

Gli anni dimenticati in cui si è «fatta la 180»

Recensione di Luca Negrognò al libro di Tommaso Losavio “Fare la 180. Vent’anni di riforma psichiatrica a Roma”, Edizioni ETS, Pisa, 2021.

Come afferma Maria Grazia Giannichedda nella densa postfazione al libro di Tommaso Losavio, sarebbe oggi necessario ritornare a studiare il periodo compreso tra la promulgazione della legge 180 e la chiusura degli ultimi manicomi, nel 2000. Un simile studio dovrebbe riprendere in mano questioni di ordine teorico e pratico della massima importanza, come suggerisce Giannichedda. In primo luogo, contrastare la visione lineare e semplicistica sottesa all’espressione “applicare la riforma”. Tale espressione, usata lungamente all’interno dello slogan «la legge 180 è giusta ma è applicata male», che fungeva da strumento di resistenza contro i tentativi di controriforma e come strumento di dialogo con le prime associazioni di familiari (come URASAM o DiaPsiGra) attestatesi su posizione reazionarie negli anni ‘80 e negli anni ‘90, può oggi essere rimessa in discussione perché rischia di dare l’immagine di un processo asettico, «l’esito di azioni lineari, puntuali, di amministrazione più o meno ordinaria, per far sì che i cittadini obbedissero alle nuove norme, sanzionando eventualmente i trasgressori». Piuttosto, secondo Maria Grazia Giannichedda, si è trattato di «creare ex novo un corpo istituzionale da mettere al posto di quello precedente e di far funzionare questo corpo in modo diverso anzi opposto a quello precedente: la cura non la custodia, l’integrazione non l’esclusione (...), ciò che si richiede è ben altro che revisioni dell’esistente, riorganizzazioni, aggiustamenti: è necessario allocare in modo diverso i poteri e le risorse, riconfigurare le priorità, bilanciare altrimenti gli interessi tra attori per fare spazio a quelli che erano rimasti fino a quel momento esclusi»¹.

Altre questioni emergenti dal libro di Tommaso Losavio aiuterebbero a svolgere l’analisi su quel complicato processo. In primo luogo, il ruolo delle pubbliche amministrazioni: gli anni della costruzione dei *servizi di salute mentale di comunità* sono stati caratterizzati dal rifiuto, da parte delle amministrazioni locali, di assumersi un ruolo preponderante nella costruzione di quel “nuovo corpo istituzionale”. Il racconto di Losavio è infatti puntellato di vuoti kafkiani: uffici di programmazione della *public health* a cui non viene assegnato personale, incarichi ministeriali assegnati e ricoperti al di qua della soglia di competenza necessaria, progetti scritti su carta e mai realizzati nonostante le rassicurazioni e le pacche sulle spalle di assessori e dirigenti. Lunga parte di quel “periodo dimenticato”, secondo Losavio, è caratterizzato dal convincimento, da parte dei politici, che i fronti di resistenza alla legge 180 avrebbero fatto fallire il progetto di riforma e un’involuzione reazionaria sarebbe stata inevitabile. L’idea è che la società non sarebbe stata pronta a sostenere un cambiamento tanto radicale come la liberazione dei folli; tale resistenza era composta da una fitta trama di poteri in rapporto reciproco la cui collusione si era sedimentata lungo i decenni e sembrava inestricabile: l’università, il settore delle cliniche private, le forme di “sottogoverno” che lasciavano le periferie nel deserto del disagio. Partito Comunista e Democrazia Cristiana, che pure avevano approvato la legge in Parlamento, non sono stati sui territori i vettori reali della riforma; le compagini politiche che a questi soggetti sono seguite dopo lo scossone degli anni ‘90 non hanno mostrato su questo tema una cultura univoca e la loro azione è risultata frammentaria o dominata da obiettivi di mero efficientamento economico, piuttosto che da valori non negoziabili e da grandi visioni di società.

