

MARIA GRAZIA GIANNICCHEDA

## LA DEMOCRAZIA VISTA DAL MANICOMIO

Un percorso di riflessione a partire dal caso italiano

*Come mai anche nelle democrazie costituzionali dell'occidente ricco e sviluppato non si riesce a rispettare i diritti dei cittadini malati di mente, e non si riesce a farlo neppure oggi, dopo decenni di denunce, dibattiti, sperimentazioni istituzionali, riforme legislative? Come mai anche in Italia resistono pratiche psichiatriche di segno custodialistico, che comprimono i diritti in nome della cura? Cosa possiamo capire sul funzionamento del sistema democratico dall'osservatorio di questi cittadini che il trattamento psichiatrico si ostina a fare figli di una «democrazia minore»?*

La libertà è terapeutica.  
(Murali di Ugo Guarino, ospedale psichiatrico di Torino, 1975)

Si vede ancora bene nel parco dell'ex manicomio di Trieste il murale «La libertà è terapeutica» disegnato dal pittore Ugo Guarino in un pomeriggio d'estate del 1973, quando l'équipe di Franco Basaglia, da poco direttore, cominciava a liberare il grande ospedale psichiatrico dove erano internate all'epoca circa milleducento persone.

In questi trent'anni quell'affermazione ha guadagnato credito scientifico e si è tradotta in modelli istituzionali nuovi, mentre è andata scemando la legittimazione culturale dell'ospedale psichiatrico e dell'isternamento. In tutto il mondo però, anche nei paesi con sistemi democratici e costituzionali, il rispetto dei diritti delle persone malate di mente resta un grande problema insolto.

I movimenti che a più riprese, nella seconda metà del secolo scorso, in Europa e Stati Uniti hanno mostrato e contestato le condizioni di vita di milioni di internati nei grandi manicomii pubblici avevano posto, tra l'altro, la questione della coerenza tra i principi democratici e i dispositivi e le pratiche di internamento. Ma i cambiamenti che si sono poi

verificati nelle istituzioni psichiatriche di questi paesi hanno piuttosto o esclusivamente seguito l'imperativo della contrazione della spesa pubblica.

Così, una valutazione, per ora sommaria, di questi cambiamenti ci porta a concludere che la riduzione nel numero di istituti e posti letto psichiatrici pubblici ha in genere lasciato spazio, nei paesi dell'occidente democratico, a istituti di inserimento più piccoli, spesso privati, meno sanitari e più assistenziali, che continuano a operare nella logica del manicomio classico, offrendo un *asylum* (originariamente protezione) che continua a essere pagato, dal cittadino bisognoso, al prezzo della dignità e dei diritti personali.

### Figli di una democrazia minore

Una importante conferma di questa valutazione viene dall'allarme sui diritti delle persone malate di mente lanciato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che, a partire dalla seconda metà degli anni '90, durante la direzione di Gro Harlem Brundtland, ex presidente della repubblica di Norvegia, ha promosso diverse iniziative su diritti e salute

mentale: dalla campagna del 2001 *Stop Exclusion. Dare to Care* («Basta con l'esclusione: la sfida della presa in carico»<sup>10</sup>) alla creazione, presso gli uffici centrali di Ginevra, di un gruppo di esperti che offre consulenza ai paesi in tema di salute mentale, diritti umani e legislazione.

Questo allarme tocca anche l'Europa. Nella dichiarazione sulla salute mentale sottoscritta il 24 febbraio 2005 a Helsinki dai 52 paesi membri della regione europea dell'Oceano, tra le altre cose è scritto che «i governi si assumono la responsabilità di sostenere i diritti umani delle persone malate di mente e di rendere effettive misure che mettano fine ai trattamenti inumani e degradanti».

È dunque tempo, come scrive Larry Gostin, giurista nordamericano tra i più attenti a questa problematica, di andare «oltre i richiami morali» agli psichiatri e a *policy makers*, e oltre le campagne contro la stigmatizzazione come fenomeno genericamente culturale. Gostin<sup>11</sup> individua nell'approccio in termini di diritti umani e nell'azione giuridica degli individui contro gli Stati la via maestra per indurre i sistemi psichiatrici a rispettare i diritti delle persone in trattamento così come affermati da ormai numerose carte, dichiarazioni e convenzioni internazionali<sup>12</sup>.

Questo approccio in chiave di diritti umani ha guadagnato rapidamente terreno negli ultimi anni: è stato fatto proprio da reti europee e internazionali di associazioni di utenti della salute mentale, da potenti organizzazioni non governative come la Fondazione Soros e dalla stessa OMS, che oltre al gruppo di lavoro già menzionato ha lavorato alla elaborazione di un apposito manuale<sup>13</sup>.

Sarebbe di grande interesse una valutazione critica del successo di questo linguaggio dei diritti, spesso usato in modo ambiguo, poco rigoroso e retorico, come avvertiva nei primi anni '90 Norberto Bobbio<sup>14</sup>. Questo fatto conferma comunque la persistenza di una vecchia questione su cui in questo testo vorrei riflettere e che si può riassumere in questi termini: come mai le democrazie costituzionali dell'occidente ricco e sviluppato non riescono a

rispettare i diritti dei cittadini malati di mente, e non riescono a farlo neppure oggi, dopo decenni di denunce, dibattiti, sperimentazioni istituzionali, innovazioni tecniche, riforme legislative? Cosa possiamo capire sul funzionamento del sistema democratico dall'osservatorio di questi cittadini che il trattamento psichiatrico fa figli di una «democrazia minore»?

Su tali questioni l'Italia è certamente uno degli osservatori più interessanti ed emblematici del mondo occidentale, data la radicale natura della riforma psichiatrica del '78 e la ricca storia della sua ormai lunga vita. Tuttavia, prima di entrare nel merito degli insegnamenti del caso italiano, mi pare necessario mettere sui piedi giusti la questione del *rapporto tra democrazia e manicomio*. Lo farò partendo da un istruttivo episodio raccontato da Klaus Döner e documentato in un trattato inglese di storia della psichiatria<sup>15</sup>.

<sup>10</sup> Questo slogan fu discostantemente tradotto, nella versione italiana della campagna, in «più solidarietà con il coraggio delle cure, che covocismo come problema del malato che ostacola la cura non vuole farsi curare quello che originariamente era, come appariva chiaro dal documento di lancio della campagna e dallo stesso slogan, un richiamo ai servizi, indicati come principali destinatari del messaggio di offrire, al malato di mente e alla sua famiglia, cura, cioè accoglienza, in luogo di repressione e abbandono. A dimostrazione ulteriore di quanto sia ancora un tema «sensibile» quello dei diritti delle persone malate di mente.

<sup>11</sup> Gostin L., *Beyond Moral Claims. A Human Rights Approach to Mental Health*, in «Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics», 10, 2001, pp. 264-274.

<sup>12</sup> Le principali sono la *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*, la *European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, la *Recommendation on protection of the mental health of certain vulnerable groups in society* e la *Recommendation concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder*.

