

A TRENTA ANNI DALLA LEGGE 180. QUALE FUTURO

Domenico Casagrande

Riassunto: Si commentano recenti interventi sull'aborto e sulla contenzione fisica, sottolineando l'intenzione di diminuire la discrezionalità sia della legge 180 che della legge 194. Si discute la recente lettera di un gruppo di psichiatri sull'elettrochoc, mostrando la pretestuosità di certe loro affermazioni contro la legge 180. Si ricorda la figura di Franco Basaglia, e si sottolineano alcuni aspetti della deistituzionalizzazione. Si critica le esternazioni del Patriarca di Venezia, noto esponente di Comunione e Liberazione, che esalta il liberismo e, condannando la sanità statalizzata, colpisce dalle fondamenta il Servizio Sanitario Nazionale. Il cardinale, esaltandola privatizzazione dei servizi, affossa, come il modello americano, il diritto universale alla salute. Nella situazione attuale esistono pesanti pericoli di regressione, di svuotamento dei contenuti democratici delle leggi del anni '60 - '70. Il pericolo è che a fronte di un aumento del disagio mentale si assista ad un deterioramento delle modalità di trattamento terapeutico, basate quasi esclusivamente sui farmaci.

Parole chiave: Legge 180, legge 194, aborto, contenzione fisica, elettrochoc, liberismo, Patriarca di Venezia, welfare, Servizio Sanitario Nazionale

Premessa

Contrariamente a quanto potrebbe apparire dal titolo, non intendo fare previsioni sul futuro della 180, né tanto meno prevedere il destino dei servizi psichiatrici o come verrà considerata la psichiatria, ma più semplicemente esprimere dubbi, e perplessità suggeriti da recenti avvenimenti. Qualche tempo fa, parlando con alcuni colleghi, sostenevo che, nel corso di questo anno di ricorrenza del trentennio dalla promulgazione delle legge, si sarebbero acuiti gli attacchi e sarebbero riemerse proposte di leggi sostitutive, ora penso che saranno seguite strade diverse e che, come per altre leggi emanate nello stesso periodo, il tentativo sarà di svuotarla di contenuto, senza bisogno di sostanziali cambiamenti normativi.

Comune percezione è considerare il periodo storico che viviamo privo di valori di riferimento e la necessità di esaltare comportamenti più conformi a norme morali. Il decadimento morale e di valori viene comunemente imputato agli anni '60-'70, ricordati spesso e solo come *anni di piombo*, caratterizzati quindi da violenze, e considerati responsabili di un livellamento in basso della nostra società. Secondo questo comune sentire, i principi di eguaglianza e partecipazione hanno prodotto negazione di valori di merito individuali, esaltato il ruolo dello stato, demonizzato la libera iniziativa e calpestato il comune senso della moralità.

La legge 194 e la legge 180

Prendiamo ad esempio le attuali polemiche riguardanti la legge 194, tutti dicono che non la vogliono né abrogare e neppure cambiare, ma solo migliorarla. A Napoli la polizia irrompe nel Policlinico dell'Università Federico II, per fare luce su un aborto di una donna che, appena operata, solo per un sospetto di abuso della legge. Dalla stampa si apprende che una donna abortisce un feto malformato nato morto e dopo venti minuti arrivano gli agenti in corsia. Il sospetto delle forze dell'ordine sarebbe nato da una denuncia anonima secondo cui la donna avrebbe ottenuto un aborto fuori-legge per disfarsi del neonato. Tre agenti di polizia hanno raggiunto la corsia dove era ricoverata la donna, l'hanno interrogata chiedendole i particolari della gravidanza, poi sono passati alla degente che le stava vicino, e anche lei è stata interrogata. Intanto altri due agenti hanno chiesto notizie a un'infermiera del reparto e altri quattro hanno voluto sapere dagli specialisti i particolari tecnici. Gli agenti hanno acquisito la cartella clinica su autorizzazione del pubblico ministero.

Si trattava di un aborto terapeutico alla quarta settimana, regolarmente effettuato nel rispetto della legge 194 e della salute della donna.

Più o meno nello stesso periodo, due medici del SPDC dell'Ospedale di Cagliari sono stati rinviati a giudizio per la morte di un venditore ambulante, deceduto per tromboembolia venosa, dopo essere stato contenuto, legato ad un letto e sottoposto a terapia contenitiva psicofarmacologica, per un una settimana, tutto ciò dopo 2 anni di indagini.

