

LA PSICHIATRIA ITALIANA DOPO LA RIFORMA

(Relazione al convegno: *Seminário Internacional de Capacitação Profissional: "Reforma Psiquiátrica em debate"*, João Pessoa (PB) Brasil - 15 e 16.10.2003

PRESENTAZIONE E RINGRAZIAMENTI

Buon giorno.

Mi scuso con tutti voi per il fatto di non parlare portoghese; spero che la necessità della traduzione non appesantisca la mia relazione.

Ringrazio in primo luogo la vostra Fondazione che mi ha invitato per questo seminario; ho trovato persone molto sensibili e attente, sia nella persona della Coordinatrice della Fondazione, la D.ssa Glacy Gonzales Gorski, sia nei suoi collaboratori. Sono convinto che con la loro guida il FAPESQ avvierà dei progetti di ricerca innovativi nel campo della salute mentale.

Ringrazio tutte le autorità e i colleghi intervenuti a questo seminario; è per me un grande onore, ed una grande emozione, parlare dell'esperienza italiana, e della mia esperienza, in presenza di un uditorio così qualificato ed autorevole.

Vi parlerò della situazione della psichiatria italiana negli ultimi 25 anni, dall'epoca dell'approvazione della legge di riforma dell'assistenza psichiatrica, conosciuta in Italia come "Legge 180" o "Legge Basaglia"; quest'ultima denominazione non è appropriata e vedremo in seguito perché.

Qui nasce il primo problema: sono sufficientemente qualificato per parlarvi della situazione dell'assistenza psichiatrica in Italia?

Comincio con il presentarmi: mi chiamo Andrea Mazzeo, sono psichiatra e lavoro a Lecce, una città della Puglia; la Puglia è una regione che si trova nel sud dell'Italia, Lecce è una bella città d'arte.

Queste giornate di studio sono nate dalla collaborazione tra il FAPESQ ed una organizzazione italiana non governativa, l'Associazione "Arca Viola"; ARCA VIOLA è un acronimo che significa: "Associazione di Ricerca, Consulenza, Assistenza per la Vita, l'Impresa, l'Organizzazione e il Lavoro".

Arca Viola nasce nel 1999 da un piccolo gruppo di psicologi. L'idea che li muoveva era quella di un'associazione professionale che non avesse fine di lucro e che, operando in diversi ambiti, potesse sviluppare attività e progetti per migliorare la vita delle persone.

Arca Viola è impegnata nella realizzazione di progetti di ricerca-intervento riguardanti sia il personale sia gli utenti o i pazienti delle organizzazioni che assiste.

Il suo lavoro si svolge nella scuola, nelle istituzioni carcerarie, nelle organizzazioni per l'assistenza ai disabili e ai tossicodipendenti, nelle comunità di accoglienza psichiatrica, nelle strutture cliniche, pubbliche e private, per la prevenzione e il trattamento dei disturbi psicosomatici e dell'alimentazione. La sua mission riguarda principalmente il "benessere del lavoro", ed ha un impegno molto grande proprio nell'ambito del benessere psichico e della salute mentale.

Il presidente di "Arca Viola" è il Dr Gaetano Dell'Anna che ringrazio per la fiducia che mi ha dimostrato affidandomi questo delicato incarico e che per mio tramite invia il suo saluto agli organizzatori e ai presenti.

Un ultimo ringraziamento - so che i ringraziamenti iniziali sono sempre una noia per i congressisti ma consentitemelo -, va alla mailing-list psichiatrica "*spostati*" senza la quale

tutto questo non sarebbe mai accaduto, e al suo ideatore, il Dr Renzo Giraldi, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Nuoro, in Sardegna.

La parola “spostati” ha in italiano un doppio significato:

a) come sostantivo significa “persona poco equilibrata”, e in questo senso è stata scelta provocatoriamente;

b) è anche il participio passato del verbo “spostare” che significa “cambiare posto, trasferirsi”.

La lista nasce appunto dallo “spostamento” di alcuni psichiatri e psicologi da altre liste psichiatriche dove il dibattito e lo scambio di idee era frenato dagli owner; tra coloro che si sono spostati c'è anche una brava psichiatra e psicanalista brasiliana, che io stimo molto, la D.ssa Marilita De Castro, una persona abile e competente che ha favorito questa collaborazione italo-brasiliana.

Vi porto infine il saluto affettuoso del Dr Rocco Canosa, Presidente Nazionale di Psichiatria Democratica; Rocco Canosa dirige a Matera il Dipartimento di Salute Mentale ed ha organizzato per metà novembre un congresso per celebrare i 30 anni in Italia di Psichiatria Democratica.

Ho iniziato la mia attività di psichiatra nel 1978, proprio nei giorni di approvazione della legge 180; il 3 maggio del 1978 fui assunto presso l'Ospedale Psichiatrico “Casa della Divina Provvidenza” di Bisceglie (BA); il 14 maggio del 1978 entrò in vigore la nuova legge.

LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA

Verso la fine degli anni '70 la modifica delle norme di legge sulla psichiatria era oggetto di discussione parlamentare poiché era in corso di approvazione la Legge di Riforma Sanitaria che conteneva già le nuove norme sull'assistenza psichiatrica.

Ma alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica L'Italia giungeva dopo un lungo periodo di sperimentazioni sul campo di nuove organizzazioni assistenziali, ma soprattutto dopo circa 20 anni di lavoro anti-istituzionale di Basaglia e dei suoi collaboratori.

Franco Basaglia: teoria e prática anti-institucionalização

Franco Basaglia nacque a Venezia nel 1924 e morì nel 1980.

Si formò alla clinica neuropsichiatria di Padova, dove era assistente universitario.

L'Università di Padova è un centro molto stimolante sul piano culturale, sede della prima facoltà di psicologia in Italia, sede di una facoltà di filosofia molto ben inserita nelle principali correnti filosofiche europee contemporanee.

Questo clima culturale ha avuto sicuramente il suo ruolo nella formazione di Basaglia e nella evoluzione del suo pensiero.

Basaglia studiò l'antropologia fenomenologica di Binswanger e la «daseinsanalyse», da cui raccolse il dato essenziale della necessità di un'abolizione della distinzione normativa sano/malato della psichiatria positivista. Si avvicinò al pensiero di Husserl, affermando che a ciascuna esperienza esistenziale va concessa l'opportunità di esprimersi, e rovesciò la nozione di «norma» tanto cara alla psichiatria ufficiale.

Verso la fine degli anni '50 fu incaricato della direzione dell'ospedale psichiatrico di Gorizia; non so se fu una sua decisione oppure si trattò di un “esilio professionale” dovuto alle sue scelte politiche e scientifiche.

A Gorizia Basaglia si confrontò con la realtà drammatica della vita dei degenti nel manicomio e dovette restarne molto traumatizzato: la psichiatria insegnata nelle Università era del tutto estranea alla psichiatria dei manicomi, si trattava di due mondi radicalmente differenti che non comunicavano tra loro.

Basaglia non era persona da sedersi sulla poltrona di Direttore e svolgere il suo ruolo burocraticamente, un ruolo peraltro riconosciuto dalla legge allora in vigore; Basaglia, per la sua formazione, per la sua passione sociale, per la sua ideologia, doveva agire sulla realtà e modificarla.

Si recò in Inghilterra per visitare la comunità terapeutica di Maxwell Jones, e nel 1962, insieme ad Antonio Slavich, avviò proprio a Gorizia la prima esperienza anti-istituzionale nell'ambito della cura dei malati di mente.