<sup>13</sup> *WHO, Mental Health Legislation and Human Rights*, Ginevra 2000, reperibile in formato pdf al sito [www.who.int/mental\\_health/resources/en/legislation](http://www.who.int/mental_health/resources/en/legislation).

<sup>14</sup> Bobbio N., *L'età dei diritti*, Einaudi, Torino 1990, p. 20.

<sup>15</sup> Hunter B., Malaspina L., *Three Hundred Years of Psychiatry, a History Presented in Selected Texts*, London 1965, p. 703, citato da Döner K., in *Il berghese e il folle*, Laterza, Bari 1975, p. 217.

## Il cittadino in catene

Siamo a Londra nel 1815, nel corso della *Parliamentary Inquiry into Madhouses*, la prima inchiesta parlamentare che guarda ai folli nell'ottica liberale dei diritti, un po' la madre di tutte le inchieste parlamentari che hanno ciclicamente testimoniato gli abusi perpetrati dalla psichiatria manicomiale nei regimi liberal-democratici (in Italia l'ultima di queste inchieste si è svolta nel 1997).

Per due anni una commissione visita le varie istituzioni pubbliche e private. Al Bedlam, il grande manicomio di Londra, i commissari hanno modo di incontrare il medico Thomas Monro, che è anche proprietario e gestore di una casa di cura privata. Alla domanda sul perché al Bedlam egli faccia ampio uso di catene e ceppi, che invece non esistono nella sua casa di cura, Monro risponde che nella sua clinica c'è tanto personale che non vi è occasione di usare la coercizione: ho quaranta e più pazienti e altrettanti inservienti.

Ma i commissari vogliono saperne di più su questi mezzi di coercizione, sulla loro utilità. «Essi sono adatti solo per i folli poveri - precisa Monro - un gentleman non apprezzerrebbe di essere messo in catene. Io stesso, peraltro, non sono abituato a un gentleman in catene, non ho mai visto una cosa del genere, e ciò è talmente orrendo per la mia sensibilità che non lo ho mai considerato necessario».

Una contraddizione dei regimi democratici. Ci sono diversi elementi in questa vicenda che è quasi una parabola. Dörner la cita per dimostrare un dato storico ormai acquisito: il grande manicomio pubblico nasce per internare i poveri lunatici, lo «marginalità improduttiva» per dirla con Franco Berghia<sup>99</sup>, destinataria per ciò stesso di un trattamento diverso rispetto al folle ricco, al gentleman, o al bürger, al citizen, come già all'epoca si cominciava a dire nell'Europa continentale. Ma questo è tutto scemato l'elemento più inattuale di questo episodio. Nel secolo appena passato, infatti, anche il gentleman e il citadino

hanno conosciuto le catene, sia in quanto anche i poveri sono diventati cittadini, sia perché i ceti produttivi, classi medie incluse, hanno cominciato ad attraversare i circuiti della psichiatria pubblica, sperimentando così quell'introcchio tra cura e custodia inventato per la prima volta dalla legge francese del 1838.

Il cittadino in catene non perché reo ma perché malato è diventato così una contraddizione delle democrazie. Nella gran parte dei casi (penso ai paesi europei e agli Stati Uniti) essa viene ammessa all'interno di legislazioni speciali, che costruiscono cioè regimi d'eccezione per il malato di mente e per il medico psichiatra. A quest'ultimo è consentita la compressione di alcuni diritti in nome della cura, ma di converso lo psichiatra è obbligato a farsi carico della difesa della società dal potenziale pericolo costituito dal malato di mente.

Questo è, in estrema sintesi, il paradigma dell'internamento, più volte e in vari modi corretto, soprattutto dalle legislazioni europee, a partire dal secondo dopoguerra, con gli obiettivi di renderne l'impiego eccezionale, di restringere i suoi ambiti di applicazione e di controllare ex-post, ed eventualmente sanzionare, eccessi ed abusi. Tutto questo ha prodotto costruzioni giuridiche complesse e non sempre maneggevoli, che possono dare molto lavoro a giudici, avvocati e assicurazioni (è soprattutto il caso degli Stati Uniti) ma che non sembrano capaci di eliminare, né di rendere eccezionale, questa che rimane appunto una contraddizione dei regimi democratici: il cittadino «in catene» non perché reo ma perché malato.

L'eccezione dell'Italia e della Spagna. Solo l'Italia e, in altro modo, la Spagna<sup>100</sup> hanno deciso di fare a meno di una legislazione speci-

<sup>99</sup> Berghia F. e Gianichedda M. G., *Legge e psichiatria. Per un'analisi delle eccezioni in campo psichiatrico*, in Berghia F., Scatù, Eliaudi, Torino 1982, vol. II, p. 445.

<sup>100</sup> La Spagna non ha una legge psichiatrica: le procedure e le garanzie per il trattamento psichiatrico, ricovero incluso, vengono regolate secondo alcuni articoli del codice civile.

le per il malato di mente, cercando di percorrere strade diverse. La riforma italiana<sup>101</sup>, in particolare, ha voluto esplicitamente tagliare le radici del paradigma asilare. Ha abolito il manicomio e ha eliminato la pericolosità come ragione sia dell'obbligo alla difesa sociale che della possibilità di compiere i diritti personali in nome della cura. Questo risulta particolarmente chiaro nella disciplina del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)<sup>102</sup> che non rappresenta l'eccezione ma la conferma di questa scelta.

La ratio del TSO infatti non è la pericolosità del malato di mente ma il fatto che questi ha bisogno di aiuto. Per usare le parole della legge, il TSO deve essere effettuato (art. 34) «se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e se gli stessi non vengano accettati dall'infermo». Di qui tre conseguenze importanti:

□ il fatto che la persona malata di mente non accetti il trattamento psichiatrico non è più un indicatore di pericolosità sociale ma eventualmente segno dell'alterazione psichica di cui lo psichiatra deve farsi carico, o magari, come spesso l'esperienza ha dimostrato e come era riconosciuto dalla stessa relazione di presentazione della legge 180 in Parlamento, indicatore di una storicamente fondata paura del manicomio e dei suoi effetti di stigmatizzazione;

□ lo psichiatra non è più obbligato al controllo e alla repressione della pericolosità sociale: così, obbligare una persona malata di mente al trattamento non significa più comprimere i suoi diritti ma tutelarli;

□ il controllo e la repressione della pericolosità sociale sono dunque, nel regime italiano, di esclusiva responsabilità dell'autorità di pubblica sicurezza e della giustizia penale. Quando sia il caso, può competere al servizio psichiatrico e alla polizia di intervenire insieme nella stessa situazione, ma ciascun potere sulla base del proprio specifico mandato.

Il legislatore italiano ha dunque tolto alla psichiatria la spenta bollente della difesa sociale distinguendo nettamente la cura dalla custodia. Eppure, neanche in Italia si può dire

che sino del tutto uscite di scena le pratiche psichiatriche di segno custodialistico, immediatamente o potenzialmente lesive dei diritti personali, e neppure si può dire che siano divenute eventi eccezionali, nonostante da noi siano state private di fondamento giuridico<sup>103</sup> e abbiano subito una delegittimazione culturale così forte da indurre nei non addetti la convinzione che tali pratiche siano effettivamente scomparse.