In questo difficile scenario, Losavio racconta dei complicati processi messi in atto per produrre cambiamenti, tra mille insidie. Fondamentale è stato costruire un dialogo con i familiari e le loro associazioni, in assenza di qualsiasi cornice istituzionale. Significativo un racconto dell’autore, a proposito di questo processo: la presidente di una delle associazioni della prima ora, la “signora

¹Dalla postfazione di Maria grazia Giannichedda, “Ripensando gli anni dimenticati in cui è fatta la «180»”, in Tommaso Losavio, “Fare la 180. Vent’anni di riforma psichiatrica a Roma”, Edizioni ETS, Pisa, 2021, p. 121

Andretta”, tra le più critiche nei confronti dei “basagliani” frettolosamente identificati con coloro che vogliono scaricare il peso degli “ammalati psichici gravi” sulle cure familiari, viene coinvolta da Losavio in un confronto aperto e serratissimo. «Non le sembrava vero potermi prendere in castagna allorchè familiari di pazienti di un servizio da me diretto andavano da lei a lamentarsi, insoddisfatti delle risposte ricevute e non perdeva l’occasione per venire da noi a protestare vivacemente a nome del suo associato. La risposta era la verifica del lavoro svolto e del lavoro che si stava svolgendo: la signora Andretta partecipava all’incontro con la famiglia insoddisfatta e insieme con gli operatori che avevano in cura il paziente si verificavano le ragioni del malcontento e si cercavano insieme le possibili soluzioni alle difficoltà emerse. La nostra pratica doveva essere trasparente e concordata, mancanze errori e disattenzioni riconoscibili e criticabili perché non ritenevamo di essere infallibili e la partecipazione dell’associazione poteva aiutarci a lavorare meglio fornendoci informazioni preziose per un intervento più corretto. Disponibili alle critiche, non avevamo nulla da nascondere: i rapporti tra noi e il paziente, la famiglia, l’associazione erano molto diversi da come tanti anni li aveva strutturati la pratica manicomiale»². A chi oggi opera nei servizi di salute mentale questa potrebbe sembrare una descrizione simile al metodo dell’*open dialogue*, ma con maggiore potere contrattuale da parte dell’utente e della famiglia perché al tavolo viene anche invitata una associazione “conflittuale”.

La costruzione di forme nuove e impensate di dialogo è lo strumento con cui costantemente Losavio affronta situazioni in bilico, in cui è necessario produrre cambiamenti: si “inventano” nuovi interlocutori tra cui l’Università (in particolare il corso di Antropologia della Sapienza e la professoressa Faranda), il mondo della Cultura (in particolare nella costruzione di varie edizioni della *Estate romana* che hanno visto il Santa Maria della Pietà attraversato da importanti rappresentanti del mondo della musica, del teatro, dell’arte e della letteratura), il Sindacato, le Parrocchie, le scuole, i giornalisti. Frutto di questi ibridamenti, oggi possiamo ancora visitare il Museo Laboratorio della Mente, ubicato proprio dove sorgeva il grande manicomio pubblico romano, in zona Monte Mario, che negli anni è diventato un luogo importante di studio, di trasmissione di cultura e consapevolezza alle giovani generazioni. La trasmissione di cultura e conoscenza è al centro di un’altra pratica su cui Losavio ritorna costantemente nel racconto: la costruzione di reti internazionali con professionisti e amministratori interessati al senso dell’esperienza italiana, fiducioso della sua bontà ed esportabilità. Sono percorsi anch’essi puntellati da resistenze e frizioni ma lungo le quali si costruiscono e si consolidano grandi storie di relazioni umane, profonde e durature.

Talvolta la strada è l’aperto conflitto. Come quando, nel 1983, Losavio e il gruppo di lavoro del Centro di Salute Mentale occupano un appartamento sfitto di proprietà del Comune di Roma e, con un percorso che da subito è pubblico e richiama la popolazione del quartiere alla solidarietà e le forze politiche locali a prendere posizione, vi svolge l’inserimento abitativo di tre pazienti già formalmente dimesse dal manicomio ma che non potevano concretamente uscirne per l’assenza di politiche di assegnazione di alloggi da parte dell’amministrazione. Oppure quando, nel 1986, il gruppo di pazienti e operatori di uno dei Padiglioni del manicomio decide di “resistere” per tre mesi all’interno di una comunità a Bracciano, in cui avrebbero dovuto trascorrere una semplice vacanza di una settimana per poi fare ritorno al Santa Maria della Pietà. Sono gesti forti, di rottura, che producono solidarietà, attenzione mediatica, qualche volta anche l’assunzione di responsabilità da parte delle istituzioni e il riconoscimento formale dell’obiettivo praticato con la lotta. I due casi raccontati vanno a buon fine: l’appartamento occupato in centro a Roma e la comunità “resistente” a Bracciano diventano alcune delle prime sedi della residenzialità extramanicomiale romana, riconosciute e inserite formalmente nell’articolazione dei servizi. Ma i gesti di rottura durano per tutta la carriera di Losavio, fino al 2000, quando dà le dimissioni dal suo incarico di consigliere per