All'apparenza sembrerebbero due atti dovuti, il primo per impedire che le prove venissero alterate, il secondo per essere certi di appurare le vere cause del decesso. Ma se si cerca di approfondire quanto successo e di interpretare le vere ragioni che sottendono i due avvenimenti, non si può che essere assaliti da sconcerto e preoccupazioni.

A Napoli, per un semplice sospetto, si fa intervenire l'ordine pubblico nei confronti di una donna che ha appena subito un aborto terapeutico, senza alcuna preliminare indagine, peggio che se si trattasse di un crimine della camorra.

Per un dubbio di inosservanza della legge sull'aborto, l'ordine pubblico interviene con inusitata sollecitudine, anche su chi si attiene a questa legge in modo appropriato. Legittimo poteva essere il dubbio, ma le modalità fanno sospettare che l'intervento sia piuttosto conseguenza di un particolare clima politico. Un modo moralistico di intendere comportamenti e modi di vita pubblici e privati, riferiti alle categorie del bene e del male, si declinano come oggettiva opposizione a certe leggi vigenti, troppo libertarie e che lasciano troppo spazio alla libera scelta individuale.

Infatti battaglie politico-religiose, per difendere la vita, come principale valore etico, hanno cercato di delegittimare la legge 194 e di creare un clima di colpevolizzazione e condanna per chi la usa, ritenendo comunque e sempre l'aborto atto illegittimo. In clima di democrazia è logico che tutti possano esprimere le loro opinioni, ma non cercando di minare una legge che si è rivelata giustamente adeguata e che ha dato esiti

positivi come dimostrato dai risultati di questi anni:

gli aborti evitati in 30 anni sono stati circa 3.000.000 e gli aborti effettuati sono stati circa 3.500.000, gli aborti clandestini prima della legge 194 sono stati 350.000 oggi 20.000, gli aborti legali nel 1983 erano 235.000 e oggi 130.000.

Come si vede conseguenza della legge sono la *forte diminuzione* sia degli aborti in generale che di quelli clandestini.

Sarebbe più importante, anziché mettere in atto guerre ideologiche, cercare di rendere più percorribile la legge anche perchè, ad oggi, nessuno può scientificamente sostenere, dalla inseminazione alla nascita, quale sia il momento che indica l'inizio della vita.

Dalla stampa si apprende che le strutture, deputate a sostenere la legge 194, sono insufficienti e hanno poco personale; le liste di attesa lunghe anche di un mese; per chi sceglie o deve sottoporsi ad un aborto, restano due strade: o pagare qualche clinica privata o l'aborto clandestino, come recentemente messo in evidenza anche dal suicidio di un ginecologo genovese.

La legge 194, in trenta anni di vita, non è mai riuscita a garantire il diritto all'aborto in modo uguale a tutte le italiane, ancora oggi viene applicata in modo disomogeneo, come la 180. Regioni come la Toscana la applicano alla lettera, ma in Basilicata, le donne sono costrette a emigrare per interrompere una gravidanza. L'obiezione di coscienza è diffusa soprattutto al sud e comunque in Italia l'80% dei ginecologi, il 46% degli anestesisti e il 39% del personale non medico non praticano aborti.

L'aborto è sempre una tragedia, ma il diritto all'aborto, nel caso specifico terapeutico, risponde sempre a una legislazione ed è un diritto, che va difeso e non perseguito. Per favorire e dare la dovuta assistenza ad una donna che decide di abortire, è necessario agire sull'equità delle applicazioni concrete (*equità sostanziale*), e non solo sull'architettura legislativa (*equità formale*) e fornire i servizi delle necessarie risorse.

Il caso di Giuseppe Casu, il venditore ambulante morto in contenzione fisica e farmacologia, non ha avuto lo stesso trattamento solerte del caso di Napoli, ci sono voluti due anni per evidenziare probabili responsabilità. Una commissione di inchiesta nominata dalla ASL aveva concluso affermando che non era stato rilevato alcun rapporto causa-effetto tra contenzione fisica e cause del decesso. L'inchiesta del pubblico ministero è scattata su richiesta degli avvocati dei familiari e a seguito della costituzione di un comitato di cittadini, che ha chiesto si facesse luce sull'episodio. Durante l'inchiesta si scopre che le spoglie del Casu erano state sostituite da quelle di un altro paziente, mentre le parti anatomiche dell'ambulante erano scomparse dall'Istituto di Anatomia Patologica.