Sono documenti di quella esperienza il suo libro "*L'istituzione negata*", pubblicato nel 1968, cioè dieci anni prima della promulgazione della legge 180 ed il film "*La seconda ombra*" del regista Silvano Agosti.

Il libro (1) ricostruisce la storia di uno degli episodi centrali della "rivoluzione psichiatrica": la nascita e lo sviluppo dell'idea di "comunità terapeutica" in luogo dei vecchi manicomi.

LA COMUNITÀ TERAPEUTICA

La comunità terapeutica fu realizzata per la prima volta nel 1943 nell'ospedale di Northfield, in Inghilterra, da Bion, Rickman e Foulkes, e ripetuta da Maxwell Jones a Mill Hill e in altre località, per pazienti di vario tipo, dai prigionieri di guerra agli psicopatici vittime di particolari condizioni ambientali negli stabilimenti industriali.

L'idea, concretizzata in esperienze di serietà scientifica e terapeutica, fu colta dalla classe dirigente politica britannica già durante la guerra, quando nel quadro del *National Health Service* (il servizio sanitario nazionale pubblico) furono varate leggi, come il *Disabled Persons Act* del 1944; queste leggi segnarono una svolta nell'atteggiamento della società verso il malato di mente, per la prima volta inserito in un programma di riabilitazione all'esterno dell'ospedale e quindi fuori da una situazione di esclusione sociale.

Nel 1953 l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) affermò che l'ospedale psichiatrico doveva essere nella sua totalità una comunità terapeutica.

Essa deve avere alla base principi quali:

- a) la conservazione dell'individualità del paziente;
- b) la convinzione che i pazienti sono degni di fiducia;
- c) che hanno la capacità di assumere responsabilità e iniziativa;
- d) l'impegno regolare dei pazienti in qualche tipo di occupazione.

Basaglia, prima a Gorizia e poi a Trieste, accetta la condizione di parità tra medico e paziente e scopre che, restituendo al folle la sua soggettività, questi ri-diventa un uomo con cui si può entrare in relazione. Il paziente ha bisogno non solo delle cure per la malattia, ma anche di un rapporto umano con chi lo cura, di risposte reali per il suo essere, di denaro, di una famiglia e di tutto ciò di cui anche i medici che lo curano hanno bisogno. Insomma il folle non è solamente un malato, ma un uomo con tutte le sue necessità. Trattato come uomo, il folle non presenta più una "malattia", ma una "crisi", una crisi vitale, esistenziale, sociale, familiare che sfugge a qualsiasi "diagnosi", utile solo a cristallizzare una situazione istituzionalizzata.

Da qui il concetto di Basaglia della "*messa tra parentesi della malattia*", frainteso dai suoi detrattori come negazione della malattia. Basaglia non ha mai affermato questo.

Basaglia scrive: *“La messa tra parentesi della malattia è una faticosa astuzia che presuppone invece un profondo sapere della malattia e una consapevolezza altrettanto profonda della sue costruzioni cliniche e istituzionali”*.

Scrivo ancora Basaglia: *“Una cosa è considerare il problema una crisi, e una cosa è considerarlo una diagnosi, perché la diagnosi è un oggetto, la crisi è una soggettività”*.

E cosa diventa la cura quando i rapporti sono intersoggettivi e non rapporti oggettivanti?

La risposta di Basaglia è: *“Io cerco di curare una persona, ma non sono certo se la curo o no. E la stessa cosa quando dico di amare una donna. È molto facile dirlo, e talvolta è persino falso, perché l'uomo tende ad un tipo di relazione e la donna a un altro. Quando si crea una relazione d'amore, questa non è altro che una crisi, una crisi in cui c'è vita se non c'è dominio dell'uomo sulla donna o della donna sull'uomo”*.

I concetti di malattia e di normalità hanno senso, cioè significano, soltanto se colti nel contesto del mondo-della-vita al quale appartengono e non a partire da categorie predefinite di salute e malattia.

L'analisi fenomenologica dell'incontro e l'analisi del linguaggio rappresentano in questo approccio un accesso privilegiato alla Weltanschauung della persona, ma dopo il contatto affettivo è necessario *«trovare gli elementi atti ad aiutarci a riportare alla vita sociale un individuo che da essa è stato rifiutato»*.

Altri punti di raccordo del pensiero di Basaglia li troviamo con Lacan e con Foucault.

Lacan, fin dall'inizio, istituisce nel suo insegnamento un filo conduttore per cui la malattia mentale è collegata con il sociale (2); Lacan si muove ovviamente sul piano simbolico, per lui il sociale è l'Edipo.

Per Basaglia, la malattia mentale è intrinsecamente collegata con il sociale, è un effetto di “questo” e di “quel” sociale; per Basaglia il sociale è la realtà sociale con le sue contraddizioni e con le sue lotte. Con questa affermazione Basaglia radicalizza il pensiero di Lacan e al tempo stesso se ne discosta.

Per Lacan il sociale è equivalente all'ordine simbolico e l'ordine simbolico è equivalente a ciò che nella psicoanalisi si chiama Edipo; Basaglia porta invece il discorso della malattia mentale sul piano sociologico, vede il sociale come strutture sociali e politiche.

La tesi di Basaglia era difficile da accettare per la psichiatria prevalentemente organicista dell'epoca e forse anche per quella attuale; oggi si parla correntemente di eziologia multifattoriale per alcuni disturbi mentali, in cui concorrono fattori biologico-costituzionali, fattori psicologici e fattori sociali ma il concetto che *“la malattia mentale è l'effetto del sociale”* resta ancora difficile da condividere. Se, però, si segue il pensiero di Basaglia fino in fondo si giunge inevitabilmente alla conclusione che alcuni disturbi mentali sono effetto del “sociale”, cioè delle “costruzioni sociali”, di alcune strutture sociali, esattamente come lui sosteneva.

L'altro punto di contatto con il pensiero di Lacan riguarda la psicoterapia istituzionale, iniziata da un allievo di Lacan, Tosquelle nel manicomio di Saint-Albans, in Francia; Basaglia parla invece di analisi istituzionale, in particolare di analisi del manicomio visto come una istituzione totale.

Ma cos'è una istituzione totale?

L'ISTITUZIONE TOTALE

Il sociologo americano Erwin Goffman definisce con questo termine non solo le carceri ed i manicomi, ma tutta una serie di istituti quali per esempio gli ordini religiosi di

clausura; le istituzioni totali tipiche sono però quelle istituzioni di tipo coattivo, dove in genere non si entra per libera scelta, come per l'appunto le carceri e gli ospedali psichiatrici. Goffman ebbe un'esperienza diretta con un ospedale psichiatrico americano poiché vi fu ricoverata la moglie.

Secondo Goffman (3) *“una istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che, tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo, si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato”*.

Ed ancora: *“Uno degli assetti sociali fondamentali nella società moderna è che l'uomo tende a dormire, a divertirsi e a lavorare in luoghi diversi, con compagni diversi, sotto diverse autorità.... Caratteristica principale delle istituzioni totali può essere appunto ritenuta la rottura delle barriere che abitualmente separano queste tre sfere di vita.*

- In primo luogo, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica autorità;

- secondo, ogni fase delle attività giornaliere si svolge a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose;

- terzo, le diverse fasi delle attività giornaliere sono rigorosamente schedate secondo un ritmo prestabilito;

- per ultimo, le varie attività forzate sono organizzate secondo un unico piano razionale, appositamente designato al fine di adempiere allo scopo ufficiale dell'istituzione”.