²Da Tommaso Losavio, “Fare la 180. Vent’anni di riforma psichiatrica a Roma”, Edizioni ETS, Pisa, 2021, p. 48

la *public health* alla nuova giunta regionale laziale presieduta da Storace, ritenendo incompatibili le sue posizioni con quelle della nuova amministrazione.

Non tutto il racconto è fatto solo di inerzia e resistenza istituzionale; sullo sfondo di burocratica indolenza e tacita resistenza al cambiamento si stagliano almeno tre episodi narrati, di cui Losavio è stato tra i protagonisti diretti: l'impegno della Ministra Rosy Bindi per accompagnare i passaggi cruciali della chiusura degli ultimi ospedali psichiatrici, culminato con l'approvazione del Decreto del Presidente della Repubblica, il 10 novembre 1999, del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000"; l'impegno della Comunità Europea per il superamento del manicomio greco dell'isola di Leros, in virtù della decisione che vincolava l'ingresso della Grecia tra i Paesi Membri a condizione che fosse riformato e umanizzato il trattamento dei pazienti psichiatrici; l'impegno con la Giunta Regionale della Regione Lazio per declinare il Progetto dei servizi di salute mentale territoriale nel 1999. In tali episodi, come sembra notare Maria Grazia Giannichedda nella postfazione, rivive il concetto politico di "riforma" come formulato da Norberto Bobbio, sottratto al significato generico di cambiamento attraverso cui possono essere anche veicolati operazioni di restaurazione, e ricollocato come trasformazione dei rapporti tra potere e base sociale in una determinata società, secondo un sistema di valori e ideali fondamentali.

La narrazione del percorso di Losavio nel "fare la 180" dà una rappresentazione plastica delle tendenze contraddittorie che si sono dovute affrontare e che sempre rischiano di ripresentarsi: la riforma deve farsi strada nella diffidenza culturale della psichiatria tradizionale e nella forza inerziale del modello manicomiale. Queste tendenze sono accompagnate, anche nel gruppo professionale degli psichiatri progressisti, da vari "falsi amici." Primo tra tutti quella che Losavio definisce la "psichiatria sinistra", riferendosi ai colleghi culturalmente legati ai partiti di sinistra che però propugnano la supremazia delle tecniche (soprattutto psicoanalitiche e sistemiche) rispetto alla centralità del modello organizzativo basato sui diritti: «quella romana, mi sono detto molte volte, era una "psichiatria sinistra" sia perché si riconosceva in gran parte nei partiti della sinistra, ma anche perché produceva effetti sinistri alimentando falsi bisogni e la domanda di quelle cure psichiatriche, criticate solo a parole, che avevano prodotto manicomio e abbandono»³. In questo passaggio si legge l'eco della lunga polemica, interna al movimento anti-istituzionale, sul ruolo delle tecniche psicoterapeutiche nell'applicazione della riforma. Losavio tiene rispetto a questo tema un atteggiamento che potremmo definire "laico", senza idolatrare né demonizzare le tecniche ma chiarendo ad ogni occasione che un servizio pubblico di salute mentale di comunità non presenta mai in maniera pura il paziente (inteso come soggetto individuale su cui operare privatisticamente) e il setting nella forma in cui questi elementi sono concettualizzati dalle varie tecniche. In questo senso va letta, nel libro, la critica alla posizione a sue tempo espressa da Luigi Cancrini, secondo cui il principale motivo della impossibilità di applicare la legge 180 in Italia era la scarsa preparazione psicoterapeutica degli operatori. Si capisce dunque che quella di Losavio non è qui una semplice critica alle tecniche psicoterapeutiche, ma una critica alle letture semplificatorie di processi molto più complessi che hanno a che fare con il rapporto tra istituzioni e corpo sociale. Secondo Losavio le tecniche psicoterapeutiche, quindi, sono sì applicabili ma adottandone una versione più epistemologicamente complessa o, se si vuole, "debole", per introdurre un altro tema contraddittorio che riecheggia in alcuni passi del libro.