Ora spetta al Giudice delle udienze preliminari l'ultima parola, ma intanto le associazioni dei familiari sono state sottoposte a pressioni di vario tipo, soprattutto mediatiche, che hanno coinvolto, non chi ha deciso il tipo di intervento per Casu, ma la responsabilità dei servizi, mettendo in discussione il processo di sviluppo dei servizi di salute mentale dell'Isola, voluti dalla Regione, prendendo a pretesto l'indagine giudi-

ziaria e il provvedimento disciplinare verso i medici indagati.

Per difendere la legge 180 e i servizi, i diritti dell'ammalato psichiatrico, le associazioni dei famigliari hanno chiesto un incontro col Presidente della Regione Sarda.

La solerzia repressiva nel caso di Napoli e la lentezza nel caso di Cagliari, risultano essere ambedue funzionali a dimostrare l'inefficacia e l'inefficienza di due leggi che riguardano la salute dei cittadini, come diritto.

Nel primo caso una donna che ha esercitato un suo diritto, interrompendo una gravidanza nei termini di legge, per un feto malformato, viene inquisita, interrogata ancora convalescente, trattata come una persona fuorilegge e oggettivamente colpevolizzata di infanticidio eugenetico.

Un certo sconcerto deriva dal commento della Questura e Procura di Napoli che sostiene che la condotta dei poliziotti «è stata improntata, oltre che ad assoluta professionalità, al pieno rispetto sia della privacy che del luogo di degenza», tutto era avvenuto «secondo legge».

A Cagliari sembrerebbe che solo l'interessamento dei familiari e delle associazioni abbia provocato le indagini del P.M., che rileva che *“la contenzione fisica fu lecitamente prescritta ma poi continuata in modo non conforme a quanto prescritto dalla scienza medica”*. Il P.M. conferma la contenzione *“lecitamente prescritta”*, mi chiedo secondo quale indicazione legislativa dal momento che gli interventi contentivi erano previsti e normati dalla legge 36/1904 e che dal momento della sua decadenza, con la emanazione della legge 180/78 e successiva 833/78, non esiste più un riferimento legislativo specifico. Oggi si deve ricorrere al codice penale, che per quanto riguarda la specifica materia è molto contraddittorio. Alcuni articoli possono essere richiamati *per giustificarne l'uso: l'art. 51* che regola l'esercizio di un diritto o adempimento di un dovere, *l'art. 54* che parla di stato di necessità. Gli art. 589, 590 e 591, che riguardano rispettivamente l'omicidio colposo, le lesioni personali colpose e l'abbandono di persone minori o incapaci, suonano a *condanna di qualsiasi intervento contentivo*, mentre gli art. 571, 572 e 605, che si riferiscono rispettivamente all'abuso dei mezzi di correzione o disciplina, maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli e il sequestro di persona, ne *impedirebbero l'uso*. Se poi ci si riferisce *“a quanto prescritto dalla scienza medica”*, come citato dal P.M., bisognerebbe capire se si tratta di un problema etico. In questo caso il riferimento è al *codice deontologico dei medici*, secondo cui il dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo (*art.3*). Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio *il rispetto della vita, della salute fisica e psichica (art.5)*. I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare *un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze (art.15)*.

Se poi il riferimento è alla scienza psichiatrica, il P.M. non può che fare riferimento a quella che ha ispirato la legge 180, recepita dalla più vasta riforma sanitaria della legge

833/78 da cui deriverebbe che l'unica limitazione alla libertà del malato di mente è il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) che comunque prevede l'intervento dell'autorità giudiziaria.

Lettera degli psichiatri a favore dell'elettroshock

La legge 36/1904 indicava che *“al direttore dell'ospedale spetta di organizzare tutti i servizi in conformità dei progressi della scienza e della tecnica dei manicomi”*. Quella legge normava sia la cura che la custodia, in nome di una scienza psichiatrica che considerava il folle *pericoloso a sé e agli altri o di pubblico scandalo*, la giustizia è sempre intervenuta nei confronti di assenza di custodia e mai sull'adeguatezza o meno delle cure, presupponendo che queste fossero il risultato di una scienza obiettiva e in favore del ricoverato.

Anche oggi si tenta di fare passare come terapie adeguate mezzi terapeutici molto discutibili, mi riferisco a quella scienza psichiatrica che ispira il presidente dell'Associazione Italiana per la terapia elettroconvulsivante (Aitec) dott. Athanasios Koukopoulos.