Goffman analizza “ciò che realmente succede” in una istituzione totale, al di là delle retoriche scientifiche, terapeutiche o morali, scoprendo che spesso la pretesa scientificità serve soltanto a mascherare gli interessi di chi detiene il potere nelle istituzioni totali. Goffman rovescia la prospettiva: rifiutando di dare per scontate le ragioni delle istituzioni, si pone dal punto di vista degli “ospiti” di queste istituzioni, scoprendo la disumanità e la inutilità alla cura e alla riabilitazione.

Michel Foucault e Franco Basaglia hanno analizzato ancora più a fondo i meccanismi istituzionali, mettendo bene in evidenza un dispositivo disciplinare e di potere che unifica alla radice quelle “sfere della vita” che Goffman, invece, considera separate l'una dall'altra da precise barriere.

Michel Foucault pone l'accento su un particolare meccanismo istituzionale, il potere disciplinare.

Il potere disciplinare, all'interno di una istituzione, è l'insieme di *“pratiche e di conoscenze orientate sugli individui allo scopo di renderli conformi a determinati codici di comportamento”*.

Il potere disciplinare è un potere distribuito ed articolato in tutte le istituzioni - dalla famiglia alla scuola, dal lavoro alla prigione e al manicomio, non è specifico di una determinata istituzione. Soprattutto, è un potere che lavora per indurre in tutte le persone che ricadono sotto il suo dominio una forte interiorizzazione o internalizzazione di valori, modelli di identità, contenuti di significato riferibili alla normalità; e che tratta gli incorreggibili per recuperarli alla conformità, per rinormalizzarli (4).

Chi non si conforma subisce un trattamento correzionale, una penalizzazione (esclusione), ma per conformizzarsi deve compiere delle operazioni di dissociazione della identità (4); solo in questo modo può accettare una realtà che a lui non piace.

L'implicazione del potere disciplinare è così un processo dissociativo dell'identità personale, in seguito al quale l'iniziato conforma un'area della sua coscienza al codice normativo gestito dal custode della norma, e dissocia altre aree della sua coscienza mantenendole in condizioni di latenza (latenze dissociate).

Franco Basaglia articola ulteriormente questo sguardo e mette al centro della sua riflessione la divisione dei ruoli e la relazione di potere che ad essa corrisponde.

“Famiglia, scuola, fabbrica, università, ospedale, sono istituzioni basate sulla netta divisione dei ruoli: la divisione del lavoro (servo e signore, maestro e scolaro, datore di lavoro e lavoratore, medico e malato, organizzatore e organizzato) e la divisione del potere” (2).

Ciò significa che *“quello che caratterizza le istituzioni è la netta divisione tra chi ha il potere e chi non lo ha. Dal che si può ancora dedurre che la suddivisione dei ruoli è il rapporto di sopraffazione e violenza fra potere e non potere, che si tramuta nell’esclusione da parte del potere, del non potere; la violenza e l’esclusione sono alla base di ogni rapporto che s’instauri nella nostra società”* (2).

Fatta questa premessa nasce una domanda: se, in generale, ciò che caratterizza le istituzioni è la netta divisione tra chi ha il potere e chi non ne ha, più in particolare in che consiste, se esiste, la differenza specifica tra le istituzioni ordinarie e le istituzioni dell’esclusione?

Nelle istituzioni ordinarie (famiglia scuola, azienda, banche, partiti, ospedali, ecc.) chi non ha il potere può esercitare una azione di conflitto, istituire un rapporto dialettico con chi detiene il potere; questa azione di conflitto può essere esercitata individualmente o in forma associata (sindacati, assemblee, ecc.); viene comunque riconosciuta come legittima.

Le istituzioni ordinarie mantengono dunque un certo grado di elasticità e porosità in modo tale da non escludere, almeno potenzialmente, una trasformazione in seguito al conflitto.

Nelle istituzioni totali non esiste la possibilità di instaurare un conflitto, un rapporto dialettico tra chi detiene il potere e chi lo subisce, quindi ogni trasformazione è impossibile per definizione.

Le istituzioni totali sono anelastiche e non porose. La relazione tra gli attori che le fanno vivere è gerarchica, unidirezionale, intransitiva e resistente ad ogni dialettica ordinaria.

In ogni istituzione ordinaria sono potenzialmente all’opera quei dispositivi relazionali totalizzanti che caratterizzano ordinariamente le istituzioni totali. Qualora essi trovino nelle dinamiche quotidiane della vita istituzionale condizioni favorevoli per manifestarsi, uno o più attori di quella specifica istituzione, subiranno una vasta gamma di ritorzioni e di mortificazioni alle quali potranno sottrarsi dissociandosi in varie forme dalla loro condizione, oppure, con una risposta più radicale, abbandonando l’istituzione.

Se nelle istituzioni ordinarie (famiglia, scuola, luoghi di lavoro e di tempo libero) si manifestano i meccanismi delle istituzioni totali (impossibilità di un rapporto dialettico, mancanza di conflitto), questo avrà come effetto la comparsa di disturbi mentali nei membri dell’istituzione.

La presenza di meccanismi totalizzanti porta chi non vuole essere escluso a conformarsi; per conformarsi deve mettere in atto delle dinamiche di dissociazione della propria identità (4). Tra i meccanismi di dissociazione dell’identità (descritti per primi da Janet) vi sono varie configurazioni che richiamano alla mente con precisione taluni disturbi mentali che osserviamo nei nostri pazienti:

- a) varie modalità di “assenza” (non vedere, non sentire, non pensare, non soffrire);
- b) perdita di controllo su funzioni corporee: la vertigine, lo svenimento, il sonno;
- c) manifestazioni teatralizzate del corpo, fenomeni di conversione;
- d) la dissociazione autoscopica, in cui l’Io osserva se stesso, il corpo in cui vive; da qui alla allucinazione, alle idee di riferimento, il passo è breve;
- e) varie fughe nella fantasia con la creazione di nuovi mondi, autistici in questo caso.

A psiquiatria italiana antes da reforma psiquiátrica

Fatta questa premessa sul pensiero anti-istituzionale di Basaglia, torniamo ad esaminare la situazione della psichiatria italiana.

Dopo l'esperienza della comunità terapeutica di Gorizia, Basaglia divenne Direttore dell'ospedale psichiatrico di Trieste, nel 1971; portò con sé alcuni dei suoi collaboratori di Gorizia, ma soprattutto si costituì intorno a lui un gruppo di operatori psichiatrici fortemente motivati a proseguire a Trieste il lavoro anti-istituzionale iniziato a Gorizia.

Ma del lavoro di Gorizia cosa rimase?

Il gruppo di Basaglia considerava l'esperienza della comunità terapeutica ormai conclusa e premeva per il superamento del manicomio. Si scontrò con il potere politico, l'Amministrazione Provinciale che gestiva il manicomio, che si opponeva alla proposta di Basaglia; restarono a Gorizia alcuni psichiatri del gruppo di Basaglia ma dopo qualche anno anche loro dovettero andar via e i nuovi medici che furono assunti riportarono Gorizia alla condizione precedente al lavoro di Basaglia, in pratica ricrearono il manicomio (5).

Quando Basaglia arrivò a Trieste, risultavano ricoverati in manicomio circa 1.200 pazienti. Questo ed altri dati su Trieste sono riportati in una relazione di Beppe Dell'Acqua, attuale Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, che ho stampato e lascerò al FAPESQ.

Ritengo che l'esperimento di Trieste sia difficilmente attuabile altrove; la realtà lavorativa degli ospedali psichiatrici e di tutto il settore psichiatrico è composita, accanto ad operatori motivati se ne trovano molti che sono poco interessati al lavoro psichiatrico, che svolgono il loro lavoro burocraticamente, senza passione, vedendo del paziente solo gli aspetti malati.