Stiamo parlando del dibattito, che è stato tanto profondo quanto oggi potrebbe apparire oscuro, tra servizio "forte" o servizio "debole"⁴ (o "diffuso" come preferisce chiamarlo Agostino Pirella) che

³Da Tommaso Losavio, "Fare la 180. Vent'anni di riforma psichiatrica a Roma", Edizioni ETS, Pisa, 2021, p. 27

⁴Il testo di riferimento su questo dibattito è "Fra Regole e Utopia. Ipotesi e pratica per una identificazione del campo psichiatrico", a cura di Paolo Crepet, Giovanni De Plato, Domenico De Salvia, Maria Grazia Giannichedda, prefazione di Giovanni De Plato, testi di: Pietro Ingrao, Marcello Cini, Salvatore Senese, Giorgio Bignami, Franca Ongaro Basaglia, Pier Francesco Galli, Luciano Carrino, Domenico Casagrande, Fabrizio Ciappi, Paolo Crepet,

anima il confronto interno a Psichiatria Democratica negli anni '80. Brevemente, si tratta di una discussione attorno a quale perimetro delle politiche pubbliche avrebbe dovuto coprire il servizio di salute mentale. Secondo l'impostazione "forte", bisognava gestire attraverso il CSM l'insieme delle attività in cui si articolava la vita delle persone prese in carico: abitare, lavoro, socialità dovevano articolarsi come progetti da coordinare in un unico centro ad impronta medico-sanitaria, in modo da rispondere alla domanda prima intercettata dal manicomio ristrutturandola e ridefinendola attraverso nuove risposte a contatto con il territorio. I fautori del servizio "debole" pensavano invece al rischio, da evitare, del riproporsi del manicomio nel territorio e optavano quindi per un "servizio-tenda", che fosse veloce e "smontabile" dopo le emergenze, mentre il grosso dell'azione territoriale doveva svolgersi in modo immediatamente de-medicalizzato, costruendo altrettante opportunità di abitare, lavoro e socialità ma senza una chiara impronta definita dall'appartenenza al servizio sanitario. Sullo sfondo di questo dibattito, come chiarisce Agostino Pirella in uno scritto del 1986⁵, c'era una amara presa di coscienza sui rischi di "ritecnicizzazione" delle risposte psichiatriche nei servizi riformati. Al di là delle dichiarazioni intellettuali sulle tecniche psicoterapeutiche, che nel frattempo proliferavano, negli anni '80 e '90 si sviluppa infatti una serie di soluzioni "pratiche" (residenze intermedie, reparti ospedalieri, cliniche universitarie, ecc) che, secondo Agostino Pirella, rischiavano di "recuperare terreno istituzionale" offrendo alla psichiatria una nuova legittimazione pseudoscientifica, che avrebbe fatto dimenticare lo smascheramento critico operato dalla pratica anti-istituzionale e il legame tra questa ed una visione politica più generale di liberazione dalle oppressioni e dal dominio.