<sup>101</sup> Ricordo che la legislazione italiana di altro ordine è costituita da un insieme di provvedimenti: una legge nazionale sui principi approvata nel 1978 (la cosiddetta «legge 180») e le diverse leggi regionali sul ricovero e le politiche. La 180 è confluita nella legge di riforma sanitaria n. 833 (dicembre 1978) ed è contenuta in quattro articoli, art. 33, 34, 35 e 64. In estrema sintesi, tra i punti chiave della legge: a) il divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici e di ricoverare nuovi pazienti in quelli già esistenti, che devono essere gradualmente soppressi e riutilizzati per altri scopi; b) il principio che le funzioni di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle persone con disturbi mentali devono essere di norma svolte dai servizi di salute mentale territoriali. In legge istituisce inoltre, presso gli ospedali generali, i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), che possono essere non più di 15 letti ciascuno; c) la disciplina del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

<sup>102</sup> Come nel caso del TSO per altre malattie, che la legge disciplina all'articolo 33, il TSO per malato mentale (art. 34) deve svolgersi «nel rispetto della dignità della persona e dei suoi diritti civili e politici, (...) e deve essere accompagnato da iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte della persona obbligata. Il TSO è richiesto da due medici, uno dei quali deve essere psichiatra. È disposto dal sindaco o da un suo delegato. Il assistenza del giudice tutelare, che è anche responsabile della tutela giurisdizionale del TSO. Il TSO può essere effettuato negli SPDC presso gli ospedali generali e presso i servizi di salute mentale. Se il TSO si protrae oltre il settimo giorno e nel caso di ulteriori prolungamenti, il servizio psichiatrico deve seguire la procedura (indica il sindaco e giudice) e deve appoggiare per iscritto le ragioni del protrarsi dell'obbligazione».

<sup>103</sup> Questo tema è stato dibattuto negli anni '80, in coincidenza del disegno di legge che all'epoca tentava di reintrodurre il ricovero coatto di lungo periodo ed il concetto di pericolosità sociale del malato di mente. Si veda Gianichedda M. G., *Sul trattamento sanitario obbligatorio*, in «Democrazia e diritto», 4-5, 1988, e *Il contratto del malato di mente al trattamento: verso una riformulazione del contratto terapeutico in Cendon P.* (a cura di) *Un nuovo diritto per il malato di mente*, Ed. 1990. Per un'analisi critica di questo progetto si veda la tesi di laurea in «Giurisprudenza penale (psichiatrica) dei diritti di cittadinanza» di Marina Antonello di Precistorio, vol. CLXXXI, suppl. 2, 2000.

## La custodia terapeutica

Vale la pena di osservare da vicino questo fenomeno, anche se non è facile dato che il tema dei diritti dei cittadini in trattamento psichiatrico è stato piuttosto trascurato dalla ricerca negli ultimi venti anni, in Italia come nel resto d'Europa.

In Italia forse più che nel resto d'Europa vi sono studi numerosi, ma di dimensione locale, portati avanti sia da servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SDC) che da sistemi di salute mentale che, impegnati nel rifiuto delle pratiche custodialistiche, cercano di monitorare e dimostrare i risultati dell'operare con strutture e metodi nuovi. Il solo lavoro di ampia dimensione è una recente indagine dell'Istituto Mario Negri di Milano sugli SDC, nata nel contesto dello Studio collaborativo italiano sugli esiti dei disturbi mentali gravi (Studio SPT) <sup>107</sup>.

La persistenza, anche in Italia, di pratiche custodialistiche. I risultati di questa indagine <sup>108</sup> che ha analizzato 39 SDC e due cliniche universitarie che svolgono tale funzione, confermano quanto appena detto sulla persistenza di pratiche di segno custodialistico. Poche chiusure, grate, sequestro di oggetti personali tra cui abiti e scarpe, restrizioni nel consumo di sigarette, nelle comunicazioni telefoniche nonché nei rapporti con familiari e amici sono pratiche largamente diffuse. Solo nel 12% degli SDC l'uso dei mezzi di contenzione fisica è bandito da anni, e tra i rimanenti servizi in poco meno di un terzo dei casi la contenzione è un evento relativamente raro (nessun caso nell'ultimo mese) ma in poco meno di un terzo è un evento piuttosto frequente, con picchi fino a trenta contenzioni nell'ultimo mese. Inoltre, nel 40% dei casi, qualora si decida di ricorrere alla contenzione di un paziente in trattamento volontario, questo non viene convertito in TSO.

«È interessante notare – commentano i ricercatori – che sembra esservi una stretta relazione tra uso della contenzione fisica e ri-

corso a pratiche aggressive quali la perquisizione personale. In altri termini, la sottrazione di oggetti potenzialmente lesivi tendenzialmente non avviene nei reparti che hanno deciso di escludere la contenzione fisica o che vi fanno ricorso in modo quanto mai occasionale <sup>109</sup>. È spiccato non è credibile che la gravità, l'espressività comportamentale e il profilo psicopatologico dei pazienti che questi servizi ricoverano siano differenti, anzi è stato rilevato in questi servizi un uso più massiccio di psicofarmaci <sup>110</sup>, i ricercatori concludono che il rispetto dei diritti, della libertà e della dignità del paziente abbia a che fare sostanzialmente con lo stile di lavoro degli operatori e con l'organizzazione del servizio e del sistema.

Il caso d'ombra di cliniche e istituti privati. Prima di andare avanti vorrei fare ancora due precisazioni su questo persistere di pratiche custodialistiche. Va ricordato innanzi tutto il fatto che in tutti gli altri paesi europei e negli Stati Uniti le pratiche di custodia che abbiamo visto sono ammesse e regolamentate dalle legislazioni, che consentono anche l'uso di camere di contenzione (*exclusion rooms*) e di trattamenti di psicoturgia, che in Italia non risultano messi in atto, così come è frequente l'uso di telecamere a circuito chiuso nelle stanze di degenza e nei bagni, cosa che pure in Italia si verifica anche se non frequentemente, dato che questa pratica non è stata riscontrata in nessuno dei servizi dello Studio SPT. Il caso dell'Italia è dunque interessante proprio perché mostra una psichiatria che, nonostan-

<sup>107</sup> Lo Studio SPT, a cui hanno partecipato 61 servizi psichiatrici territoriali di 32 regioni, è uno studio longitudinale di genitori con disturbi psicotici fissato sulla valutazione dei loro esiti lungo cinque anni dalla presa in carico.

<sup>108</sup> La metodologia e i risultati dell'indagine sono presentati da Tassinari E. e Tagliari G., *Indagine sui Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, in: Osservatorio sperimentale di Psichiatria*, vol. 1, Corini, suppl. 2, 2003.

<sup>109</sup> *Ibidem*, p. 10.

<sup>110</sup> Cardagnano G., Giamberini A., Masi L., *Una esperienza critica dei dati sui SDC. Riflessioni sul senso delle cure e del ricovero in psichiatria in: Rivista sperimentale di Psichiatria*, vol. 1, Corini, suppl. 2, 2003, pp. 23-24.