A Trieste invece confluirono da tutta Italia medici, psicologi, assistenti sociali fortemente interessati a conoscere il lavoro di Basaglia e che hanno dato un forte contributo al cambiamento dell'assistenza psichiatrica; queste condizioni sono difficilmente ripetibili nella realtà ordinaria fatta di operatori motivati ma anche di chi non ha voglia di lavorare, di assenteisti, di lavativi, di raccomandati, ecc.

Nel manicomio di Lecce, nel 1976, fu bandito un concorso per l'assunzione di alcuni medici; vi partecipai poiché mi ero appena laureato. Il concorso fu revocato perché vi parteciparono anche due colleghe di Psichiatria Democratica e quindi vicine alle posizioni di Basaglia; Basaglia non aveva questi problemi, faceva assumere proprio chi voleva lavorare in maniera anti-istituzionale.

Trieste è stato una specie di trial psichiatrico, psico-sociale, un laboratorio che ha dimostrato che certe cose sono possibili a determinate condizioni.

Per farvi un esempio: nel 2000 fu invitata a Lecce l'équipe di Trieste per dei seminari di aggiornamento; l'intento della Direzione Generale era quello di formare degli operatori che potessero avviare un cambiamento nell'assistenza psichiatrica. Il corso di formazione è stato lungo e interessante, coinvolgente. Ma è stato boicottato da molti psichiatri e soprattutto dai dirigenti dei CSM; dopo il corso non è cambiato nulla, è solo aumentata la frustrazione negli operatori più motivati.

Nel 1976 l'équipe di Trieste dichiarò di avere chiuso il manicomio; all'epoca erano ricoverati in manicomio circa 560 pazienti; di questi vennero considerati ospiti e quindi non più ricoverati, circa 430 persone, mentre i rimanenti 130 continuarono ad essere considerati ricoverati, 80 con ricovero volontario e 50 con ricovero coatto.

Sembrirebbe una di quelle situazioni che in Italia chiamiamo, appunto "all'italiana", nel senso che si fa finta di cambiare ma non si cambia nulla, tutto rimane come prima.

In realtà fu un passo che richiese molto, molto coraggio; affermare che ben 430 persone internate definitivamente in manicomio in base alla legge del 1904, perdevano la loro condizione di internati e divenivano ospiti del manicomio, era un passo arduo, molto coraggioso, era anche una forzatura della legge allora in vigore. Se la cosa fosse avvenuta altrove, il Direttore del manicomio sarebbe stato immediatamente destituito dall'incarico, sottoposto a procedimento disciplinare, forse anche a processo penale, forse alla fine ricoverato lui stesso in manicomio.

Negli stessi anni a Lecce il Direttore del manicomio diede parere contrario alla costruzione di nuovi padiglioni; non propose la chiusura del manicomio, fu solo contrario all'ampliamento del manicomio. Fu allontanato dall'incarico di Direttore e inviato a dirigere un reparto del manicomio, lontano da Lecce.

Il gruppo di Basaglia seppe creare le condizioni politiche, sindacali, sociali, giuridiche perché fosse possibile un passo del genere; seppe anche assumersi in pieno le proprie responsabilità al momento di compiere quel passo. Nessun altro in Italia ha avuto quel coraggio, il coraggio dell'utopia, il coraggio di inseguire un sogno e di realizzarlo.

In quegli anni Basaglia fonda il movimento di Psichiatria Democratica con l'obiettivo di diffondere in tutto il paese le pratiche psichiatriche alternative; l'attività di questo movimento, ha ispirato il processo di cambiamento politico che ha portato alla formulazione dei principi contenuti nella legge 180.

Di Basaglia, o comunque riferito alla sua esperienza, ho stampato del materiale reperito su internet: uno scritto dal titolo "*Che cosa è la psichiatria?*", del 1967, le relazioni di una conferenza che si svolse nello stesso anno a Reggio Emilia, dal titolo "*La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale*", con una ampia relazione di Basaglia, ed uno scritto di Basaglia dal titolo "*Vocazione terapeutica e lotta di classe*" presentato, quale relazione introduttiva, al Convegno franco-italiano di psichiatria che si svolse a Parigi nel 1979.

Nel 1977 il dibattito tra le forze politiche si fece vivo per la discussione in parlamento della Legge di Riforma Sanitaria; si trattava di un provvedimento legislativo importante che prevedeva l'istituzione in Italia del Servizio Sanitario Nazionale, sul modello dell'analogo sistema inglese; nella legge erano contenuti anche gli articoli per la riforma dell'assistenza psichiatrica.

Nello stesso periodo il Partito Radicale aveva promosso un referendum popolare per l'abrogazione della vecchia legge sulla psichiatria, che risaliva al 1904; la necessità di evitare questo referendum portò i partiti di governo ad accelerare i tempi per l'approvazione della nuova legge, come stralcio della Legge di Riforma Sanitaria.

Il 19 aprile 1978 venne presentato al Parlamento il disegno di legge e poiché bisognava approvarlo entro l'11 maggio 1978, venne deciso di affidare la discussione alle Commissioni Parlamentari che furono autorizzate a "*provvedere in sede legislativa*", a sostituirsi, cioè, eccezionalmente, al Parlamento nell'approvazione della legge (6).

A Lei n° 180 de 1978 e os projectos-objetivo

La discussione sul D.D.L. iniziò il 28.4.78 e si concluse il 2.5.78 con l'approvazione a larghissima maggioranza (7); la legge n° 180 venne pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 13.5.1978 ed entrò in vigore il giorno successivo.

Sul sito internet <http://www.inverso.org.br> è pubblicata una versione in portoghese della legge 180.

Credo, è una mia opinione, che il testo di legge abbia risentito della mancanza di un dibattito parlamentare adeguato alla materia in discussione, visto che è stata approvata in soli 4 giorni.

Non voglio dire che la legge, nei suoi principi ispiratori, non sia una buona legge, ma la fretta per la sua approvazione non consentì di mettere a punto un testo meglio articolato.

Dicevo prima che impropriamente la Legge 180 è conosciuta come “Legge Basaglia”; Franco Basaglia, con le sue esperienze di deistituzionalizzazione iniziate a Gorizia sin dagli anni ‘60, era già, concettualmente, molto più avanti della nuova realtà prospettata dalla legge 180, e fu uno dei primi critici della nuova legge.

Affermò infatti che si trattava di “*una legge troppo arretrata per le realtà avanzate e troppo avanzata per le realtà arretrate*”.

Nella mia tesi di specializzazione, nel 1981, sull’assistenza psichiatrica prima e dopo la legge 180, definii la situazione creata dalla legge come “*una rivoluzione copernicana*” (8) nel senso che il manicomio, in precedenza struttura centrale di tutta l’assistenza psichiatrica, diveniva solo una delle strutture di assistenza, uno dei “pianeti” che ruotavano intorno al territorio, e la centralità veniva assunta, giustamente, dal territorio, dalla società, dall’organizzazione normale delle persone normali.

La legge 180:

- vietò il ricovero in manicomio di nuovi pazienti, in particolare di pazienti in T.S.O., Trattamento Sanitario Obbligatorio, cioè ricovero senza la volontà del paziente. Il T.S.O. italiano equivale alla vostra *Internação psiquiátrica involuntária* (I.P.I.) prevista dalla Legge federale n° 10.216 del 6 aprile 2001.