Se l'invito di Maria Grazia Giannichedda a "ripensare gli anni dimenticati in cui si è fatta la 180" è valido, e noi riteniamo proprio di sì, ha senso oggi ritornare su questo dibattito, per quanto i termini in cui era posto negli anni '80 possano apparirci come reperti fossili di una fase storica con cui l'ideologia contemporanea ha definitivamente tagliato i ponti. A pensarci bene non è affatto così. Ad oggi la questione delle tecniche è in qualche modo rimasta irrisolta e il problema è tutt'altro che superato se Fabrizio Starace, Presidente della SIEP e consulente per la Salute Mentale del Ministero della Salute, dichiara in numerosi interventi che la formazione degli operatori è ancora qualitativamente inadeguata rispetto alle competenze che sarebbe necessario trasmettere per far funzionare un buon servizio di salute mentale di comunità⁶. Più in generale si potrebbe dire che purtroppo quella fase in cui si è fatta la 180 non abbia prodotto saperi tramandabili, formalizzabili e riproducibili, quantomeno tra i professionisti. Ancora oggi accade che nei programmi di formazione universitaria di psichiatria, psicologia, riabilitazione psichiatrica, servizio sociale, ecc, siano totalmente assenti i riferimenti alla storia della deistituzionalizzazione, alla fase generativa del welfare territoriale, alle lotte e agli scontri culturali e politici che hanno caratterizzato la nascita dei nostri servizi. Questa mancanza viene oggi occultata da quelle "tecniche proliferanti" che rischiano sempre di produrre una visione "ideologica" del proprio lavoro e del proprio ruolo sociale.

Ricostruire i contenuti di questi dibattiti non è una pura velleità archivistica. Se, come scrive Rosy Bindi nella prefazione al libro di Losavio, «negli ultimi anni abbiamo visto una preoccupante privatizzazione di molti settori della sanità e per la salute mentale di forme più o meno esplicite di ritorno al passato, con il proliferare di case di cura private in cui 'internare' le persone con problemi

Giovanni De Plato, Domenico De Salvia, Maria Grazia Giannichedda, Rino Giuliani, Vieri Marzi, Alberto Parrini, Agostino Pirella, Angelo Righetti, Vincenzo Sarli; Cooperativa Editoriale «Psichiatria Democratica», Roma, 1982

⁵Agostino Pirella, L'inesauribile estensione e la linea "forte". Pubblicato inizialmente in V. D'Anza, A. Oddati (a cura di), Scienza operatività didattica. Atti delle giornate nazionali di studio di Psichiatria democratica, Eboli 21-23 marzo 1986, Edizioni 10/17, Salerno 1988, pp. 183-202. Oggi ripubblicato in AUT AUT n. 385, marzo 2020, Il Saggiatore

⁶Fabrizio Starace, "La formazione universitaria del personale sanitario per la salute mentale", disponibile su <http://www.conferenzasalutementale.it/2020/06/11/la-formazione-universitaria-del-personale-sanitario-per-la-salute-mentale-di-fabrizio-starace/> consultato il 17/11/2021

psichici»⁷, è evidente che il tema è di stringente attualità. Le carenze e le lacune del Servizio Sanitario Nazionale sono state largamente evidenti in questi due anni di sindemia e, in particolare, è apparsa gravemente insostenibile la condizione di disabili e anziani nelle Residenze. La manicomialità diffusa è sempre dietro l'angolo e questo problema sembrerebbe riconnesso proprio all'inadeguatezza di una cultura che riesce a “pensare evitando di riprodurre il manicomio”. La posizione di Losavio su questi temi è chiara: la nostra storia mostra che è possibile fare a meno dei manicomi. Affinché ciò sia possibile, la pratica di un servizio pubblico di salute mentale deve essere centrata in primo luogo sui diritti, in una pratica in cui diritto alla salute e diritti di cittadinanza si compenetrano fino a diventare indistinguibili. Ne emergono «piani terapeutici innovativi che non abbiano l'urgenza di spegnere i sintomi. Questi non sono soltanto manifestazione di malattia ma possono rappresentare l'unica possibilità di espressione del dolore e offrire opportunità di relazione»⁸. Un altro aspetto di novità del servizio è la sua capacità di intervenire sulla normalità: «l'essere nella comunità lo costringe a confrontarsi con il territorio della cosiddetta normalità, a patto di non volersi organizzare unicamente come servizio specialistico. Possibilità nuove di esistenza sono realizzabili per chi sta male se mutano, contemporaneamente con il progredire del progetto di cura, anche la cultura, le credenze, i pregiudizi del contesto di vita di chi si è affidato per essere curato. Quel contesto che, cercando di proteggere quelli che si ritengono sani, mette in atto, più o meno consapevolmente e molto più frequentemente di quanto possa manifestarsi, meccanismi colpevolizzanti ed espulsivi»⁹.

