

**Salute Mentale e Servizio Sociale:
quali riflessioni a 30 anni dalla legge 180/78**

Provincia di Roma, Palazzo Valentini
Roma, 5 dicembre 2008

*di Franca Dente
Presidente Consiglio Nazionale
Ordine Assistenti Sociali*

Ringrazio tutti i partecipanti, e tutti coloro che hanno contribuito a realizzare questa giornata che sarà a più voci, ricca di contributi che vanno dalle varie componenti professionali, alle famiglie e al privato sociale.

L'anno di celebrazione del trentennio della legge Basaglia ha visto un moltiplicarsi di iniziative di riflessione e di confronto nelle varie realtà regionali, in particolare nel nord/est d'Italia. Si è parlato di bilanci a trent'anni dalla legge, di cambi culturali, di criticità e di fallimenti, di paure, di insicurezze, di difficoltà delle famiglie.

Le analisi critiche registrano punti di vista contrapposti e sperimentazioni significative.

Prima di concludere l'anno dell'anniversario, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali non ha voluto far mancare la voce degli assistenti sociali che molto hanno contribuito al cambiamento culturale e molto hanno operato, all'interno della Psichiatria, nel campo dell'integrazione socio-sanitaria e del collegamento con il territorio, con le famiglie, con le risorse informali e formali del disabile/disagiato.

La loro lettura critica della legge e degli effetti prodotti può essere, senza dubbio, utile alla disamina degli aspetti significativi e peculiari della norma evidenziandone i punti di forza e i punti di debolezza che, nelle prospettive evolutive future, vanno tenute in debita considerazione.

Franco Basaglia ha voluto applicare un moderno metodo terapeutico che ruotava attorno all'idea di **non considerare più il malato mentale alla stregua di un individuo pericoloso** ma, al contrario, una persona della quale devono essere sottolineate, anziché represses, le qualità umane.

La rivoluzione iniziò a Gorizia dove il manicomio fu profondamente trasformato tramite l'eliminazione di qualsiasi tipo di cura o contenimento e l'apertura dei cancelli, per dar luogo alla "comunità terapeutica"; i pazienti tornavano ad essere uomini, ovvero persone in crisi - anche esistenziale - quindi non più "malati" e "diversi".

Il disabile mentale è di conseguenza in continuo rapporto con il mondo esterno, in cui le relazioni familiari, amicali, sociali e lavorative costituiscono elementi fondamentali per ridargli dignità e aprire spazi terapeutici a fianco a quelli sanitari e medicamentali.

La legge 180 nasce, come legge stralcio della legge 833/78, in un periodo storico in cui si era in atto il processo di decentramento legislativo, amministrativo e organizzativo-gestionale, con il passaggio da un sistema assistenziale a un sistema di sicurezza sociale; il modello di Welfare istituzionale tenta di farsi spazio e superare quello di tipo residuale; il territorio riacquista la sua forza di contesto in cui si generano i problemi, ma nel quale si trovano anche le risorse istituzionali e della società civile, per farvi fronte.

Lo scopo principale della riforma psichiatrica è stato quello di inserire l'assistenza del malato di mente nel Servizio Sanitario Nazionale in modo da eliminare, con la soppressione dei manicomi, ogni forma di segregazione, anteponendo l'assistenza medica alle preoccupazioni della custodia.

Viene ad essere privilegiato l'intervento terapeutico erogato sul territorio, mentre il trattamento sanitario obbligatorio diventa un provvedimento eccezionale, giustificato soltanto dalla necessità di garantire il diritto individuale alla tutela della salute.

Sotto il profilo del rispetto per i diritti umani e civili viene abolito il concetto di pericolosità della malattia mentale che faceva dell'alienato (così come veniva chiamato) un criminale e viene eliminato l'uso di mezzi limitativi della libertà del paziente ai quali talvolta si faceva indiscriminatamente e abusivamente ricorso.

Il processo subisce successivamente degli arresti ma la rivoluzione copernicana della legge Basaglia resiste, studiata e ricercata in molte realtà europee.

Il Servizio Sociale entra prima nelle strutture manicomiali per promuovere e migliorare le relazioni tra il paziente e la sua famiglia, successivamente rafforza la sua presenza nella Psichiatria e non a caso tenendo conto che il "pazzo" ritorna ad essere persona nell'intento di contrastare l'emarginazione e lo stigma e di favorire l'inclusione sociale.