- stabilì nuove condizioni per il ricovero con T.S.O.

La precedente legge sulla psichiatria, che risaliva al 1904, stabiliva che il ricovero coatto si effettuava con un certificato medico attestante che il paziente era “*pericoloso per sé e per gli altri o di pubblico scandalo*”.

Con la legge 180 venne stabilito che un ricovero contro la volontà del paziente può essere proposto solo quando:

a) il paziente presenta “*alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti provvedimenti terapeutici*”; il ricovero coatto diviene quindi un provvedimento sanitario e non più un atto di polizia.

b) se i provvedimenti terapeutici ritenuti urgenti “*non sono accettati dal paziente*”, quindi se il paziente rifiuta la terapia ritenuta necessaria dallo psichiatra.

c) se non vi sono “*le condizioni e le circostanze per adottare tempestive ed idonee misure terapeutiche extra-ospedaliere*”, cioè se non vi è la possibilità di curare il paziente al di fuori dell’ospedale.

Questo certificato medico, o proposta di T.S.O., deve essere convalidato da un medico della struttura pubblica; la convalida è quindi una seconda certificazione che verifica l’esistenza delle condizioni volute dalla legge per effettuare un ricovero contro la volontà del paziente. È una condizione che aumenta le garanzie per il paziente. La Legge ha previsto che la convalida venga effettuata da un medico della struttura pubblica, quindi da un medico del Servizio Psichiatrico Territoriale che da noi si chiama Centro di Salute Mentale o C.S.M. (C.A.P.S.).

Dopo la convalida del T.S.O. da parte di un medico del C.S.M. viene emessa l’ordinanza di ricovero da parte del Sindaco del Comune in cui si trova il paziente; il Sindaco interviene nella sua qualità di autorità sanitaria locale.

La legge 180 stabilisce inoltre che i ricoveri con T.S.O. sono possibili solo in Reparti Psichiatrici istituiti negli Ospedali Generali, e chiamati Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.).

L'ordinanza di ricovero ha una validità di 7 giorni; alla scadenza dei 7 giorni il Primario del Reparto può prolungare il ricovero chiedendo al Sindaco una proroga dell'ordinanza di ricovero per il periodo che ritiene necessario a curare il paziente.

La legge prevede inoltre che sia la prima ordinanza sia le proroghe successive, sono sottoposte ad ulteriore convalida da parte del giudice tutelare.

Questo complesso meccanismo ha la funzione di garantire il paziente da eventuali abusi nel ricovero, che in precedenza erano possibili.

Ma questo complesso meccanismo ha funzionato?

Nella grande maggioranza dei casi ha funzionato e funziona molto bene; una prima osservazione di tipo epidemiologico consentì di vedere che i ricoveri con TSO si ridussero notevolmente dopo l'approvazione della legge 180. L'azione di filtro voluta dalla legge e svolta dai C.S.M. (i vostri C.A.P.S.) dimostrò di funzionare molto bene.

L'aver legato i due momenti, l'attività di convalida del C.S.M. e il ricovero coatto, consente inoltre di osservare che maggiore è la funzionalità del C.S.M. minori sono i ricoveri; il numero dei ricoveri psichiatrici dipende dalla maggiore o minore attività di filtro e di prevenzione svolta dal C.S.M.

In casi di urgenza psichiatrica il meccanismo si rivela troppo complesso poiché i tempi, tra la proposta, la successiva convalida e l'ordinanza del Sindaco, possono risultare troppo lunghi; è abbastanza comune la prassi di intervenire ed ospedalizzare il paziente anche in assenza di ordinanza di ricovero, che interviene successivamente. Per questo aspetto la 180 dovrebbe essere integrata, a mio parere. Se si intende rispettare rigorosamente la legge il ricovero in assenza dell'ordinanza è illegale; può essere giustificato dallo stato di necessità, ma credo sia meglio regolamentare questo aspetto con una disposizione di legge, a tutela del paziente e degli operatori che intervengono nell'urgenza.

Successivamente alla legge 180, ciascuna Regione italiana ha emanato una Legge Regionale che si richiamava ai principi della 180.

In pratica, in quasi tutte le Regioni italiane vennero istituiti i Reparti di psichiatria negli ospedali generali; alcune regioni operarono la scelta di istituire solo dei posti letto all'interno dei reparti di medicina. Questo per evitare, credo, che, aboliti i manicomi i nuovi reparti diventassero a loro volta le nuove istituzioni totali; e in effetti è accaduto che in alcuni reparti ci siano stati ricoveri molto lunghi, anche di un anno.

La questione è da vedere in questi termini: più funziona il servizio territoriale, il C.A.P.S., meglio funziona il C.A.P.S. meno bisogno c'è di ricovero, minore è il numero dei ricoveri ospedalieri, minore è la durata di ciascun ricovero, minore è il rischio che i reparti psichiatrici in ospedale generale diventino nuove istituzioni.

Ho lavorato per circa 2 anni, dall'87 all'89, in un Servizio Territoriale, a San Pancrazio Salentino, un piccolo paese in provincia di Brindisi.

Il lavoro era molto proiettato sul territorio, con assistenza domiciliare che veniva svolta quotidianamente, secondo dei programmi mensili di assistenza; in quel territorio, di circa 50.000 abitanti, vi era un bassissimo numero di ricoveri, circa 20 in un anno, ma soprattutto un numero di ricoveri con T.S.O. di appena 4-5 ogni anno.

Del resto, l'esperienza di Trieste conferma questo andamento: a Trieste i Servizi Territoriali, i vostri C.A.P.S., funzionano per l'intero arco della giornata, 24 ore su 24, e sono in grado di rispondere ad ogni bisogno di assistenza, con centri diurni, ospedali di giorno, ospedali di notte, laboratori, ecc. In questo modo hanno un bassissimo numero di ricoveri. Ciascun ricovero dura pochi giorni perché vi è una stretta integrazione tra i vari servizi ed il paziente viene immediatamente preso in carico dal servizio territoriale che ha la responsabilità della sua cura.

In altre realtà, come quella della città di Lecce ad esempio, manca questa integrazione tra i servizi e i reparti ospedalieri hanno assunto un ruolo forte, con alto numero di ricoveri, frequenti rientri nello stesso anno, patologie che inevitabilmente si cronicizzano.

La situazione dell'assistenza psichiatrica nel momento di approvazione della legge era caratterizzata dalla presenza dei manicomi in quasi tutte le province italiane, per un complesso di 54.000 di posti letto (9); nelle province di Gorizia, Trieste, Udine (il nostro nord-est) i manicomi erano già superati, in parte o totalmente, e l'assistenza psichiatrica veniva già svolta nel territorio che si era dotato di numerose strutture intermedie, residenziali e non (case famiglia, centri diurni, ambulatori, ecc.).

Nelle restanti province mancavano del tutto tali strutture intermedie, o si cominciava allora a progettarle.

Senza queste strutture, fisiche ma anche organizzative, il territorio è solo una parola vuota; queste strutture sono necessarie affinché il territorio possa assumere il suo ruolo centrale nell'assistenza psichiatrica e possa fare a meno del manicomio.

La "rete" che può consentire di avviare la de-ospedalizzazione dei pazienti ricoverati in manicomio è la seguente: il territorio in posizione centrale con le varie strutture integrate fra loro a sostegno del paziente e della famiglia.