Se questa posizione è in sostanziale continuità con quella espressa oggi da Dainas Puras nei suoi interventi sulla psichiatria come osservatore per i Diritti Umani dell'ONU¹⁰, andrebbe tuttavia notato che essa sembra fortemente disgiunta dal percorso “scientifico” che ha avuto la psichiatria mondiale degli ultimi trent'anni, tutto incentrato sulle molecole farmacologiche e la furia classificatoria sulla statistica dei disturbi. Quello che sembra essersi realizzato, piuttosto, pare simile alla profezia a tinte fosche scritta da Agostino Pirella nel 1986: «cioè che queste dinamiche, accanto a dinamiche più direttamente connesse con fattori socio-economici, hanno prodotto una psichiatria che letteralmente ha “preso possesso” di ciò che ha denominato “malattia mentale”, prendendosi la responsabilità della vita e del destino di altre persone. (...) È una questione che una parte, attraverso la pratica e l'ideologia della medicina, va a colpire diritti fondamentali dell'individuo, quali la libertà di pensiero, di parola, di critica e di azione; mentre d'altra parte tutto ciò che la psichiatria ha saputo e sa ancora inventare per dominare e tenere sotto controllo la diversità e la disperazione che si esprimono in modi altri e stigmatizzati, alieni e lontani (nel “modo” di manifestarsi, ma anche nel luogo e nella fascia sociale in cui esso si manifesta), diventa il simbolo concreto della difesa contro una democrazia sostanziale, il rifiuto della via alla liberazione dell'uomo dall'oppressione e dal dominio dell'altro uomo»¹¹.

Potrebbe essere utile oggi ripensare a questi processi mettendoli in relazione alle parole di Michel Foucault nell'intervista del 1983 dal titolo “Un sistema finito di fronte a una domanda infinita”¹².

⁷Dalla prefazione di Rosy Bindi, in Tommaso Losavio, “Fare la 180. Vent'anni di riforma psichiatrica a Roma”, Edizioni ETS, Pisa, 2021, p. 9

⁸Da Tommaso Losavio, “Fare la 180. Vent'anni di riforma psichiatrica a Roma”, Edizioni ETS, Pisa, 2021, p. 118

⁹Da Tommaso Losavio, “Fare la 180. Vent'anni di riforma psichiatrica a Roma”, Edizioni ETS, Pisa, 2021, p. 118

¹⁰Si veda Luca Negrognò, “Il cambio di paradigma: una salute mentale basata sui diritti”, <https://unacertaideadi.altervista.org/2020/10/il-cambio-di-paradigma-una-salute-mentale-basata-sui-diritti/> consultato il 17/11/2021

¹¹Agostino Pirella, L'inesauribile estensione e la linea “forte”. Pubblicato inizialmente in V. D'Anza, A. Oddati (a cura di), Scienza operatività didattica. Atti delle giornate nazionali di studio di Psichiatria democratica, Eboli 21-23 marzo 1986, Edizioni 10/17, Salerno 1988, pp. 183-202. Oggi ripubblicato in AUT AUT n. 385, marzo 2020, Il Saggiatore, pp. 39-55

¹²Intervista condotta da Robert Bono, al tempo segretario nazionale della Confédération française démocratique des travailleurs (Cfdt), che fa parte del Consiglio d'amministrazione della previdenza sociale. Pubblicato in “Estetica dell'esistenza, etica, politica. Archivio Foucault 3. Interventi, colloqui, interviste. 1978 – 1985”, a cura di A.