Secondo questo collega, le esperienze che hanno ispirato la legge 180 sarebbero *“il frutto di un movimento dell'antipsichiatria che a partire dagli anni '60 ha provato a sottrarre i disturbi psichici alla medicina”*. Da parte sua e del prof. Paolo Girardi dell'Università La Sapienza di Roma si sostiene che l'ESK (terapia elettroconvulsivante) non dà vuoti di memoria, oggi le tecniche sono molto più raffinate perché si ricorre all'aiuto di un anestesista; lamentano inoltre ignoranza da parte dei giovani laureati verso questa pratica e indicano la necessità di supplire a questa mancanza.

Come ognuno sa, in questi anni sono stati scritti innumerevoli articoli a favore o contro l'ESK, ma di cercare di capire se, in questo caso, si tratta semplicemente di una proposta terapeutica o se il problema non sia più complesso.

Io non sono un giovane medico, all'inizio della mia carriera ho praticato l'ESK con l'aiuto dell'anestesista, con cicli di non più di 8 applicazioni e con l'uso di farmaci che attenuavano i sintomi. Dal 1965 non ho più fatto un ESK, non ho più praticato lo Shock Insulinico o Cardiazolico, la Malarioterapia o l'Apomorfina per la cura degli alcoolisti, terapie da me praticate durante la mia frequenza alla Clinica psichiatrica della Università di Bologna. Nel 1965, proprio perché consideravo queste pratiche non solo inutili, ma dannose, ho fatto la scelta di lasciare l'Università e cercare un luogo dove potere veramente fare lo psichiatra, cioè essere un medico che curava la malattia mentale. La mia ricerca mi ha portato a Gorizia da Franco Basaglia. A Gorizia ho imparato che il problema non era la malattia mentale, ma come prendersi cura di un uomo che appariva diverso perché aveva dei comportamenti difformi da quelli del cosiddetto uomo normale. Alcuni sintomi, che mi avevano insegnato essere segno di una malattia (es. sindrome del cappuccio o alcune forme di catatonìa), erano generati da un altro male, conseguenza dell'istituzione totale, della manicomializzazione, tali sintomi scomparivano come per incanto con l'apertura del reparto e col cambiamento

di clima dello stesso.

Mi sono reso conto che quella che, consideravamo scienza psichiatrica era solo una costruzione che giustificava il manicomio e la pericolosità del malato. Ci aspettava un lavoro immane, una scommessa utopica: riscoprire che cosa c'era di malato e quanto invece fosse istituzionale. In questo non c'era nulla di antipsichiatrico, ma la ricerca di capire cosa facevamo, chi veramente eravamo, chi era l'uomo che ci era stato affidato e quale era la nostra reale funzione. Quello che ci sosteneva era quindi una profonda necessità di conoscenza, realmente scientifica e libera da qualsiasi condizionamento ideologico.

Ho conosciuto antipsichiatri quali David Cooper, che ricordo con rispetto ed ammirazione, ma altro era Franco Basaglia e il nostro modo di approcciare il folle. Il nostro modo di agire non era frutto di una ideologia antipsichiatrica, il "mettere fra parentesi la malattia mentale" non significava non volerne riconoscere l'esistenza, ma scoprire cosa veramente fosse e come capirla, dato che la scienza psichiatrica aveva fatto una profonda mescolanza fra malattia mentale ed istituzionalizzazione.

Basaglia ha dedicato le sue conoscenze scientifiche, le sue capacità di medico, ma soprattutto la sua "umanità", per ricercare un confronto con l'altro come persona, seppure diversa, in un rapporto finalizzato ad una reciproca conoscenza, su un piano di parità intesa come riconoscimento del valore dell'individualità e della parità di diritti, e questo l'ha trasmesso, attraverso un'attività quotidiana di cambiamento della realtà in cui agivamo.

"Si deve partire dalle esigenze del malato - diceva - e di lì cercare di adattare intorno a Lui lo spazio vitale di cui ha bisogno". Questo semplice principio che ha costantemente applicato nella Sua pratica ha prodotto quelle esperienze che hanno rivoluzionato il mondo della psichiatria, che tutti affermano di conoscere, ma che non tutti capiscono, in particolare coloro che vogliono delegittimare Basaglia e il suo operato, confinandolo sotto etichette come quella dell'antipsichiatra, segno anche della non comprensione del messaggio che ne caratterizzava la pratica. A Basaglia era ben noto il pericolo del riduttivismo insito nell'etichettamento, fondamentale fonte dell'oggettivazione e della reificazione dell'altro, causa della negazione del rapporto e del rifiuto di mettersi in discussione. Creare un clima nel quale sia possibile avvicinarsi reciprocamente in un rapporto umano ha significato a Gorizia mettere fra parentesi la malattia per incontrare l'uomo e l'uomo con la sua malattia. Il manicomio basato sull'ordine, l'isolamento e l'autorità produceva quella dinamica dell'"affrontamento" così ben descritta da Foucault, che è di ostacolo ad una umanizzazione del rapporto e a qualsiasi dinamica di reciprocità.

