

# La "180" come cambiamento di paradigma culturale ed etico

Michele Schiavone

Genova

*Grazie alla cortesia e alla disponibilità dell'editore Franco Angeli pubblichiamo un breve capitolo, il primo, del volume "Etica della Riabilitazione Psichiatrica", a cura di Massimo Rabboni, pubblicato nel 1997. Ne è autore Michele Schiavone, filosofo ingegnere, tra i padri fondatori della nostra Bioetica, del cui insegnamento è stato professore ordinario nell'Università di Genova.*

*Ma chiunque lo conosca sa anche che egli è uno degli "psichiatri" più colti e più vivaci intellettualmente che vi siano in Italia. Continua in lui la grande genealogia degli psicopatologi di matrice filosofica e non medica, che tanto hanno dato alla conoscenza ed allo sviluppo della nostra disciplina.*

*Ho letto miliardi di pagine sulla 180 ma uno scritto di questa compiuta incisività non ha, nella mia memoria, termini di confronto. La sintesi culturale di Michele Schiavone è straordinaria, nella pluralità di temi che affronta e dei commenti che esprime.*

*Il volume, ancor oggi attualissimo, contiene anche un capitolo sulla vita emozionale nella schizofrenia, affidato ad Eugenio Borgna. Lo ricordo per l'accenno fatto al riguardo nell'articolo di apertura. E al volume rimandiamo per la ricchissima bibliografia, che per motivi di spazio non abbiamo potuto inserire. (PLS)*

**U**n episodio della vita di Dino Campana assume una connotazione emblematica della patologia da istituzionalizzazione evidenziata anche da recenti ricerche nosodromiche (Wing e Brown, 1970). Il poeta, che dapprima aveva manifestato paura per il manicomio, dopo pochi anni dal suo terzo ricovero si dimostra così rassegnato e adattato da dichiarare di non voler in alcun modo le dimissioni (Vassalli, 1984). Non vi è dubbio che la fase manicomiale della psichiatria abbia una sua rispondenza a un modello scientifico solo di recente reso obsoleto. Il prevalere delle finalità di custodia e di isolamento va infatti letto nell'ottica della concezione positivista che domina la psichiatria ottocentesca e del primo novecento (Schiavone, 1990, 1993).

Non è tuttavia corretto ritenere che fosse sempre e comunque prevalente un atteggiamento di rinuncia all'intervento terapeutico o un rigido pessimismo prognostico-catamnestic. Si attribuiva infatti all'ospedalizzazione l'unica possibilità di contrastare efficacemente la malattia

mentale ed era prevista una strategia integrata dal trattamento morale a mezzi somatici e farmacologici mirata alla remissione dei sintomi e al ripristino di un accettabile equilibrio. Dai primi rozzi rimedi (docce, acque termali, emetici, sedia rotatoria, canfora, digitale, oppio e i suoi derivati) alle varie terapie morali (ergoterapia, viaggi, interventi familiari) sino alle prime efficaci terapie somatiche (la piretoterapia con Wagner-Jaureg, l'ipnoterapia di Klaest, la insulinoterapia con Sakel, la terapia convulsivante con cardiazol di von Meduna e l'ancora in certi casi eccezionali insostituibile elettroshock di Cerletti sino alle inquietanti e devastanti tecniche psicotomiche, da quelle pionieristiche di Burckhardt e Puusepp sino alla lobotomia e alla leucotomia di Moniz e Lima, Freeman, Watts e Fiamberti), l'ospedalizzazione era intesa non solo come custodia e segregazione del folle ma anche come luogo terapeutico ottimale.

Anche la grande rivoluzione farmacologica degli anni cinquanta iniziata da Delay e Deniker con l'uso della clorpromazina per la schizofrenia e con le successive utilizzazioni quali psicotropi del

meprobramato, del clordiazepossido, della reserpina e dell'aloiperidolo non determinarono la crisi dell'istituzione manicomiale (Bellantuono, Tansella, 1985) in quanto si ritenne opportuna e comoda la somministrazione del farma-

co all'interno dell'ospedale avendo così garantita una maggiore e migliore possibilità di controllo. Va pertanto sfatata una definizione riduzionistica del manicomio a puro luogo di custodia, misconoscendone il programma terapeutico e l'innegabile vantaggio di costituire un efficiente osservatorio epidemiologico e nosografico che contribuì in misura rilevante alle grandi sintesi nosologiche e psicopatologiche da Kraepelin, a Jaspers, a Bleuler a Binswanger. Ben altri erano i limiti dell'istituzione manicomiale e strettamente connessi al mutamento di paradigma nel senso di Kuhn e cioè nell'ambito di una vera rivoluzione scientifica. Da un approccio di tipo fortemente e oggettivamente caratterizzato dallo sradicamento del folle dal suo contesto familiare e sociale (Bachrach, 1997, 1984; Barale et al., 1982; Piro, 1988; Barton, 1959; Basaglia, 1968,