Secondo Foucault «parlare di “diritto alla salute” è quasi privo di senso (...) in compenso, si può avere diritto a condizioni di lavoro che non aumentino in modo significativo i vari rischi di malattia e handicap»¹³. Il filosofo e storico francese fa qui riferimento al fatto che, rispetto al momento in cui sono nati i sistemi di protezione sociale su larga scala del secondo dopoguerra (sul modello Beveridge), la situazione è enormemente mutata: l’invenzione del moderno welfare era accompagnata da un accordo e un equilibrio raggiunti su quali fossero i “bisogni di salute” e i “rischi sociali” rispetto a cui si dovesse essere tutelati collettivamente. Tale accordo, frutto anche di lotte e conflitti, rappresentava una forma di pacificazione sociale e di integrazione in certi modi di vita collettivamente accettati e diffusi. Oggi il progresso tecnico della medicina e la domanda di salute sono cresciuti esponenzialmente fino al punto che «non è possibile fissare oggettivamente una soglia teorica e pratica, valida per tutti, a partire dalla quale si può dire che i bisogni della salute sono soddisfatti pienamente e definitivamente»¹⁴. Di conseguenza, per Foucault è necessario ripensare alla questione nei termini di accesso ai «mezzi della salute»¹⁵, a come fare per redistribuirli e per trovare un accordo esplicito su come renderli collettivamente accessibili. Se invece resta rigida l’articolazione tra salute e prestazioni sanitarie, il sistema va incontro a un limite strutturale in quanto si troverebbe a dover realizzare infinite aspirazioni individuali al benessere, quando invece il diritto ai “mezzi di salute” richiede una logica “collettiva” di composizione di interessi in conflitto. Proviamo a formulare in altri termini la questione: in un sistema capitalistico, in cui la salute tende a diventare una produzione di pacchetti di benessere ricondotti a prestazioni tecnico-professionali, più che l’ambito di una discussione collettiva, culturale e politica, sui modi in cui si vive, si lavora, si entra in relazione, in che misura è possibile svolgere la pratica sanitaria in una logica dei diritti? È un’illusione che tale diritto infatti possa essere risolto in una infinita accumulazione di prestazioni tecniche.

Un richiamo finale ad alcuni aspetti che rendono utile la lettura del libro a chi, come me, non ha vissuto quella fase storica da operatore. Nella descrizione della fase precedente alla legge 180 sul territorio romano, emergono i lineamenti di una situazione “disastrosa”, nella quale non si sono mai riuscite a sviluppare sperimentazioni innovative (come invece era successo in molti centri minori sparsi per la penisola come Trieste, Arezzo, Gorizia, Perugia). La descrizione che Losavio fornisce di questa situazione potrà colpire molti operatori giovani e meno giovani per l’incredibile omologia con alcune situazioni che si vivono oggi in svariati contesti territoriali: l’assistenza psichiatrica era risolta in un circuito integrato pubblico privato molto diseguale, in cui la scelta dei percorsi terapeutici (leggi: di internamento) era determinata principalmente dalla assicurazione privata del paziente, vale a dire dalla sua condizione socioeconomica; ogni nuovo servizio o sperimentazione, sotto la “copertura” di una definizione innovativa, nascondeva una rotazione e distribuzione dei luoghi di custodia: ciò che in ultima analisi determinava progetti e percorsi “individuali” non era la diagnosi o il progetto riabilitativo ma semplicemente che quelle particolari persone “non rispondevano alle terapie” oppure erano “troppo difficili da gestire in reparto”. La presenza di manicomi e cliniche private vanificava gli sforzi dei deboli Centri di Igiene Mentale (gli scarni servizi territoriali in funzione dagli anni ‘60 come mero filtro per l’ospedale psichiatrico) la cui pratica era in ultima analisi condizionata dall’esistenza di un grande e iperfinanziato contenitore di ricovero da usare in ultima istanza. Le prime esperienze innovative rivolte alla costruzione di un Centro di Salute Mentale, sviluppate in parrocchie e centri sociali ai bordi della formalizzazione giuridica, ricevevano minacce di provvedimenti disciplinari e continue intimidazioni da parte dei Carabinieri (questo, non in psichiatria ma con i migranti, ricorda la storia di Mimmo Lucano oggi).