Articolazione Sociale

te la riforma, continua a riconoscere, magari meno che altrove o perlomeno con più eccezioni che altrove, le pratiche custodialistiche come atti medici, come componenti dell'intervento terapeutico.

Questo si può dimostrarlo per gli SDC ma, sia detto per inciso, questi non sono i soli luoghi in cui sono impiegate tecniche che riducono le libertà in nome della cura. Qui semmai il loro uso è generalmente documentato e quindi controllabile, diversamente da quanto può accadere, e accade, ad esempio nelle cliniche psichiatriche private e negli istituti di tipo medico-assistenziale per anziani non autosufficienti e per disabili gravi. Se queste istituzioni sarebbe fortemente necessario puntare l'attenzione, sia della ricerca che della magistratura tutelare, per indagare un fenomeno che tipicamente è allargato in portate della domanda posta all'incirca come mai nelle democrazie occidentali un cittadino può essere offeso nei suoi diritti in nome della cura, sia a causa di regimi eccezionali che lo consentono sia a causa di pratiche che ripropagano questi regimi anche quando sono formalmente scomparsi?

Ritorniamo alla «parabola» inglese e a una seconda pista di ragionamento che essa apre.

## Prendersi cura in altro modo

Il medico Mouro, come abbiamo visto, si fida a priori l'idea che si possa mettere in cantiere un gentleman, anzi trova aberrante la sola ipotesi. Di fronte all'insistenza del commissario, si colloca immediatamente dalla parte del gentleman folle, o meglio, sponendosi collocato nello stesso gruppo sociale, partecipe del medesimo sistema di valori, può capire, e lo fa notare immediatamente ai suoi interlocutori, che il gentleman in questione si irriterrebbe ancora di più nel caso di una simile violazione della propria dignità: la contenzione, argomenta Mouro, in questo caso si rivelerebbe alla fine controproducente. È per questo che neppure gli viene in mente che una tale misura possa essere considerata necessaria. Per far

fronte al gentleman folle, immaginiamo resistente al ricovero, magari agitato e forse risoso, il medico Mouro dovrà dunque trovare qualche altra cosa che non siano i ceppi e le catene del manicomio.

Dal dottor Mouro a Franco Basaglia. Franco Basaglia è partito, in fondo, da un'attitudine analoga a quella di Mouro, e ha cercato le strade per prendersi cura in un altro modo della persona malata, i cui diritti sono per Basaglia inviolabili quanto per Mouro quelli del gentleman. Per questo Basaglia percepisce come aberrante il manicomio e fin dall'inizio pensa di dover lavorare a distruggerlo <sup>111</sup> per poter affrontare da medico e non da carceriere la sofferenza delle persone che gli sono affidate. Alla base c'è, in entrambi i casi, una spinta squisitamente etico-politica. Il punto è che l'etica di Basaglia e quella di Mouro sono diverse, quanto lo sono i rispettivi riferimenti e contesti politico-sociali.

Mouro si muove alle origini del mondo liberale. Qui il solo cittadino è il maschio borghese benestante, titolare esclusivo di quello che Beccaria ha chiamato «il terribile e forse non necessario diritto», il diritto di proprietà. Siamo infatti alle prime fasi di formazione di quel complesso di diritti che fanno la cittadinanza. Da essa sono esclusi i non proprietari, che poi entreranno nel novero dei cittadini se provvisti di istruzione, mentre solo col primo novecento si arriverà a discutere di universalità della cittadinanza politica, universalità chiusa nell'orizzonte maschile però, poiché solo assai più tardi – da noi con il secondo dopoguerra – anche le donne saranno cittadine, o per molto tempo non a pieno titolo.

Così, nello spirito dell'epoca, il medico Mouro ha interiorizzato i diritti del gentleman ma non quelli dei poveri. Né si può dire che i commissari del parlamento inglese pongano sullo stesso piano poveri e gentleman. L'inchiesta parlamentare che ha lasciato memoria

<sup>111</sup> Il primo testo in cui Basaglia argomenta la distruzione del manicomio è del 1964: *La distruzione del manicomio come luogo di istituzionalizzazione in Basaglia F., Scritti*, vol. 1, Einaudi, Torino 1981, p. 249.

Articolazione Sociale

di questa storia nasce in realtà per tamponare alcuni fatti scandalosi diventati di dominio pubblico: nel caso in questione, l'inchiesta si deve al Retreat di York, al relativo successo politico del suo ideologo Samuel Tuke, nipote del fondatore, alle denunce dei quaccheri e dei gruppi riformatori. La politica, in realtà, adotta e scelererà, verso i diritti degli internati e verso i doveri degli psichiatri, un atteggiamento perlomeno ambivalente. Tanto è vero che, quando si tratterà di legiferare sull'assistenza dei malati di mente, vincerà il paradigma dell'internamento, che costruisce tra lo Stato e il corpo medico l'ambiguo patto sulla cura-custodia. Dentro questo patto, com'è noto, si svilupperà il sapere psichiatrico, spementato sui corpi dei poveri consegnati ai medici, i quali saranno ciclicamente accusati di perpetrare abusi e di essere inefficaci ma saranno, al fondo, sempre confermati nel mandato alla difesa sociale, che ha definito a lungo e senza eccezioni l'etica politica corretta per lo psichiatra pubblico.

**Quell'onore letamaio del manicomio.** Arrivano così alle democrazie del dopoguerra, alle carte costituzionali e alle masse di cittadini malati in carcere, costose in denaro e in legittimità democratica. Basaglia, lo racconterà lui stesso in un testo del '75 ancora forte e attuale, *Criminali di pace*, è tra coloro che usciti dalla guerra (credono) di poter costruire, contribuendo ciascuno nel proprio settore, un mondo diverso da quello contro cui si era lottato. Ma «questa speranza ha vita breve» se è vero che anche «l'intellettuale o il tecnico militante nei partiti di sinistra svolge una pratica professionale di segno opposto alla sua attività politica. Ingegneri in fabbrica, medico d'ospedale, giudice, psichiatra in manicomio, insegnante, ciascuno conferma, con la propria pratica professionale, ciò che altrove nega»<sup>102</sup>.

L'impatto col manicomio di Gorizia nel 1962 è per Basaglia rivelatore degli esiti terribili a cui questa doppiezza può portare. «Quell'onore letamaio che era il manicomio», lo racconta in un testo degli anni '70, *La giustizia che punisce*, gli fa venire in mente la pri-

giore in cui era stato da studente, «l'odore di morte e il senso di oppressione che allora aveva vissuto, e l'essere, questa volta, «dalla parte del carceriere» non gli impedisce di riconoscere in quell'uomo che aveva perso ogni qualifica umana, acquisendo lo stampo e l'impronta dell'istituzione»<sup>103</sup>. Parte da qui, da questo passaggio etico, politico e anche emozionale, il percorso che porterà Basaglia a sperimentare un sistema di servizi che fa a meno del manicomio e dei suoi strumenti, all'interno di quel composito movimento che indurrà la democrazia italiana a non privare più della cittadinanza le persone malate di mente.