1982; Canosa, 1979; De Martis e Bezoari, 1978; De Martis, Petrella e Caverzasi, 1980; De Peri, 1984; Del Pistola, 1991; Dorwart et al., 1991; Goffman, 1968; Gudeman e Shore, 1984; Guelfi e Ferranini, 1993; Keisler, 1982; Lamb, 1988; Minkoff, 1987; Venturini, 1979; Wing e Brown, 1970) per procedere ad un trattamento terapeutico regolamentato da una sorveglianza costante ed incessante, si passa ad un altro approccio di opposta tendenza, teso a conservare il più possibile la storia personale del paziente e i suoi legami col mondo. Si tratta, ovviamente di una scelta con forte connotazione culturale che richiede un'analisi accurata e complessa. Diciamo subito in via preliminare che la legge 180 va valutata con distacco critico improntato a rigore concettuale e neutralità ideologica senza pericolose cadute in un'agiografia encomiastica o in una oltranzistica e preconcetta denigrazione (Volterra, 1978, 1993). In realtà si tratta di una buona legge che ha consentito sensibili progressi sia dal punto di vista clinico frenando e limitando un decorso nefasto verso la cronicizzazione, sia da quello etico e sociale tutelando la dignità umana del malato ed opponendosi al suo deterioramento destoricizzante e reificante. Per comprendere in misura adeguata la sua novità, nei suoi pregi e nei suoi limiti, nelle sue luci e nelle sue ombre, è opportuno far riferimento ai tratti essenziali della psichiatria tradizionale, con particolare riguardo alla situazione italiana, dove il dominio dell'organicismo e della medicalizzazione neurologistica del disturbo mentale secondo il modello classico-tedesco da Griesinger, a Kahlbaum,

del folle (Schiavone, 1990, 1993). Tipica manifestazione di questa ideologia è la legge n. 36 del 14 febbraio 1904, che, nell'art. 1 recita: "Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi". Il concetto di pericolosità oggi fortemente ridimensionato e pressoché ignorato dalla 180 era invece nella vecchia psichiatria sovrastimato con il risultato di imporre la custodia e la segregazione. In realtà per non incorrere in frettolosi giudizi è opportuno ricordare che prima dell'era psicofarmacologica le ridotte e scarsissime possibilità di remissioni dei sintomi e la grave carenza di mezzi di controllo e di sedazione dei comportamenti etero ed autoaggressivi non potevano non indurre a delle generalizzazioni, con l'estensione arbitraria a tutte le sindromi di caratteri specifici di determinate patologie mentali. Va inoltre tenuta presente la diversa tipologia e le differenze epidemiologiche talora rilevanti tra l'epoca passata e quella attuale. È evidente comunque che l'aver conferito eccessivo rilievo alla pericolosità ha accentuato la funzione custodialistica pur senza rinunciare a quella terapeutica, esclusivamente confinata peraltro all'interno dell'ospedale. Se il criterio suddetto aveva una sua giustificazione in riferimento all'epoca e alle risorse, risulta in-

vece effetto di una ideologia grossolanamente moralista e perbenista di taglio autoritario-borghese il rinvio al "pubblico scandalo".