La liberalizzazione e la democratizzazione attuata a Gorizia e poi a Trieste, ad Arezzo, a Parma, a Ferrara, a Torino, a Venezia ecc., è stata la base che ha dimostrato come il malato di mente possa essere diversamente trattato in un rapporto paritario.

In queste realtà, come in altre che a Gorizia e a Trieste si sono ispirate, il cambiamento

si è attuato con la pratica messa in crisi dell'isolamento, dell'ordine istituzionale e della gerarchizzazione, attraverso l'apertura delle porte, la soppressione della contenzione fisica, la responsabilizzazione del ricoverato, la soppressione di pratiche violente, l'uso di pratiche terapeutiche piegate al servizio del paziente e con lui decise e condivise e soprattutto con la valorizzazione di un uomo, seppure diverso, seppure malato, con pari dignità, diritti e doveri. Tutto questo è stato frutto di un lavoro quotidiano anche contraddittorio, fatto di successi e di sconfitte, come logico sia come processo di vita e non di morte, intesa come assenza di contraddizioni e fatta solo di certezze autoreferenziali.

Per quanto concerne la pratica dell'ESK penso significativo riportare un'esperienza personale. Dopo circa tre anni di mia attività a Gorizia, quale responsabile del reparto accettazione donne, mi capitò il caso di una paziente con una grave forma di depressione resistente a qualsiasi intervento terapeutico, dopo lunga discussione col personale, presi la decisione di ricorrere all'ESK e diedi disposizione in tal senso. Fra il momento della disposizione e il momento dell'ESK passò una settimana necessaria per gli esami e per la disponibilità dell'anestesista, durante questo periodo la paziente presentò un rapido miglioramento che rese inutile il ricorso all'ESK. A lungo tutta l'équipe di reparto, durante le riunioni che normalmente si facevano settimanalmente, si interrogò, su cosa avesse determinato il rapido miglioramento della paziente: si evidenziò che le operatrici, frustrate dal fatto di dovere ricorrere alla terapia convulsivante, da anni abbandonata, avevano messo una maggiore solerzia nell'assistenza della paziente e avevano preso maggiormente cura delle sue richieste, l'avevano ascoltata con maggiore attenzione e avevano cercato di accontentarla il più possibile. Da allora non ho mai più avuto bisogno di ricorrere all'ESK

Riprendendo la lettera dell'Aitec, senza fondamento mi sembra l'affermazione di Koukopoulos, allorché dice che *"a partire dagli anni '60 il movimento ha provato a sottrarre i disturbi psichici alla medicina"*. Il processo, cui si riferisce, mi sembra avere un significato opposto. Cercare di capire cosa era veramente la malattia mentale, come veniva trattata, capire chi era il malato di mente, dargli voce ed ascolto, significava riconoscergli la stessa dignità di qualsiasi altro ammalato; questo processo ha ricevuto la sua convalida dal recepimento della legge 180 nella legge 833/78 di Riforma sanitaria.

Significativo, mi sembra, quanto a suo tempo espresso a proposito da Franco Basaglia: *"una delle cose importanti della nuova legge italiana non è tanto o non solo il problema della chiusura dei manicomi, quanto l'aver inserito la psichiatria all'interno dell'assistenza sanitaria perché il vero manicomio non è la psichiatria ma la medicina. Ebbene, su questo nuovo manicomio dobbiamo agire. [...] Non perché la medicina possa essere capace di risolvere le contraddizioni della psichiatria ma perché tutte le contraddizioni della psichiatria entreranno anche nella medicina"*

La lettera dell'Aitec di per sé dimostra l'attacco alla legge 180, infatti nulla impedisce a questi psichiatri di usare l'ESK.

Le esternazioni di un Pastore di anime

Recentemente il Patriarca di Venezia Cardinale Scola, facendo visita ad una scuola cattolica e ad una casa di cura convenzionata col Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ha avuto alcune espressioni che fanno riflettere.