La legge è stata una legge-quadro, che presupponeva l'attuazione di una serie di importanti misure istituzionali subito dopo il suo varo, nel 1978. I progetti-obiettivo – che avrebbero dovuto portare a compimento, in termini pratici e istituzionali, la 180 – erano mirati alla costruzione di strutture sanitarie nel territorio (dai centri di salute mentale ai day hospital, dalle strutture residenziali alle Comunità), concepite come ossatura, come architrave dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). In realtà, essi sono stati portati a compimento solo in alcune regioni, e spesso con grave ritardo rispetto all'atto di effettiva chiusura delle strutture manicomiali.

Anche nelle situazioni migliori, tuttavia, si è registrato, in questi ultimi trent'anni, a fronte di una politica economica orientata al taglio della spesa pubblica e sanitaria, un

preoccupante declino della capacità dei DSM di organizzare una efficace e radicale presa in carico del paziente psichiatrico.

Non intendo entrare più di tanto specifico della legge perché ci saranno interventi magistrali che disserteranno sull'argomento portando anche esperienze di vita professionale quotidiana, ma è forse necessario sottolineare il rivoluzionario mutamento culturale che questa legge ha prodotto rompendo schemi e smobilitando contesti terapeutici e di ricovero.

Ora quanto questo sia stato efficace e quanto c'è ancora da fare per renderlo efficace, è tutto da valutare, le famiglie costrette ad occuparsi dei loro familiari malati, a volte senza interventi e supporti istituzionali che allevino la fatica di prendersi cura di un malato di mente, lasciate solo ad affrontare il quotidiano oggi rappresentate dall'UNASAM (Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale) ci potranno dire il loro punto di vista.

Infatti il trattamento della malattia mentale non può risolversi esclusivamente con interventi di tipo sociale; negli ultimi anni si parla di una serie di cause (**multifattorialità**) biologiche, sociali, genetiche ed ereditarie legate o meno all'ambiente, con un ruolo senz'altro ridotto o assente della famiglia.

Secondo numerose associazioni di familiari la normativa va migliorata, mantenendone fermi i principi antimanicomialisti e il riferimento al territorio come luogo principale di cura e accoglimento della persona affetta da disturbo mentale.

La carenza di strutture e la mancanza di risorse – accentuate dall'orientamento aziendalistico della sanità pubblica – ha portato e porta ancora oggi, talvolta, ad un ricorso ad antiche ed obsolete misure di repressione e di contenzione (esempio clamoroso: l'uso dell'elettroshock, massiccio negli Stati Uniti), in altri ad una utilizzazione generale ed intensiva del farmaco: diventato, in certi casi – nei casi peggiori – una sorta di camicia di forza chimica, ed in tanti altri casi, più che uno strumento che facilita la relazione con il paziente, una sorta di *assolutore simbolico della relazione*.

Questa situazione di crisi dell'assistenza psichiatrica, che rischia di far prevalere, per usare un linguaggio caro a Basaglia, la *custodia* sulla *cura*, rende necessaria una vigilanza critica e una capacità di mobilitazione e di contrasto nei confronti di un fenomeno di vasta portata, ma troppo spesso taciuto e scarsamente *visibile*: non esiterei a definire questo fenomeno come un *ritorno del manicomio*. Un ritorno spesso mascherato, occultato, o, peggio, inconsapevole, soprattutto tra le giovani generazioni di operatori della salute mentale, che non hanno vissuto, per semplici ragioni anagrafiche, la stagione manicomiale.

Di fatto, l'effetto-manicomio, trent'anni dopo il varo della legge che ne decretava l'abolizione, è sempre più diffuso. Negarlo, misconoscerlo, significa, di fatto, rafforzarlo e perpetuarlo.

L'aziendalismo e la contrazione delle risorse sono spesso fattori che spingono i gruppi dei curanti verso una scelta di tipo custodialistico, anche se si tratta di una custodia più fluida, meno visibilmente carceraria, maggiormente orientata ad una economia e ad una distribuzione variegata delle risorse presenti nel "territorio". Un esempio significativo dello scarso investimento di risorse previsto per la relazione psicoterapica individuale e/o di gruppo, giocata non solo sul breve periodo: il privilegio accordato ad interventi relazionali più veloci e più facilmente "misurabili". Cioè, in termini più chiari, il privilegio accordato alle terapie cognitivo-comportamentali: prescrittive, più brevi, meno costose, più agevolmente quantificabili e facilmente associabili alla prescrizione farmacologia.

Saluto i politici/amministratori che hanno voluto onorarci della loro presenza e chiedo loro un piccolo contributo di idee e di impegno alla giornata.

Chiudo con una frase di Paulo Coelho in "Veronica decide di morire " forse un po' idealista.

"Ah, se tutti potessero conoscere la propria follia interiore e convivere con essa! Il mondo sarebbe peggiore? No, le persone sarebbero più giuste e più felici."

"Il vero io è quello che tu sei, non quello che hanno fatto di te"