Con la crisi del modello medico-organistico, nacque dopo il tentativo pionieristico di H. Meyer nel 1909, una strategia terapeutica volta ad integrare l'ospedalizzazione con trattamenti rivolti al paziente nel suo nucleo ambientale. Va precisato che esula da tale orientamento una alternativa rigida al manicomio: si pensa invece ad interventi complementari a quello del ricovero, a scopo sia di prevenzione in presenza di determinate patologie, sia in fasi successive a quella dell'ospedalizzazione. Il limite evidenziato in uno con concrete modalità di superamento è quello dell'insufficienza del

Wernicke e Kraepelin, non aveva recepito se non marginalmente e con forte ritardo, l'influenza di Freud e della psicoanalisi nonché dell'orientamento fenomenologico-antropologico di Jaspers, Binswanger ecc. (è emblematico a questo riguardo lo studio di Morselli del 1927 severamente e talora ottusamente polemico verso la psicoanalisi). La malattia mentale veniva pertanto inquadrata in un'ottica esclusivamente medica con forte pessimismo prognostico-catamnestic e veniva altresì enfatizzata la pericolosità verso gli altri e verso se stesso

manicomio, di cui però non viene contestata la necessità, anche se ne viene denunciata la tendenza a favorire la cronicizzazione e la regressione della struttura di personalità da istituzionalizzazione. Il quadro culturale-scientifico di riferimento è dato non soltanto dalla fortuna della psicoanalisi nelle sue varie forme sino al neofreudismo, ma soprattutto dal sorgere della psichiatria sociale (Jones, 1970), che non solo evidenzia l'interazione tra patrimonio genetico e ambiente socio-culturale ove la società con i suoi fattori e le sue leggi fornisce indubbiamente una chiave di lettura del disturbo mentale e favorisce altresì una incisiva funzione patoplastica sino all'assunzione di una parziale valenza eziologica (Disertori e Piazza, 1970; Bastide, 1965; Marti-Tusquets, 1982; Conti e Principe, 1989; Conti, 1993), ma talvolta giunge a radicalizzare la spiegazione sociogenetica in termini risolutamente alternativi a parametri nosologici di estrazione medicobiologica (Basaglia e Basaglia-Ongaro, 1971).

Merito indubbio di quest'orientamento è l'aver tenuto presente al di là dell'acuzie i problemi del decorso e del rischio della cronicizzazione, proponendo che il trattamento del malato mentale avvenga nel

*segue a pag. 13*

contesto sociale di provenienza nella maggiore misura possibile. Ed è stata questa la strategia della psichiatria di comunità nelle sue varie tappe, dall'istituzione ad opera di Jones della comunità terapeutica di Londra nel 1947 sino alle iniziative promosse dai Community Mental Health Centers (1963) e al programma di supporto territoriale del National Institute of Mental Health del 1977 (Zwerling e Wilder, 1964; Pasamnick et al., 1967). Analoga impostazione del problema nella concorde denuncia dei rischi e dei danni della istituzionalizzazione si ritrova nella psichiatria di settore francese con Bonaffè, Daumezon, Tosquelles ed Ey. Il modello terapeutico che viene privilegiato in netta alternativa al manicomio è quello della organizzazione di una rete di servizi nell'ambito di ogni area geografica in cui opera una équipe che prende in carico il paziente, salvaguardando i suoi legami col suo

ambiente familiare e sociale e garantendo una rigorosa continuità (Bonaffè, 1963; Bonaffè et al., 1975; Torrubia, 1958; Merini, 1977; Del Corno e Lang, 1982; Jervis, 1975; Rossi Monti, 1994).

La 180 ha inoltre tratto ispirazione dall'orientamento sociogenetico nella sua più radicale formulazione data dall'Antipsichiatria (Goffman, 1968; Laing, 1968/1969; Cooper, 1969; Szasz, 1972, 1974; Basaglia, 1982), senza subire condizionamenti dalle tesi più estremistiche della negazione della malattia mentale e della monofattorialità sociale legata essenzialmente ad atteggiamenti di violenza, rifiuto ed emarginazione, ma recuperando il significato etico e sociale del rapporto col malato e tentando di interpretare la sintomatologia come risposta a stimoli ambientali.

In questo senso si può affermare che la legge non risente o risente in minima parte del limite dell'Antipsichiatria, cioè della prevalenza di una componente ideologica o ancor più di una infiltrazione ideologica nel tessuto della scienza. Non viene infatti recepita la derubricazione dal piano patologico a quello sociologico del disturbo psichico né viene messo in dubbio l'approccio terapeutico di taglio medico. La sua novità fondamentale anche nei confronti della psichiatria di comunità e della psichiatria di settore è costituita dall'abolizione degli ospedali psichiatrici già a partire dal divieto di nuovi ricoveri dall'entrata in vigore della legge. Per questo motivo non rappresenta soltanto la prosecuzione di orientamenti precedenti ma una vera e propria rivoluzione che ha attirato l'attenzione degli studiosi stranieri (Becker, 1985; Freeman et al., 1985; Jones e Polletti, 1986; Lowell, 1986; Bondolfi e Muller, 1988; Saraceno e Tognoni, 1989; Bollini e Mollica, 1989; Jones et al., 1991).

