato sempre sottolineato che il potere vero, il potere di "fare" in campo sanitario e sociale ormai da tempo ce l'hanno le Regioni. La Sardegna, però, è la sola che in questi ultimi anni ha avviato e persegue un programma complessivo di cambiamento, mentre le altre Regioni, pure quelle da sempre amministrate dal centrosinistra, si sono limitate e si limitano a lasciar fare: sia chi organizza servizi a misura dei pregiudizi tranquillizzanti e degli interessi consolidati, sia chi trova mezzi e consenso per un progetto di trasformazione degli assetti e delle culture. Così, la grande innovazione che suscita interesse in tutto il mondo ha prodotto finora meno di ciò che "la 180" vuole e consente, e anche di ciò che hanno dimostrato possibile quelle Asl che, in tutte le regioni e per le vie più diverse, l'hanno presa sul serio.

Su queste storie opposte e spesso contigue va impostato un lavoro di inchiesta e di ricerca per capire cosa è cambiato nella possibilità di vivere la follia, a trent'anni dalla legge di riforma e a quarant'anni dall'uscita del libro - *L'istituzione negata* (Franco Basaglia, Einaudi, 1968) - che ha rivelato alla società italiana la follia segregata e offesa, la logica del manicomio e le vie per combatterla.