Pandolfi, trad. it. di S. Loriga, Feltrinelli, Milano, 2020; ora ripubblicato in Michel Foucault, “Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale”, a cura di P. Napoli, Donzelli, Roma, 2021

¹³Michel Foucault, “Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale”, a cura di P. Napoli, Donzelli, Roma, 2021, p. 129

¹⁴Michel Foucault, “Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale”, a cura di P. Napoli, Donzelli, Roma, 2021, p. 129

¹⁵Michel Foucault, “Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale”, a cura di P. Napoli, Donzelli, Roma, 2021, p.130

Alcune altre omologie. Come pratica di maquillage il Santa Maria della Pietà dimette pazienti anziani che ormai però sono gravemente istituzionalizzati e la loro unica via di uscita dal manicomio è finire in altri ospizi privati; sembra la condizione degli ultrasessantacinquenni oggi, dimessi dai Centri di Salute Mentale e magicamente diventati pazienti geriatrici perdendo tutta quella parte di interventi relativi alla loro socializzazione e alla loro vita attiva. Complessivamente, precedentemente al formalizzarsi di un protocollo nella costruzione delle dimissioni dal Santa Maria della Pietà, si affermano alcune esperienze, talune troppo limitate e altre velleitarie, il cui fallimento viene però fatto sempre ricadere, nei discorsi, sulla malattia dell'utente.

Mentre si cerca di costruire la psichiatria territoriale, un grosso problema amministrativo viene dal difficile passaggio delle competenze dalle Province, che amministravano i manicomi, alle Regioni (che sono in capo ai vari Servizi Sanitari Regionali); in questo passaggio emerge la distorsione dei dispositivi di partecipazione previsti dalla legge 833 del 1978, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale. I percorsi che i riformatori avevano deputato alla partecipazione popolare, all'interno di una visione politica quasi utopistica in cui si creava controllo democratico sulle questioni sanitarie, si erano in molti casi ridotti negli anni 80 a dispositivi di gestione clientelare e lottizzata dei posti di potere da parte di cordate e tribù legate ai partiti politici. Uno dei grossi problemi, durato fino alla fine degli anni '90, con i "residui manicomiali" e la loro ricollocazione era che sarebbe stato impossibile ricollocare i vecchi infermieri ancora in servizio in ospedale psichiatrico, che non avrebbero mai fatto nessun altro tipo di assistenza se non quella manicomiale; il Sindacato, se a voce si diceva pronto a trovare delle soluzioni, nei fatti tutelava solo gli anziani più garantiti. Resterebbe da scrivere la storia di questi anni rispetto ai processi di aziendalizzazione in sanità, alle esternalizzazioni, al ricorso sistematico alla cooperazione sociale, non solo nella meritoria funzione di stimolo all'impresa sociale ma nel ruolo più meschino e subalterno di strumento per la dismissione dei costi pubblici e per la riduzione delle tutele della forza-lavoro.

Afferma Losavio: «la pratica concreta dei servizi era, ed è ancora oggi, totalmente dissonante dagli obiettivi della riforma psichiatrica, più simile a quella di un ambulatorio psichiatrico che ad un servizio pubblico di salute mentale di comunità»¹⁶. Se, come afferma Giannichedda, ritornare al racconto di quegli anni può avere una qualche utilità per noi, questa sarebbe nell'isolare e valorizzare uno dei saperi specifici prodotti da quella fase, cioè la capacità di lettura dei bisogni del territorio che derivava dalla cosiddetta "epidemiologica critica"¹⁷. Gli operatori cioè, in quegli anni, si interrogavano continuamente su come reciprocamente si influenzassero struttura dei servizi, bisogno di salute e forme della sofferenza umana; il tutto dentro una più ampia visione del rapporto tra corpo sociale e istituzioni. Sarebbe bello proseguire nel compito indicato da Maria Grazia Giannichedda per tornare ad animare nei nostri servizi una simile "pulsione di sapere"¹⁸.

¹⁶Da Tommaso Losavio, "Fare la 180. Vent'anni di riforma psichiatrica a Roma", Edizioni ETS, Pisa, 2021, p. 62

¹⁷Il testo di riferimento è De Salvia, D. Crepet, P. a cura di, 1982, "Psichiatria senza manicomio. Epidemiologia critica della riforma", Feltrinelli, Milano, Collana Medicina e Potere

¹⁸Il riferimento è all'articolo di Pierangelo Di Vittorio, "Psichiatria italiana e pulsione di sapere. Le tensioni di Pirella", su AUT AUT n. 385, marzo 2020, Il Saggiatore, pp. 76 - 96