I capisaldi fondamentali di tale rivoluzione sono i seguenti:

1. la definitiva esclusione della specificità e dell'isolamento del trattamento e dell'assistenza psichiatrici e la loro incorporazione nei servizi sanitari generali. La malattia mentale è così considerata alla stregua di qualunque altra malattia, venendo bonificata pertanto da quel-

l'alone di terrore e condanna che la segregazione in istituzioni chiuse favoriva a livello di pregiudizio;

2. la modifica delle norme che regolamentano il trattamento sanitario obbligatorio non solo per prevenire abusi o inadempienze ma soprattutto per garantire pieno rispetto alla persona umana. Si tratta di una concezione etico-politica ispirata al garantismo e alla tutela dell'autonomia del malato in piena coerenza a quella umanizzazione della medicina che costituisce l'approdo più significativo della bioetica contemporanea e che si situa in una linea di continuità con l'istanza di Jaspers della difesa della soggettività. Il ricorso alla coazione deve quindi essere limitato solo nei casi eccezionali, nella fedeltà del modello partecipativo e dell'alleanza terapeutica;

3. l'inserimento dell'assistenza e della terapia in una rete organica di servizi privilegiando il settore territoriale rispetto a quello ospedaliero.

L'apprezzamento globale della legge sembra pertanto basato su solide motivazioni. E va subito precisato che i limiti

denunciati dai suoi critici (le dimissioni selvagge, l'abbandono del malato mentale cronico, la macchinosità dell'iter burocratico per il ricovero coatto, ecc.) sono propri non della legge in quanto tale, ma della sua lacunosa o cattiva applicazione. Dovranno quindi essere eliminate le perduranti carenze di regolamenti e strumenti attuativi nonché delle strutture intermedie.

A determinare in modo inequivocabile la sua validità concorrono una serie di parametri epistemologici, clinici, etici e politico-sociali.

Per quanto concerne il primo punto non vi è dubbio che la più avanzata antropologia filosofico-scientifica si fondi sui metodi della complessità (Morin, 1983, 1989) e della teoria sistemico-integrativa (Bertalanffy, 1968; Engel, 1980; Sabelli e Carlson Sabelli, 1989; Kemali e Maj, 1992; Schiavone, 1993) che conducono necessariamente ad affrontare la malattia mentale con un approccio distico e sistemico mediante il criterio guida della priorità biologica e della supremazia psicologica (Sabelli e Carlson Sabelli,

1989).

In questo contesto teorico il livello sociale e i fattori ambientali hanno un ruolo essenziale per la loro interazione organica con i sottosistemi biologico e psicologico e non possono pertanto venir sottovalutati né ancor più espunti in una concezione quadro epistemologico-psicopatologica.

La coerenza della 180 a queste indicazioni mi sembra palese, poiché essa riconosce il ruolo delle strutture e degli eventi sociali sia in ambito eziologico, che patoplastico ed emendativo-terapeutico.

Naturalmente deve essere abbandonata l'ideologia sociologista che storicamente ha avuto una massiccia presenza nella genesi culturale della legge, come pure vanno inesorabilmente e rigorosamente abbandonate l'ipotesi monofattoriale e quella della riduzione della malattia mentale a mito e ad artefatto. Ma non vi è dubbio che una corretta interpretazione della legge e una sua applicazione criticamente sorvegliata confermino le premesse teoriche cui ci siamo richiamati. Va inoltre tenuto presente che certi eccessi polemici di Basaglia vanno letti nell'ottica non di convincimenti scientifici quanto piuttosto come espedienti tattici per combattere gli arroccamenti dei misonicisti nella psichiatria tradizionale al fine di una rottura netta con il passato, in preparazione della grande rivoluzione antimanicomiale.