Riferisco dal Gazzettino di Venezia le seguenti frasi:

1. “La libertà di iniziativa nel campo educativo e sanitario va assolutamente favorita”;
2. “più che mai è necessario un luogo come questo che affronta il tema del senso della vita mediante l’unione con Cristo”;
3. “Personalmente temo molto una sanità che si statalizzi: chiudersi in un modello unico non è mai conveniente, in senso nobile, per l’uomo”.

Nell’occasione di questa visita pastorale, il cardinale, ha sottolineato l’opportunità di inserire una nuova figura professionale: “il bioeticista” (l’esperto in Bioetica”).

Scola, che è uno dei maggiori esponenti di Comunione e Liberazione, esprime convinzioni prettamente politiche, in quanto indica un modalità di gestire la cosa pubblica che, nei confronti della salute e dell’educazione, risulta in contrasto con le scelte politiche che governano oggi il nostro sistema educativo e sanitario. Privilegia infatti il modello liberista, come egli dice, “*conveniente e nobile per l’uomo*”, mettendo così in discussione l’attuale sistema di Welfare, già messo in crisi dalla limitatezza delle risorse economiche, con pesanti influssi USL-cittadini. Infatti questo rapporto ha prodotto pratiche incentrate sul cittadino cliente e ha trasformato le aziende in produttrici di beni/servizi, con conseguente privilegio dell’efficienza a scapito dell’efficacia. Si passa da una modalità di contratto sociale ad una modalità di contratto economico. Infatti il cittadino malato, quando entra nel circuito dei servizi, diventa il cliente e l’importanza più che essere incentrata sulla sua storia e sulla sua soggettività, passa all’oggettività della sua malattia.

L’aumento delle tecniche superspecialistiche frammentano l’unità del paziente che viene assistito come organo malato.

Il diritto al consenso informato spesso si risolve nell’atto burocratico di una firma su un foglio già preparato, non ci si preoccupa di mettere in atto le pratiche dell’amministratore di sostegno e si attuano pratiche di contenzione routinarie.

In questo quadro, appaiono molto preoccupanti le parole del Cardinale, che condannando la sanità statalizzata, colpisce dalle fondamenta il SSN. Esse rappresentano una condanna alla centralità del servizio pubblico che, unite all’esaltazione del sistema liberistico, suonano ad evidente supporto della privatizzazione dei servizi ed oggettivo affossamento del diritto universale alla salute.

Si presuppone sostanzialmente un modello antitetico rispetto alle scelte del SSN, un sistema simile a quello statunitense, comunque molto vicino al modello di sanità lombardo. Si tratta di un sistema totalmente appiattito sull’offerta di beni/servizi al cittadino/cliente e diretto a soddisfare la domanda e non il bisogno.

Infine, secondo Scola, luoghi, come la clinica che sta visitando, dove vige l’obiezione di

coscienza verso l'aborto, non sono del tutto sufficienti a eliminare la pratica dell'aborto, infatti pensa sia necessario acquisire anche un esperto di bioetica. Chiaramente il "bioeticista" dovrebbe avere l'esclusivo compito di dissuasore, concetto che contrasta con l'esistenza di un servizio pubblico in cui sia possibile esprimere una soggettività e un pluralismo di comportamenti.

Considerazioni finali

Gli episodi di cronaca cui ho fatto riferimento si sono verificati tutti nei mesi di febbraio-marzo di questo anno e dimostrano che viviamo un momento di transizione che non ci può lasciare tranquilli, per quanto concerne il destino, non solo della legge 180, ma di tutte quelle conquiste legislative che affondano le loro radici negli anni '60-'70.

Oggi in Italia abbiamo una legislazione, sul piano della difesa della salute e dei diritti civili, che è la più avanzata del mondo occidentale. Dovremmo essere orgogliosi di questo e del fatto che l'OMS nell'anno 2000 ha definito l'organizzazione sanitaria italiana come una delle migliori del mondo e che la legge 180 è presa ad esempio in molti Paesi, non solo Europei, ma anche Americani, Asiatici ed Africani, solo l'Università italiana non ne ha preso ancora coscienza.

Queste conquiste legislative sono state rese possibili da una contemporanea attività critica pratica nei vari specifici istituzionali, congiunta ad una generale volontà di cambiamento della nostra organizzazione sociale, attraverso le lotte delle donne, degli studenti, degli operai, che hanno riguardato il mondo della scuola, della condizione femminile, lavorativa, ma anche della difesa della salute e delle condotte di vita.