Al centro della rete delle strutture, come centro organizzativo e di controllo delle varie fasi dell'assistenza deve essere messo il Servizio Territoriale, o Centro di Salute Mentale, i C.A.P.S. previsti dalla vostra legge federale di riforma psichiatrica. Il C.A.P.S. deve avere la centralità nell'assistenza al paziente, prenderlo in carico, seguirlo in tutti i suoi aspetti, medici e farmacologici, psicologici, sociali, lavorativi. L'ideale è che il C.A.P.S. sia operativo 24 ore su 24, in tutti i giorni della settimana; a Trieste lavorano così e i risultati che hanno ottenuto si spiegano anche per questo motivo. In altre zone d'Italia i servizi territoriali sono aperti per sole 12 ore nei giorni feriali, o ancora meno, in alcune zone non lavorano il sabato, e questo si ripercuote negativamente sul lavoro.

Far funzionare i C.A.P.S. 24 ore su 24 ha chiaramente dei costi superiori; questo significa che si deve gradualmente ridurre l'impegno economico verso il manicomio e spostarlo nel territorio, trasferendovi risorse, operatori, medici, infermieri e pazienti.

La legge 180 non prevedeva esplicitamente la rete delle strutture intermedie e per questo motivo non tutte le regioni le hanno realizzate. A distanza di circa 15 anni, nel 1994, venne approvato il primo progetto-obiettivo per la salute mentale, con l'intento di migliorare l'applicazione della legge su tutto il territorio nazionale. Poiché nemmeno il progetto-obiettivo venne applicato, nel 1999 fu emanato un secondo progetto-obiettivo. Lo strumento legislativo utilizzato, il Decreto del Presidente della Repubblica invece di una legge parlamentare, non si è dimostrato vincolante per molte regioni che hanno continuato a non applicare la legge 180 e i successivi progetti-obiettivo.

Vediamo meglio la rete delle strutture che debbono assicurare nel territorio l'assistenza psichiatrica:

1) Il reparto di psichiatria nell'ospedale generale (in Italia si chiama Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) effettua ricoveri volontari o obbligatori per i pazienti psichiatrici in fase acuta.

La legge 180 ha previsto la creazione di piccoli reparti, 10-15 posti letto, per evitare di ricreare in ospedale generale dei grossi reparti psichiatrici che potessero diventare nuove istituzioni totali; in alcune province si è preferito, invece, creare dei posti letto psichiatrici presso gli altri reparti dell'ospedale (neurologia, psichiatria). Il rapporto rispetto alla popolazione è stato indicato in Italia nella misura di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti.

Non esiste la soluzione perfetta, ciascuna ha aspetti positivi e negativi.

Con un reparto autonomo c'è effettivamente il rischio di creare una nuova istituzione, sia pure di dimensioni ridotte; se il reparto è fortemente integrato con il territorio, con il C.A.P.S., questo rischio è minore. In pratica se ogni ricovero viene filtrato dal C.A.P.S., se di ogni ricovero viene data immediata comunicazione al C.A.P.S. che si fa carico immediatamente del paziente, il rischio istituzionale è minore.

La soluzione dei posti letto psichiatrici è valida, ma c'è il rischio di non poter seguire adeguatamente il paziente che abbia anche patologie fisiche, poiché viene a mancare un punto unitario di coordinamento e di riferimento del paziente, a meno che questo ruolo non sia assunto dal C.A.P.S.; un paziente difficile, però, può assorbire in quel momento tutte le risorse del territorio che si vedrebbe costretto a trascurare gli altri pazienti per il caso più difficile.

È possibile anche una soluzione mista, con un piccolo reparto ospedaliero e posti letto psichiatrici all'interno del C.A.P.S.; nel reparto ospedaliero andrebbero ricoverati i pazienti che hanno anche delle patologie fisiche, in maniera da poterlo curare meglio, e nei posti letto al CAPS i pazienti meno impegnativi dal punto di vista internistico.

La legge italiana non ha previsto la creazione di unità di cura, all'interno dei reparti psichiatrici o all'interno di altri reparti, per specifici problemi psichiatrici la cui incidenza in Europa va aumentando e non trova risposte adeguate nel settore pubblico.

Mi riferisco a disturbi depressivi, ossessivi, dell'ampia area psicosomatica, o dei disturbi somatoformi, che nel loro decorso possono richiedere una ospedalizzazione. È difficile per questi pazienti convivere con pazienti schizofrenici o comunque psicotici, frequentemente agitati, a volte aggressivi e violenti; credo che in una prospettiva di rinnovamento dell'assistenza bisogna predisporre servizi anche per queste persone che hanno diritto di curarsi in ambienti idonei.

2) L'assistenza domiciliare è un modo di lavorare del C.A.P.S., quindi una struttura organizzativa, non una struttura fisica. È rivolta in particolare ai pazienti gravi che in questo modo vengono seguiti nel loro domicilio evitando la istituzionalizzazione. Viene svolta da tutta l'équipe secondo dei programmi mensili di assistenza che prevedono la frequenza delle visite domiciliari, gli operatori interessati, ecc.

Negli anni dal 1987 al 1989 ho lavorato in un C.S.M. che svolgeva l'assistenza domiciliare con regolarità; in quel territorio avevamo pochissimi pazienti ancora ricoverati in manicomio, pochi ricoveri e pochissimi T.S.O.

Questo stile di lavoro inoltre avvicina la famiglia alla struttura psichiatrica, poiché la famiglia si rende conto che in caso di bisogno c'è sempre una équipe specialistica pronta ad intervenire, a curare il proprio congiunto, a ricoverarlo se necessario. In questo modo le famiglie non si sentono sole di fronte al problema psichiatrico del proprio congiunto.

L'assistenza domiciliare deve caratterizzare lo stile di lavoro specifico del C.A.P.S., proiettato verso il territorio; usando una metafora, si può dire che la sede di servizio, di lavoro, degli operatori del C.A.P.S., non è l'ufficio ma è il territorio, non sono le stanze del C.A.P.S. ma sono le case dei pazienti, le strade, i luoghi di lavoro e di svago.

3) La casa famiglia, o casa alloggio, o con altre denominazioni, è la struttura, o le strutture residenziali per accogliere pazienti gravi, che non sono in grado di vivere da soli, che vengono rifiutati dalla famiglia o non hanno una famiglia in grado di accoglierli. In Italia è previsto un numero di utenti per ogni casa famiglia da 12 ad un massimo di 20. Questo per non riprodurre grosse strutture di accoglienza che diventano difficili da gestire nello spirito di un rapporto molto stretto tra operatori e pazienti. Come operatori, per le case famiglia sono previsti infermieri psichiatrici ed educatori professionali; gli educatori sono figure professionali che hanno il compito di guidare i pazienti verso percorsi riabilitativi e di

inserimento sociale. I progetti riabilitativi vengono preparati dagli operatori del C.A.P.S. e dagli operatori della struttura e verificati periodicamente.

La tipologia dei pazienti accolti è varia. In Italia queste strutture sono state differenziate in base al diverso impegno assistenziale richiesto dai pazienti ospitati; è chiaro che pazienti giovani, autonomi, hanno bisogni assistenziali diversi di pazienti più gravemente deteriorati.

La presenza numerica di operatori all'interno della casa famiglia dipenderà dai livelli di autonomia dei pazienti, con presenza per le 12 ore diurne o anche nelle ore notturne. Nelle strutture che abbiamo in Italia la presenza degli operatori è di solito per 24 ore.

Il numero di posti letto per le case famiglia è stato fissato nella misura di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti.