Per questi motivi la 180 non esclude l'intervento medico né promuove l'abbandono terapeutico, né comporta ingenuità e demagogiche negazioni della malattia mentale, ma esige che l'intervento medico sia integrato da quelle componenti psico-sociali che, lungi dal rifiutarlo, lo rafforzano e lo completano. Sotto l'aspetto clinico la 180 ha puntualmente recepito sia i recenti studi nosodromici che hanno messo in crisi il pessimismo prognostico-catamnastico di Kraepelin (M. Bleuler, 1972, 1974; Mayer-Gross et al., 1959; Ciompi, 1980, 1989; Ciompi e Muller, 1976; Mundt, 1985; Harding, et al., 1987), sia i contributi sulla patologia da istituzionalizzazione (Wing, 1988; Wing e Brown, 1970; Stein, 1980; Soni et al., 1992; Keisler, 1982; Dorwart

et al, 1991; De Martis et al, 1980; De Martis, 1984; Barton, 1959; Bachrach, 1984), orientando verso un trattamento che riduce al minimo necessario il ricovero ospedaliero e garantendo la continuità terapeutica nel territorio. Qualora non ci si esponga ad ingenui illusioni, non vi è dubbio che anche sotto il profilo clinico il trattamento previsto dalla legge 180, ovviamente ben applicata, rappresenti un modello clinico avanzato in linea con le teorie e i dati della più recente letteratura critica. Per quanto riguarda l'aspetto etico già molto si è detto in precedenza. Mi limito qui a ricordare che la legge costituisce una solida garanzia del rispetto della persona umana del malato mentale e si colloca in una prospettiva etica che concilia e sintetizza i principi bioetici di autonomia, beneficiabilità e giustizia. Il quadro culturale che le fa da sfondo è un nuovo umanesimo caratterizzato da un rinnovato interesse per i problemi morali che sembra richiamarsi al primato kantiano della Ragion pratica. La legge è infine la naturale conseguenza delle nuove concezioni politico-sociali, volte ad una difesa ad oltranza di una democrazia autentica e non formale, ove domini l'assoluta uguaglianza dei diritti e dei doveri, nel senso che gli ordinamenti giuridici, e le strutture sociali e politiche debbono essere al servizio del cittadino. ◆

## LINK

Quest'articolo di Michele Schiavone è rapportabile a ciò che, nel linguaggio giuridico, si definisce una "relazione oggettiva". Dopo trent'anni, insomma, dovremmo archiviare serenamente quella che fu e resta soltanto una legge-quadro.

Ma un documentato articolo di *Repubblica-Salute* dell'otto maggio scorso, dal titolo *Tornano i manicomi?*, scritto da una firma storica del giornale, riapre un inatteso scenario revisionista.

Come dichiara la portavoce del partito che ha vinto le elezioni, l'ex star televisiva Elisabetta Gardini, nel programma del Pdl è infatti scritto alla voce "Sanità": riforma della legge 180/78. Poi un attacco durissimo dell'on. Guzzanti che proclama: "La legge 180 non va solamente modificata o migliorata, ma dimenticata". Infine un'assunzione di merito da parte di Tonino Cantelmi ("Ho sollecitato io stesso che la riforma della 180 rientrasse nel programma del Pdl"), il quale analizza in modo più che impietoso carenze e demotivazioni attuali dei Servizi territoriali.

Cosa dire? Ricomincia, per l'ennesima volta, lo stesso giro di valzer, che trova sempre chi, inesaurevole, ha voglia di ballarlo.

Intanto, in trent'anni, il mondo, la nostra società, il nostro ordinamento costituzionale al riguardo, il concetto di welfare, i conti dello Stato (giudicati a Bruxelles...) e mille altri fondamenti, sono radicalmente mutati. Solo che l'orchestra non sembra essersene accorta e continua a suonare sempre la stessa musica. Come far capire che una legge-quadro non è, in quanto tale, modificabile ma solo abrogabile? La 180 chiudeva i manicomi? Contrordine compagni, si riaprono. E stop.

Consiglierei agli zelanti zeloti di cominciare a preparare ventuno progetti di riforma (quindici regioni a statuto ordinario, quattro a statuto speciale, due province autonome). Il federalismo ormai marcia su Roma, ma qualcuno informi l'orchestra che in sanità è già arrivato da anni. A Roma non c'è più nemmeno il ministro.

Basta valzer insomma, è ora di languidi tanghi. Uno dei più famosi, *Volver* (che ha ispirato il film di Almodóvar e la cui musica fu scritta dal divino Carlos Gardel), dice ad un certo punto: *Sentire che la vita è un soffio, che vent'anni non sono niente...* Figuriamoci trenta, coraggio! (PLS)