**Il nesso tra etica e innovazione.** In psichiatria c'è dunque un nesso stretto, nel caso italiano particolarmente evidente, tra spinta etica e innovazione della struttura e della cultura dell'intervento terapeutico. Una spinta etica necessariamente non priva di aggettivi: provocando qualche scandalo e non poco fastidio, Basaglia vorrà chiamare *psichiatria democratica* il movimento che si organizza per la riforma, intendendo con questo aggettivo che si trattava di costruire una psichiatria che *interiorizzasse e facesse vivere i principi del patto costituzionale democratico*, così come la psichiatria asilare si era sviluppata nel quadro di uno Stato liberale che escludeva dalla cittadinanza più di «metà del cielo».

### Quando la palla passa alla politica

Sul rapporto tra psichiatria e politica, e su «la psichiatria è una scienza politica»<sup>104</sup>, per dirla con Castel, la ricerca storico-sociale ha lavorato molto. Questo rapporto tocca anche l'agire individuale, come abbiamo visto tanto nelle parole di Mosco come in quelle di

<sup>102</sup> Basaglia F., *Organo Basaglia F., Criminali di pace*, in Basaglia F., *Scritti*, vol. II, Einaudi, Torino 1982, p. 238.

<sup>103</sup> Basaglia F., *La giustizia che punisce*, ibidem, p. 145.

<sup>104</sup> *La psichiatria come scienza politica è il titolo del quinto capitolo del libro di Robert Castel L'ordine psichiatrico. L'opera d'arte dell'istituzione*, Feltrinelli, Milano 1980.

Basaglia. Quest'ultimo si trova però di fronte a una sorta di doppio messaggio: la cultura democratica del dopoguerra, e esplicitamente la Costituzione, gli indirizzano un messaggio sui diritti della persona, messaggio contraddetto però sia dalla pratica manicomiale che dalla legge, quella del 1904.

Basaglia si fa carico di rompere questa contraddizione, ponendo le basi per l'avvio di un'altra storia. Infatti, quando la psichiatria dimostra che «si può curare la persona che soffre in un altro modo»<sup>105</sup>, e che dunque l'eccezione alle regole della democrazia non è più il triste ma necessario prezzo da pagare alla cura, la palla ritorna, per così dire, alla politica, che a questo punto deve ridisegnare le istituzioni psichiatriche, il proprio rapporto con i corpi professionali che le governano e anche la funzione di difesa sociale che in parte era stata loro affidata.

**La scommessa della 180: rendere democratica la psichiatria.** Arriviamo così alla legge 180, e alla scelta che la democrazia italiana fa con la riforma del '78 di non privare più della cittadinanza la persona malata di mente. A questo punto lo scenario cambia. Tutta la psichiatria deve diventare democratica, e l'intero sistema delle istituzioni pubbliche deve diventare partecipe di questa trasformazione, che deve raggiungere anche le strutture della vita sociale, cioè i luoghi e i processi di formazione della domanda di intervento psichiatrico, condizionati dai due secoli di vita del paradigma dell'internamento.

Sarebbe di grande interesse ricostruire e analizzare a fondo l'esperienza italiana in questa chiave, osservando cioè come il sistema politico ha agito la propria responsabilità di trasformare le istituzioni. Oggi è infatti chiaro se non a tutti certo a molti che è perfettamente possibile coniugare cura e rispetto dei diritti, anche nei casi più gravi. Il mondo, e non solo quello occidentale, è ricco di esperienze che lo dimostrano. Ma è possibile trasferire questo dato sul terreno delle politiche pubbliche? È possibile cioè, e a quali condizioni, passare dall'avere, in un dato paese, bravi psichiatri

che fanno le cose giuste (per il bene di chi riceve, per fortuna o per denaro, a raggiungerli) al costruire, in quello stesso paese, un ceto di operatori e un sistema di servizi orientati sull'interesse pubblico a curare tutti i cittadini nel rispetto dei loro diritti?

Questa è al fondo la scommessa che la «180» e la democrazia italiana non hanno vinto ma neppure perso. In Italia infatti si sono radicati sistemi locali di salute mentale che fanno a meno del manicomio e dei suoi sacerdoti, e che hanno innescato processi a catena di trasformazione di altri settori pubblici (aree della sanità, della magistratura e della polizia ad esempio) e di qualche spazio della vita sociale (nel lavoro, nelle convivenze, nella scuola, nell'informazione).

Questo è il risultato di due movimenti. Da un lato nasce da gruppi di tecnici del sapere pratico, per usare una definizione di Sartre che Basaglia amava, che non si sono presi neutri o irresponsabili rispetto alla società in cui operano e hanno lavorato per inventare modelli di servizi, tecniche di intervento, culture di una psichiatria fedele al patto democratico. Dall'altro nasce da una politica che non ha rinunciato a trasformare la realtà che era chiamata ad amministrare, e che ha interpretato la sua fedeltà al patto costituzionale come impegno a fare democrazia, sia rinovando i famosi ostacoli all'effettiva eguaglianza di cui al capoverso dell'articolo 3 della nostra Costituzione, sia favorendo la formazione di istituzioni e processi che modificano i rapporti sociali in coerenza con il patto democratico.

**Una scommessa vista qui e là.** Tutto questo in Italia è accaduto, e l'ormai lunga vita della riforma psichiatrica, che andrebbe ricostruita e documentata, può essere assunta come prova di questo. Potremmo dire perciò che è stata vinta la scommessa di mettere a regime servizi di salute mentale democratici, se non ci trovassimo di fronte a un paradosso: questo fare democrazia, che ha cambiato pezzi importan-

<sup>105</sup> Basaglia F., *Confessione accademica*, Raffaello Cortina, Milano 2000, p. 142.

ti di società e si è pure dimostrato sostenibile sul piano economico e socialmente compatibile, sembra non riuscire a varcare lo spazio del locale e dello specifico.

In concreto: non vi è regione italiana che non possa contare su un certo numero di servizi, e talvolta interi sistemi locali di salute mentale, che portano avanti «buone pratiche», per usare una locuzione tipica delle istituzioni transnazionali, pratiche che cioè rispettano i diritti e realizzano buoni livelli di efficacia. Una prova ne è il fatto che nel 2003 la UNASAM, la più grande rete di associazioni di familiari, ha tenuto una conferenza nazionale che presentava per ogni regione una pratica esemplare, chiedendo che venisse sostenuta e moltiplicata.

Eppure, se guardiamo al panorama delle politiche regionali, la scelta di sostenere e valorizzare le moltiplicazioni di queste pratiche dei diritti è piuttosto l'eccezione (penso al Friuli Venezia Giulia) di una regola che è l'amministrazione di una situazione contraddittoria dove chi vuole (a livello di azienda sanitaria) fa e chi non vuole va avanti lo stesso, così che i cittadini ricevono prestazioni che possono essere estremamente diverse pure in contesti contigui e simili. Per non parlare delle regioni che esplicitamente lavorano per sottrarre terreno alla possibilità di una trasformazione dei sistemi di salute mentale in senso anti-custodialistico, sciogliendo nei fatti le basi stesse del servizio sanitario nazionale (penso alla Lombardia).