La durata della permanenza nella struttura, teoricamente, dovrebbe essere di alcuni anni, necessari a realizzare il progetto riabilitativo che consenta al paziente di raggiungere dei buoni livelli di autonomia; l'uscita dalla casa famiglia può essere verso una soluzione abitativa completamente autonoma o verso quelli che chiamiamo gruppo-appartamento, cioè una casa in cui vivono 3-4 pazienti abbastanza autonomi, con assistenza minima da parte del CAPS.

Vi sono alcuni pazienti che non raggiungono l'autonomia e che rischiano di restare in casa famiglia per tutta la vita; per questo tipo di pazienti può essere utile pensare a soluzioni diverse, del tipo case di riposo, comunità protette, residenze sanitarie assistenziali, ecc.

Nel 1980 realizzai a Nardò, in provincia di Lecce, la prima casa famiglia della provincia; è stata un'esperienza molto interessante. La casa accolse circa 12 pazienti gravi che furono dimessi dal manicomio; vi furono degli inevitabili problemi di adattamento dei pazienti alla nuova realtà, ma anche di adattamento del paese a queste persone che tornavano dal manicomio dopo 20-30 anni. Vi lascio le relazioni che svolgemmo in occasione del primo anniversario della casa famiglia, sono interessanti, soprattutto quella degli infermieri psichiatrici.

4) Il day-hospital può essere realizzato in ospedale o nel C.A.P.S.; io preferisco la seconda soluzione, cioè all'interno del C.A.P.S. che può così allargare il ventaglio della sua offerta assistenziale.

Il numero di posti letto nel day-hospital in Italia non è stato determinato, quindi non ci sono degli standard nazionali. Penso che una buona gestione si possa avere con 15-20 posti letto; i posti letto in day-hospital non sono aggiuntivi a quelli del reparto ospedaliero ma sono compresi nello stesso rapporto di 1 a 10.000: in Italia si è previsto che ogni 10.000 abitanti ci sia un posto letto per pazienti acuti, o residenziale o in day-hospital.

5) Il centro diurno è una struttura semiresidenziale, che funziona per 8-10 ore al giorno; è un luogo di incontro dei pazienti che vi hanno la possibilità di svolgere varie attività ricreative e di svago; può anche essere la sede in cui iniziare delle attività di espressione artistica (disegno, pittura, lavorazioni artigianali), di espressione corporea (danza-terapia, musico-terapia, teatro-terapia, ecc.).

Operatori per il centro diurno sono soprattutto psicologi, assistenti sociali, educatori, ma anche artigiani, artisti, musicisti; si tratta di dare a ciascun paziente la possibilità di esprimersi, di esprimere il suo disagio, le sue emozioni, di poterle controllare nell'ambiente sociale in cui vive.

6) Il laboratorio protetto è una struttura di apprendistato e di lavoro destinata a pazienti che sono a buon punto del loro percorso riabilitativo, che hanno dimostrato concrete capacità lavorative e che possono quindi impegnarsi gradualmente in un lavoro produttivo. Il laboratorio protetto può essere anche la sede della costituzione di cooperative sociali che favoriscano il successivo concreto inserimento lavorativo dei pazienti.

7) L'aiuto economico è necessario, sia come supporto al paziente per favorire la deospedalizzazione, sia come aiuto economico alla famiglia che riaccoglie il paziente; si può anche pensare a riconvertire una parte di questo aiuto economico in servizi forniti dalla collettività al paziente e alla famiglia, impegnando in questo modo cooperative di giovani. Un esempio di progetti di questo tipo potrebbero essere dei servizi di accompagnamento dei pazienti in passeggiate con varie finalità, turistiche, culturali, ecc., oppure la organizzazione di escursioni, gite, vacanze, ecc.

8) L'inserimento lavorativo è in un certo senso la fase finale del lavoro di riabilitazione psichiatrica e di reinserimento sociale; non è possibile prevedere all'inizio quanti pazienti potranno completare il percorso, alcuni non ce la faranno, si fermeranno a metà strada. In ogni caso vale sempre la pena di lavorare avendo presente questo obiettivo finale.

Ho portato un articolo di giornale sul lavoro di alcune cooperative in Italia che dimostra che un inserimento lavorativo è possibile per molti dei nostri pazienti.

9) Il manicomio è destinato gradualmente a scomparire; questo fatto non deve distogliere gli operatori dall'impegno assistenziale per i pazienti ancora ricoverati.

In Italia per molti anni non si sono fatti interventi nei manicomi, nella convinzione che la legge potesse venire modificata; solo nel 1994, con il primo progetto-obiettivo, furono fornite delle indicazioni sulle modalità concrete di superamento dei manicomi, per molti anni tutto è stato affidato allo spontaneismo delle amministrazioni locali. In molti casi la riduzione del numero dei pazienti ricoverati non è avvenuta per le attività di deospedalizzazione svolte, ma per cause naturali, cioè perché i pazienti più anziani o quelli con patologie internistiche gravi, morivano in manicomio.

In alcune regioni le varie strutture intermedie realizzate hanno consentito di poter fare a meno del manicomio; in altre, i ritardi nella realizzazione delle strutture intermedie hanno portato a continui rinvii nella data di chiusura, creando vari problemi e ritardi nella realizzazione delle strutture intermedie.

La popolazione manicomiale è varia, non comprende solo casi psichiatrici ma anche persone con altri problemi; si tratta anche di differenziare le situazioni e i bisogni assistenziali e predisporre modalità organizzative e strutturali adeguate, in maniera da alleggerire il settore psichiatrico da patologie improprie.

In Italia il primo progetto obiettivo distinse i pazienti in 3 gruppi:

a) pazienti che non hanno problemi psichiatrici ma solo problemi di handicap psico-fisico (insufficienti mentali, cerebropatici, spastici, epilettici, ecc.); non conosco la situazione in Brasile ma in Italia ve ne erano molti ricoverati per questi motivi e non per motivi strettamente psichiatrici.

b) pazienti con problemi psichiatrici ma di età avanzata, gravemente deteriorati, con quadri di patologie internistiche importanti;

c) pazienti con bisogni esclusivamente psichiatrici (psicotici cronici, di solito).

Fatta questa suddivisione si cominciarono a cercare delle soluzioni idonee per ciascun caso, soprattutto con l'obiettivo di alleggerire il settore psichiatrico dai casi non strettamente psichiatrici.

Il lavoro va svolto quindi in parallelo, all'interno del manicomio ed all'esterno; ci saranno, è ovvio, come ci sono state in Italia, resistenze al cambiamento; sta alla politica e agli amministratori far capire chiaramente che indietro non si torna e che quindi è opportuno lavorare per un futuro senza il manicomio. Senza questa chiarezza iniziale il lavoro diventa molto più difficile e le resistenze al cambiamento sempre maggiori.

Un problema pratico è quello economico; si tratta di mettere a punto dei progetti che prevedano la riconversione della spesa psichiatrica dal manicomio al territorio, senza

penalizzare i pazienti e le famiglie, ma anche senza penalizzare gli operatori; a mio parere in Italia si è dimenticato che la riforma viene realizzata concretamente dagli operatori, e questo ha creato qualche problema.

Faccio degli esempi:

A) Sono stati pochi gli infermieri disposti a trasferirsi dal manicomio ai nostri C.S.M.; questo perché con il lavoro in ospedale percepivano le indennità economiche per i turni notturni e festivi, mentre nei C.S.M., che di solito, tranne rare eccezioni, non funzionano nelle ore notturne, non percepivano questa indennità; non credo siano molti gli infermieri disposti a rinunciare ad una parte del loro stipendio. È un aspetto forse marginale, rispetto alla problematica della riforma psichiatrica, ma bisogna tenerne conto.