Se oggi tutti parlano di diritti sociali e civili logici e naturali da difendere, non sempre c'è la coscienza che tutto ciò è conseguenza e anzi è stato possibile attraverso anche le lotte e le politiche degli anni '60-'70. Furono anche quelli anni molto contraddittori e non per nulla facili, ma furono caratterizzati da un felice momento economico, da una particolare congiuntura politica e da un profondo bisogno di cambiamento. In quegli anni il progresso sociale ed economico produsse, nelle varie specificità anche delle buone pratiche che trovarono riconoscimento in campo legislativo.

Si produsse una pratica di "buon governo" per una congiuntura, non casuale, fra operatori motivati, politici ed amministratori, sotto l'impulso delle lotte messe in campo da soggetti diversi che pretendevano il riconoscimento di diritti di cittadinanza, di eguaglianza di diritti anche per i più deboli. Questo comprendeva la riduzione della insicurezza sociale, la sicurezza di fare fronte alle difficili congiunture da parte di chi era vecchio, malato, disoccupato o donna, il diritto universale all'educazione, alla salute e al lavoro. Il clima politico, pur puntualizzato anche da violenti contrasti, era caratterizzato da uno stato forte, da un fondamentale rispetto delle istituzioni e comunque da una fiducia nella politica in tutte le sue forme. Il fine era il bene della comunità, la ricerca di rapporti comunitari, l'interrelazione fra le persone, anche se a volte perse-

guito in maniera inadeguata. Allora come oggi, l'interazione fra pubblico e privato, fra individuale e collettivo, è evidente, come è evidente l'enorme differenza che ci separa da quei tempi. Il mio non vuole essere un giudizio positivo o negativo né dell'oggi né di quei tempi: ogni epoca ha le sue contraddizioni ed è caratterizzata da eventi positivi e negativi.

Vivere vuole dire prendere coscienza delle contraddizioni, non nascondersene o coprirle, ma prendere atto di ciò che accade, perché accade, prendere coscienza della realtà e del suo doppio.

Mi sembra comunque importante non sottovalutare mai come, i valori che informano le modalità politiche di risoluzione dei problemi della società, influenzino sensibilmente la pratica delle varie specificità e come comunque non tutto avvenga in modo lineare e come sempre la realtà abbia due facce. Ne è un esempio la legge 180. Ci sono voluti 10 anni per legiferarla e altrettanti per avere un progetto obiettivo che cercasse di renderla uniforme su tutto il territorio nazionale e non so quanti altri ce ne vorranno per realizzare tale equità. Lo stesso vale per tutte le altre leggi dell'epoca come oggi accade per la legge della sicurezza sul lavoro.

Mi sembra, che quanto succede, sia conseguenza di una contrapposizione di modi di interpretare le relazioni fra le persone, le modalità di governarle, il senso della morale, l'eticità del vivere, il rapporto fra il valore che si attribuisce alla vita nella comunità rispetto al valore della soggettività e dell'individualità, tutte variabili che condizionano la quotidianità della vita e i valori da perseguire.

Tutto questo rende difficile prevedere cosa sarà della legge 180, ma soprattutto del modo di trattare il paziente psichiatrico nel prossimo futuro. Certamente l'attuale clima politico, la crisi economica che sembrerebbe peggiorare nel prossimo recente futuro, gli attacchi sconsiderati da più parti a leggi, che nel mondo occidentale vengono prese ad esempio, l'egoismo e l'individualismo che sembrano caratterizzare il nostro attuale momento, la crisi di credibilità nelle istituzioni e nella politica sembrano non favorevoli a sostenere le conquiste legislative e la difesa dei diritti civili conquistati. Non penso tuttavia che, come per il passato, ci saranno proposte di leggi sostitutive, che per altro in questi ultimi trenta anni non hanno avuto alcun successo, penso piuttosto che ci sia il rischio di uno strisciante svuotamento delle stesse.

Come già in passato, schieramenti oppositivi alla legge, non sembra possano avere margini di successo, anche per la chiara contrapposizione che si è manifestata a fronte degli episodi menzionati, mi riferisco alle manifestazioni delle donne in difesa della legge sull'aborto o della mobilitazione delle Associazioni dei familiari dei malati di mente.

Anche l'opposizione della Chiesa, che quando lo stato italiano si mostra debole acquista vittoria, nel mettere in difficoltà la laicità dello stato, non percorrerà come in passato la via di una legge alternativa alla 180, come è stato con la Burani-Procaccini, che aveva l'appoggio di psichiatri molto vicini ad essa, ma piuttosto agirà sul piano più generale della proposizione di pratiche che rispondono maggiormente ad un moralismo incen-

trato sui suoi valori.