Non è possibile qui dettagliare e documentare queste valutazioni, lascio perciò allo stato di ipotesi l'idea che vi sia una specie di soffitto di cristallo, invisibile e rigido come quello che impedisce alle donne l'accesso ai livelli alti del potere, che relega nella dimensione del locale, del municipale, queste che possiamo chiamare *politiche del fare democrazia*, che sono presenti e vitali non solo nel campo della salute mentale.<sup>92</sup>

### Una riforma lasciata al suo destino

La riforma psichiatrica, del resto, è stata fin dall'inizio abbandonata al suo destino, per

così dire, innanzi tutto dai molti governi che si sono succeduti dopo la riforma sanitaria. A fronte del primo «emergere del fascino discreto del manicomio», come Basaglia scrive su «La Repubblica» il 5 settembre 1979, anche in Parlamento iniziarono le prese di distanza dalla «180» come dalla riforma sanitaria. Reazioni per molti aspetti prevedibili. I principi della nuova legge incasavano infatti il lavoro dello psichiatra dentro argini ai quali non era abituato, e quindi i processi di adattamento al nuovo quadro erano complessi e conflittuali, visto che si trattava di trasformare la funzione della psichiatria e non solo le sue modalità operative.

Altre ragioni storiche. Nel caso italiano c'erano poi almeno tre problemi ulteriori che contribuirono all'epoca a drammatizzare la situazione, problemi non specifici del campo psichiatrico, che già alla fine degli anni '70 incisero sulla vita di questa riforma, di cui poi, soprattutto negli anni '80, condizionarono pesantemente lo sviluppo. La riforma psichiatrica e quella sanitaria si inserivano infatti in un ampio processo di riforma dello Stato e delle strutture della vita sociale che il Parlamento portava avanti da un decennio.

Questa fase si era aperta nel 1969 con l'approvazione dello Statuto dei lavoratori; l'anno seguente, erano stati disciplinati due istituti già previsti dalla Costituzione, l'ordinamento regionale e il referendum. Venne poi approvata la legge sul divorzio (1975), poco dopo le nuove norme sul diritto di famiglia e più tardi la legge sulla interruzione volontaria di gravidanza, che uscirà qualche settimana dopo la legge «180», mentre nel frattempo alcuni provvedimenti avevano messo mano alla riforma dell'assistenza sociale.

Come si vede, arrivano al portone, per così dire, molti nodi riguardanti il rapporto tra Stato e società civile, che la Costituzione aveva in

<sup>92</sup> Sulla concretezza, la qualità e le contraddizioni di questo fare democrazia a livello locale è uscito qualche anno fa un libro molto bello di Franca Ongaro Basaglia, *Vita e carriera di Mario Toccazzini: lavorare popolo secondo i comandi di lei mendicando*, Edizioni Biscotti, Roma 1991.

larga misura ridefinito ma che i parlamenti e i governi che si erano succeduti non avevano tradotto in istituzioni nuove.

Sono le forti pressioni dei movimenti sociali che nascono alla fine degli anni '60 a imporre queste riforme così a lungo differite, ma sono anche molto forti le resistenze, nel corpo sociale e soprattutto negli apparati dello Stato. In questo quadro<sup>93</sup>, era entrato pesantemente in scena il terrorismo, a partire dalla stage del 12 dicembre 1969 a Milano.

Altri due problemi generali graveranno sulla riforma psichiatrica. Le leggi di riforma che in questi anni si accavallano determinano uno sconvolgimento radicale negli apparati dello Stato. Mutano il contenuto dei poteri, la dislocazione delle responsabilità, le procedure. La psichiatria, che da un decennio era la competenza più importante delle amministrazioni provinciali, quando entra nella sanità generale diventa l'ultima ruota del carro. Questa conseguenza, ovvia e prevedibile della riforma, non viene minimamente governata dalle istituzioni politiche e dalla pubblica amministrazione. Ciò è dovuto in parte alla volontà di far fallire la riforma sull'evidenza della sua ingovernabilità, ma in parte — e questo è l'elemento a mio parere più determinante — è causato dal fatto che in Italia c'è una reale, profonda crisi di «governance», che riguarda sia i rapporti tra partiti, parlamento e governo, sia il rapporto tra apparati dello Stato centrale e delle regioni.

Le ultime interviste di Basaglia. Non è possibile approfondire qui temi come questi. Ho voluto però accennare allo scopo di mostrare all'interno di quali complessi processi vada collocato il fatto che la riforma sia stata lasciata esclusivamente nelle mani dei soli tecnici e degli amministratori locali. Basaglia aveva intuito questo rischio e, negli ultimi mesi del suo lavoro, per cercare di tenere aperta la discussione sulla riforma e per responsabilizzare i partiti che l'avevano voluta e approvata, aveva messo in piedi un progetto curioso, emblematico del suo stile. Aveva deciso di intervistare dirigenti politici di spicco sulle ragioni

di fondo che avevano spinto i rispettivi partiti ad approvare la «180», e sui mezzi con cui intendevano governarla. Riuscì a intervistare due alti dirigenti del partito della Democrazia Cristiana, Paolo Cabras e Bruno Orsini, il vicesegretario del partito socialista Claudio Signorile e il segretario del partito socialdemocratico Pietro Longo. Aveva avviato i contatti con il segretario del Partito Comunista, Enrico Berlinguer, ma non fece in tempo a incontrarlo. Da quelle interviste, sette anni dopo, fu ricavato un film di mezz'ora<sup>94</sup>, che venne presentato in Parlamento ad un convegno promosso dal gruppo parlamentare Sinistra Indipendente, di cui faceva parte Franca Ongaro Basaglia, che nel 1984 era stata per la prima volta eletta in Senato. In quell'occasione, alcuni degli intervistati e altri esponenti degli stessi partiti dovettero riconoscere che i problemi che quelle convassazioni ponevano erano ancora tutti in piedi, e che nascevano non dallo spirito né dalla lettera della riforma ma dalla carenza o assente volontà e capacità di governare, da parte della politica e degli apparati dello Stato, i processi di trasformazione che avvenivano nella società italiana, in campo psichiatrico ma non solo.<sup>95</sup>

Anche per il decennio successivo si deve purtroppo fare un bilancio analogo. La sanità è sempre stata affidata a ministri indifferenti o esplicitamente avversi alla riforma sanitaria e a quella psichiatrica, se si eccettua una breve stagione della seconda metà degli anni '90 quando, per la prima e unica volta, il parlamento e la ministra della sanità Bindi hanno tentato di governare un settore ormai comunque quasi del tutto in mano alle regioni. Così, per tutto questo insieme di ragioni, è accaduto

<sup>93</sup> *Il libro*, per l'approfondimento delle vicende di quegli anni, al capitolo 8 (*Crisi*), capoverso e suoi di piano, 157-188 del volume di Paul Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi*, Einaudi, Torino 1989.

<sup>94</sup> *Le sovversività sociali e lo Stato*, curato da Maria Grazia Giannicchi e Renato Pizzoccolo (edizioni Centro Franco Basaglia).