Ritengo poi opportuno evidenziare un avvenimento politicamente significativo e positivo, per la salute. Mi riferisco alla recente intesa Stato-Regioni, riportata nel n.12 del 24-marzo del Settimanale del Ministero della Salute, che afferma “l’obiettivo di dare nuovo impulso alle politiche di promozione della salute mentale, di rafforzare gli interventi nell’ambito della età evolutiva, di favorire la precocità degli interventi e la collaborazione fra tutti i servizi che si occupano di salute mentale per una migliore presa in carico dei pazienti” e inoltre di sviluppare i dipartimenti di salute mentale, di occuparsi della salute mentale nel carcere e degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Piuttosto il pericolo viene da altra parte e cioè dalla ambiguità di una pratica nei servizi, che ci sembra stia scadendo come conseguenza dello spezzarsi di quella coincidenza di intenti che collegava operatori, amministratori e politici e che induce i servizi a richiudersi inevitabilmente in un ambito strettamente specialistico.

In questo clima il medico tende a recuperare un ruolo preminente di detentore di un sapere non condiviso col paziente, che è costretto a piegarsi alle pratiche che gli vengono imposte e caratterizzate dall’intervento farmacologico come unico atto terapeutico. Scompare la complessità della malattia e la globalità dell’intervento, l’attenzione è più sulla domanda che sul bisogno, salta l’integrazione fra sociale e sanitario e assume importanza la particolarità del sintomo, tutto ciò supportato dalla pratica della Medicina basata sull’Evidenza, la cui validità scientifica è molto dubbia, ma a cui si ricorre per validare scientificamente gli interventi terapeutici.

Aggiungiamo che la depressione viene indicata come la patologia più diffusa entro l’anno 2020. Spesso i depressi non sono visti dai servizi psichiatrici, ma dai Medici di Medicina Generale che, secondo uno studio di Balestrieri e Belantuono, riconoscono solo il 65% di queste depressioni, i 2/3 dei pazienti riconosciuti non vengono trattati. Anche i pazienti dimessi da strutture ospedaliere spesso non hanno una corretta compliance. Ancora poi è preoccupante il fatto che a volte questi pazienti, non trattati o trattati male, finiscono sulle cronache dei giornali per fatti cruenti.

Il pericolo è che a fronte di un aumento del disagio mentale si assista ad una difficoltà di riconoscimento e ad un deterioramento della modalità di trattamento terapeutico. A questo si aggiunge, da parte dei media, una modalità di esporre gli episodi di cronaca in modo solo sensazionale e scandalistico, alla ricerca di capri espiatori che, nel caso specifico, si riconoscono nella legge o nei servizi, indipendentemente da come operano.

Sembra venire meno la volontà di capire come l’organizzazione sociale interagisce col mondo microsociale in cui l’individuo cerca di realizzarsi e come questo processo interagisce nelle dinamiche individuali e di interazione fra individui.

Spesso si confonde l’approfondimento, della complessità delle cause e dei problemi che sostengono i vari accadimenti, con un atto di accusa verso la società, per non fare a noi stessi troppe domande imbarazzanti e coinvolgenti. Tutto quanto c’è di negativo è solo dell’”altro da noi”.

In un simile quadro quale ruolo può avere una terapia elettroconvulsivante se non di deresponsabilizzazione contemporanea del curante e del curato e di rischio di apertura di un percorso per altre pratiche violente?

Ecco perché il problema non è fare previsioni pessimistiche o ottimistiche, ma solo rilevare alcuni pericoli che rischiano non di cambiare la legge, ma di svuotarla di contenuti.

Come diceva Franco Basaglia: *“Abbiamo dimostrato che l'impossibile può diventare possibile ...potrà accadere che i manicomi torneranno ed essere chiusi ancora più di prima ... Ma in tutti i modi abbiamo dimostrato che si può assistere il folle in altra maniera ... Non credo che essere riusciti a condurre una azione come la nostra sia una vittoria definitiva, l'importante è un'altra cosa, è sapere ciò che si può fare”*

Collana dei Fogli di informazione

28

PAOLO TRANCHINA

FORME DI VITA

Supervisione, psicoterapia, lavoro di équipe

Prefazione di Sandro Ricci

Postfazione di Cesare Bondioli

Centro di Documentazione di Pistoia Editrice