<sup>95</sup> Si veda la parte IV del volume Tassi, *Diritti e controllo sociale*, a cura di Maria Grazia Giannicchi e Franco Ongaro Basaglia, FrancoAngeli, Milano 1987, pp. 407-414.

to ciò che prima affermavo: la riforma psichiatrica è stata gestita soprattutto ed al basso, se così si può dire, cioè a livello di unità sanitaria locale, di città, di province.

### La nuova psichiatria biologica

Abbiamo visto dunque come i governi, i partiti di maggioranza e gli apparati centrali della pubblica amministrazione, in particolare il ministero della sanità, non abbiano messo in opera alcuna azione significativa per sostenere quel fare democrazia a cui li avrebbe obbligati l'approvazione della legge di riforma. Ora dobbiamo però ritornare all'atteggiamento dei corpi professionali della salute mentale verso la trasformazione, alle loro opinioni scientifiche e politiche, guardando soprattutto agli psichiatri, che continuano a occupare la posizione centrale del sistema.

La pretesa di fare a meno dell'etica. Si è detto del rapporto molto stretto, costitutivo, tra psichiatria e politica. Credo che tale asserzione possa valere, in realtà, per tutta la medicina, ma in psichiatria questo nesso è particolarmente e immediatamente determinante. Prescindendo infatti da ogni valutazione sulla natura o le cause del disagio psichico, è incontestabile che questo assume una forte valenza sociale e che ogni intervento su questo problema può interferire con la sfera dei diritti, incrociandosi quindi con la politica, indipendentemente dai gradi di consapevolezza che lo psichiatra ha di questo aspetto.

Ma su questo nesso, così sociologicamente ovvio, ci sono state non poche confusioni e fraintendimenti negli anni '70 e '80, quando il dibattito era molto teso e giustamente aperto a ogni tipo di interlocutori, e poteva sembrare che l'enfasi sulla politicità dell'agire tecnico portasse a sottovalutare, a riuoculare nella dimensione politica, tutta la sfera della specificità, tutto l'ambito del tecnico. Mi sembra che attualmente si stia però vivendo il rischio opposto, quello di pensare che sia possibile fare della buona psichiatria, dei buoni servizi,

come se la loro qualità potesse prescindere da degli apriori di ordine etico-politico.

Mi sembra in questo senso particolarmente prezioso, e purtroppo raro, il richiamo all'etica che viene fatto più volte da Thomicroft e Tansella in un testo peraltro esplicitamente finalizzato a fare dei buoni servizi. Qui, ai fondamenti etici dei servizi viene dedicato un capitolo simmetrico a quello sui fondamenti scientifici, mentre all'inizio del capitolo sulla programmazione, quando si tratta di stabilire se dare precedenza all'esame dei valori o delle evidenze scientifiche si suggerisce di invertire l'ordine abituale (cioè prima l'evidenza e poi, forse, l'etica) per la semplice ragione che anche la scelta di quali evidenze raccogliere e utilizzare è condizionata da dei giudizi di valore<sup>99</sup>. Anche i giudizi di valore a cui gli autori si riferiscono hanno evidentemente valenza non generica: si muovono infatti, esplicitamente, nell'orizzonte dei diritti, della ricerca dell'equità, della valorizzazione della persona e della sua autonomia e dignità, si muovono insomma nell'orizzonte di una democrazia sostanziale, sulla quale è radicata l'innovazione istituzionale che essi propongono.

Credo si possa affermare che, al contrario, i servizi «non democratici», per così dire, quelli che cioè non sono in grado di farsi carico della persona che sta male rispettando a pieno e sempre i suoi diritti e la sua dignità, sono anche servizi vecchi, «a metà strada tra un reparto di medicina vecchio stile e il manicomio, con i medici che fanno il giro con il carrello delle cartelle, l'aggiarsi finalistico lungo i corridoi dei pazienti in condizioni precarie di alloggiamento, il suono delle chiavi, l'uso della contenzione fisica e farmacologica»<sup>100</sup>.

Può essere però che i farmaci in uso in questi stessi servizi siano quelli, costosissimi, di ultima generazione e che le diagnosi siano fatte secondo la più recente versione del DSM, il manuale diagnostico-statistico dell'associazione degli psichiatri americani.

<sup>99</sup> Thomicroft G., Tansella M., *Manuale per la riforma del centro di salute mentale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2000, p. 181.

<sup>100</sup> Terzian E., Tognoni G., op. cit., p. 13.

«Segurix allevia l'impegno». Su questo ultimo punto andrebbe concentrata la ricerca sociale e l'attenzione politica. Infatti, come scrive con documentata ironia il farmacologo Tognoni, «i primi anni del 2000 hanno conosciuto un aumento di prescrizioni-consumi di antidepressivi e antipsicotici tanto marcato da sembrare risposta a epidemie di depressione e di psicosi. A questa epidemia prescrittiva ha corrisposto un ancora più impressionante salto di livello nella spesa del servizio sanitario nazionale, con accentuate variabilità tra le ASL e le regioni»<sup>101</sup>.

Tognoni e altri stanno documentando le nuove strategie commerciali e comunicative delle multinazionali del farmaco, le politiche di psichiatizzazione di spazi di aree sempre più vaste di popolazione<sup>102</sup>, e stanno lavorando a smontare i fondamenti scientifici della nuova psichiatria biologica che le sostiene<sup>103</sup>, spesso espressione diretta di una ricerca finanziata dalle stesse case farmaceutiche. Questi processi, che rimandano a questioni che vanno ben oltre la psichiatria, sono interessanti per il nostro discorso sulla democrazia e sull'Italia per ciò che consentono di vedere sulle politiche degli psichiatri presi complessivamente, come corpo professionale.

Abbiamo visto prima le resistenze degli psichiatri a trasformare servizi e tecniche di intervento in senso anti-custodialistico e democratico. Ora, questo ulteriore elemento – la convivenza di modelli organizzativi vecchi con farmaci e criteri diagnostici nuovissimi – ci consente di vedere che non siamo di fronte a forme di sopravvivenza del passato, ma a una politica di innovazione che rifiuta la cultura democratica e le sue conseguenze sul piano della trasformazione del ruolo dello psichiatra, per seguire invece l'onda creata dagli attori più aggressivi del mercato, che offrono «ilusionismo farmacologico»<sup>104</sup> con la promessa di semplificare di nuovo ogni demarca sul rapporto tra chi cura e chi è curato.

In un servizio di diagnosi e cura mi è capitato di vedere, un paio di anni fa, il dipinto di una marca di strumenti di contenzione, presentati da uno slogan illuminante: «segurix

allevia l'impegno». A quale impegno si fa riferimento, e quale sollievo possono apportare, al funzionamento del servizio e al lavoro degli operatori, la contenzione e la custodia del malato?

### La costruzione della cittadinanza

Torniamo al tema della costruzione della cittadinanza. Ho accennato prima al fatto che ciò che oggi chiamiamo cittadinanza è l'esito di un lungo percorso storico. Se le tappe di questo percorso possono essere indicate dalle date di approvazione di determinate leggi, è evidente che queste costituiscono appena la segnaletica, per così dire, di questo percorso. La sostanza, la qualità della cittadinanza dipende poi coesistenza, dentro il corpo sociale e dentro lo Stato – con maggiori o minori conflitti, avanzamenti e arretramenti – attraverso il gioco complesso di molti attori, ma soprattutto nell'incontro, spesso scontro, tra le nuove norme e le strutture della vita sociale – dagli assetti della famiglia a quelli del mercato<sup>105</sup>.

La cittadinanza del malato di mente, storia recentissima e tutt'altro che compiuta, ha fatto e fa i conti con molte di queste strutture, e centralmente con l'assetto del sistema sanitario e del welfare, che vanno riformulati in funzione di questo personaggio nuovo che è il malato di mente-cittadino.

Un lavoro che si fa dal basso. Tutto questo lavoro si fa dal basso, non può che partire dalle pratiche quotidiane. Certo, la legittimazione

<sup>101</sup> Tognoni G., *L'epidemia che piace al mercato, in Psichiologia - Il Manifesto*, 31 dicembre 2004, p. 8.

<sup>102</sup> Ripanti G., *L'industria del farmaco e il Far West italiano*, *ibidem*, p. 9; Bonati M., *Il barattolo ribelle e i bambini morati*, in *Psichiologia - Il Manifesto*, 26 novembre 2004, p. 8; Giannichedda M. G., *Come trattare l'olosso Arribale*, *ibidem*, p. 9.

<sup>103</sup> Di Paolo F., *L'irritazione del male mentale*, Manifesto Libri, Roma 2000.

<sup>104</sup> *Ibidem*, p. 84.

<sup>105</sup> Tra gli studi sulla cittadinanza in questa chiave, Zaccaro G., *Da reddito a cittadino. Le vie dello stato e le vie della società civile*, il Mulino, Bologna 1992.

dall'alto, che in Italia è quasi del tutto mancata, può agevolarlo, ad esempio premiando con carriere e potere chi si impegna a farlo e a guidarlo. In ogni caso però tradurre in fatti la cittadinanza del malato significa rompere meccanismi consolidati, rapporti di potere, inerzie della struttura e delle culture. Significa, in qualche misura, mettersi in gioco perché tutti possano entrare nel gioco<sup>101</sup>. Questo lo deve fare il direttore del dipartimento, l'ultimo arrivato degli assillari e gli utenti stessi.

Tomando allora alla domanda di poco fa: è proprio questo agire intenzionale e creativo, particolarmente inevitabile e necessario in ogni fase di passaggio da un ordine di principi a un altro, che viene rifiutato dal gesto della contenzione, dalla porta chiusa, dall'invitare carabinieri e IIR a prendere «il matto in escandescenze», dal ridurre la ricerca del consenso a una domanda rituale buttata lì, senza neppure guardare in faccia la persona a cui è rivolta, che dosi massicce di farmaci si incaricano di rendere «collaborativa».

Le pratiche custodistiche di oggi sono dunque piuttosto diverse, nella loro consistenza culturale, dagli stessi gesti di trenta, cinquanta anni fa, o perlomeno vanno valutate, discusse diversamente. In pieno regime manicomiale questi strumenti erano infatti rivendicati in modo forte, e stava a chi non li usava l'onere della prova a contrario. Oggi le prove a contrario ci sono da tempo, e stanno tutte dentro un diverso modello che l'intero sistema dei servizi di salute mentale deve assumere, dentro nuove culture che tutti i coinvolti devono apprendere. Questo potrà rendere non più necessario il ricorso alla compressione e alla oppressione delle persone che soffrono, ricorso che peraltro, come la letteratura dimostra, non

<sup>101</sup> Si chiamava *Tutti in gioco* la conferenza nazionale (Roma 21-23 settembre 1998) promossa dalla Fondazione Franco Basaglia con il Comitato di Eros e la Regione Lazio e con un centinaio di cooperative, associazioni e gruppi di utenti che avevano discusso e valutato i vari aspetti di vita della legge 180.

<sup>102</sup> Gadamer H.G., *Dire il vero e la colpa Raffaele*, Cortina, Milano 1994, p. 171.

<sup>103</sup> Arendt H., *La banalità del male*, Feltrinelli, Milano 1964, p. 36.

aiuta affatto il lavoro di cura ma al contrario è pericoloso e controproducente per lo sviluppo della relazione terapeutica, per il messaggio che dà sulla malattia, per la possibilità di intervenire precocemente, domani, sulla nuova crisi.

**Pensarsi erementi.** Così, l'uso di tecniche di custodia appare oggi, più che strumento che si pretende efficace per il malato, strumento che allieva o evita, all'operatore, la fatica di opporsi al consolidato, di cercare strade nuove, di inventare risposte a misura della persona che ha di fronte e della sua sofferenza. Insomma, chiudere la porta per tutti, ordinare le fasce per quello che ha tentato il suicidio o l'aggressione, applicare senza discussione protocolli farmaceutici standardizzati, è soprattutto un modo per lasciare che le cose scottano in piano, senza rischi né rotture, senza drammi, scosse e dubbi, almeno per chi nella situazione ha, oltre tutti i diritti, molti privilegi.

Certo l'immagine della professione medica che si disegna in un clima culturale di questo tipo non ha niente dello psichiatra «moderato erementato» di cui parlava il filosofo Gadamer<sup>102</sup>, «l'esperto nell'arte della comprensione» che sa come «aver a che fare con l'imprevedibile», che sa agire quando non sia sufficiente la semplice applicazione delle regole. Fa venire in mente piuttosto il piccolo uomo Adolf Eichmann che risponde al giudice Landau, quasi scusandosi, al linguaggio burocratico è la mia unica lingua<sup>103</sup>, intendendo con questo che non riesce a mettere a fuoco le questioni che gli vengono poste, e che vorrebbero costringerlo a misurarsi con ciò che ha fatto, perché tali questioni stanno fuori dal sistema di regole, poteri e linguaggi con cui è completamente identificato.

Maria Grazia Giannicchedda - docente di sociologia politica all'Università di Sassari - membro del gruppo di consuetudini delle Faculty on Mental Health, Human Rights and Legislation presso la sede centrale Onu di Ginevra - e-mail: giannicchedda@uniss.it

Voci del sociale

## IL SOSTEGNO AL LAVORO DI CURA DELLE DONNE IMMIGRATE

A CURA DI  
EBE QUINTAVALLA

*L'impiego di lavoratrici straniere nella domiciliarità per anziani ha delimitato un inedito campo di lavoro sociale, in quanto l'incontro tra una domanda di lavoro e una domanda di cura, mentre risolve problemi immediati degli anziani e delle lavoratrici immigrate, come delle famiglie che non si arrendono all'idea del ricovero in residence protette, ha aperto non pochi interrogativi. Interrogativi che vanno affrontati in un'ottica di cittadinanza. In altre parole, per non correre il rischio di possibili sfruttamenti e di una bassa qualità del servizio, quali strategie di politica possono sostenere e dare peso al lavoro delle lavoratrici immigrate?*