B) Credo che si debbano prevedere degli adeguati incentivi economici per tutti gli operatori disposti ad impegnarsi nel lavoro territoriale e di deistituzionalizzazione; incentivi legati ai progetti realizzati, al migliore funzionamento dei Servizi, alla riduzione del numero di ricoveri, al potenziamento dell'assistenza domiciliare, ecc., premiando chi lavora meglio. In Italia non si è posta la dovuta attenzione a questi aspetti contrattuali, e credo che questo fattore abbia influito negativamente sull'applicazione della legge di riforma. Non bastano gli ideali, secondo me, la gran parte degli operatori ha bisogno di incentivi concreti, tangibili.

Non prendetelo come un discorso di basso profilo, non è solo un fatto meramente economico; l'incentivo è un segnale di attenzione che l'amministrazione dà ai suoi dipendenti per indirizzarne il lavoro. La mancanza di segnali di questo tipo è controproducente. L'incentivo, il premio rappresenta un fattore psicologico di rinforzo del nuovo stile di lavoro.

Se manca un adeguato incentivo, se il cosiddetto "salario di produttività" (il Italia si chiama così una parte dello stipendio legata alla produttività aziendale) non viene differenziato in base al rendimento di ciascuno ma viene pagato nella stessa misura a tutti, a chi lavora e ai fannulloni, chi lavora perde gradualmente gli stimoli a fare bene il suo lavoro.

Torniamo all'organizzazione dei servizi psichiatrici.

Il tipo di organizzazione che sembra essere maggiormente efficiente per la nuova assistenza psichiatrica è quella che vede al centro dell'intervento il Servizio Territoriale, il C.A.P.S.

Le altre strutture ruotano intorno al C.A.P.S. che deve avere la possibilità di organizzarle e di controllarle; questo per evitare che, abolita la istituzione manicomiale sorgano altre nuove istituzioni psichiatriche.

Dal manicomio gli utenti possono solo uscire e non rientrare più; dalle altre strutture i pazienti possono entrare ed uscire. Tutte le ammissioni e le dimissioni da ciascuna struttura o organizzazione devono essere coordinate dal C.A.P.S.

Questi servizi dovrebbero essere organizzati e coordinati fra loro in forma dipartimentale; in Italia siamo stati più di 20 anni a discutere sulla forma che doveva avere questo famoso dipartimento di psichiatria o di salute mentale; adesso abbiamo dei dipartimenti a struttura verticale, con un direttore di dipartimento, un consiglio tecnico, una struttura fortemente burocratizzata.

Il modello che preferisco è il cosiddetto dipartimento orizzontale, che comprende anche altri servizi dell'area psico-sociale, anche non strettamente psichiatrici; in un dipartimento orizzontale sono favoriti gli scambi tra le varie professionalità presenti nei vari servizi e questo è fonte di arricchimento reciproco, per la psichiatria e per le altre discipline.

Il dipartimento verticale, chiuso agli scambi inter-culturali, composto solo dalle strutture psichiatriche, rischia di divenire una nuova istituzione, e a volte funziona utilizzando alcuni meccanismi delle istituzioni totali.

Per riprendere Basaglia, l'operatore psichiatrico che subisce delle relazioni di potere tenderà a ripeterle, nel suo lavoro, con i pazienti, perpetuando l'esclusione; una buona pratica

psichiatrica non è compatibile con meccanismi istituzionali rigidi. Credo che occorra trovare una soluzione organizzativa compatibile con una buona amministrazione dei servizi e con una buona pratica psichiatrica anti-istituzionale.

A psiquiatria italiana após a reforma

Di recente, a maggio 2003, è stata svolta in Italia una indagine statistica sullo stato dell'assistenza psichiatrica (9); è stata svolta sotto forma di intervista telefonica ad un campione della popolazione italiana selezionato dalla Doxa, che è un istituto di statistica italiano; tutto il lavoro può essere trovata sul sito della Doxa:

<http://www.doxa.it/italiano/nuoveindagini/salutementale.pdf>

Da questa indagine è emerso che vi è una discreta percentuale di italiani favorevole alla riapertura dei manicomi, il 43,3%.

Questo dato contrasta in maniera evidente con un altro; alla domanda sulla possibilità di curare le malattie mentali senza ricovero, la maggioranza degli intervistati (51,9%) ha risposto che questo è possibile spesso o addirittura sempre.

Sembrerebbe che chi è ancora favorevole alla riapertura dei manicomi lo è non perché ritenga che le malattie mentali debbano essere curate in manicomio, ma per altri motivi che probabilmente hanno poco a che fare con la psichiatria, forse fenomeni di marginalità sociale, non ho la risposta.

È possibile che la risposta sia anche in relazione a carenze nell'assistenza psichiatrica che vengono avvertite dall'opinione pubblica.

Le carenze nell'assistenza psichiatrica indicate nell'intervista sono le seguenti:

a) scarsa attenzione per alcune patologie	36,5%
b) scarsità di posti letto ospedalieri	29,3%
c) insufficiente attività territoriale	15,4%
d) scarsità di residenze per cronici	11,4%
e) non so	7,4%

Sono questi effettivamente gli aspetti che possono creare nell'opinione pubblica delle resistenze alla riforma dell'assistenza psichiatrica.

In Italia, soprattutto in alcune zone, non solo nel sud Italia, le famiglie sono state lasciate sole, i pazienti abbandonati dalle strutture di assistenza; la percezione di queste difficoltà ha portato varie forze politiche a proporre delle modifiche alla legge 180.

I giudizi negativi sull'assistenza psichiatrica in Italia vengono forniti dal 51,5% degli intervistati, mentre dà giudizi positivi solo il 31,0% degli intervistati.

I dati indicano poi che la maggioranza dei giudizi negativi si ha nell'Italia del sud (63,3%) dove maggiori sono le carenze di servizi, di strutture, di personale e di risorse economiche.

Per le esperienze psichiatriche più avanzate (Trieste, Arezzo, Bologna) la legge 180 ha rappresentato il punto di arrivo del lavoro anti-istituzionale e territoriale iniziato molti anni prima; per il resto dell'Italia era il punto di partenza del rinnovamento assistenziale; alla legge avrebbero dovuto fare seguito, a mio parere, degli atti parlamentari che ne rendessero possibile e obbligatoria l'applicazione su tutto il territorio nazionale. Applicazione non solo per gli aspetti di rinnovamento espressamente indicati nella legge, perché per quegli aspetti è stata applicata, ma per quanto la legge lasciava intravedere (il nuovo stile di lavoro) ma non

indicava esplicitamente: l'organizzazione dipartimentale dei servizi, la realizzazione obbligatoria per ogni Unità Sanitaria Locale delle strutture intermedie necessarie, della rete assistenziale precedentemente indicata.

Spero di avervi fornito un panorama ampio sull'assistenza psichiatrica in Italia, sul movimento di Psichiatria Democratica e su Franco Basaglia, e spero di non avervi annoiati.

Vorrei chiudere con una frase di Basaglia:

"Abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile. Dieci, quindici, vent'anni fa era impensabile che un manicomio potesse essere distrutto. Magari i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so, ma ad ogni modo noi abbiamo dimostrato che si può assistere la persona folle in un altro modo: ora si sa cosa si può fare".

E con un'altra frase di un filosofo, Umberto Galimberti, docente proprio in quella Università di Padova dove si è formato Franco Basaglia:

"Abbiamo chiuso i manicomi e con questa legge ci siamo lavati la coscienza di una vergogna sociale, ma non abbiamo fatto un solo passo innanzi nella direzione indicata da Basaglia, perché il rapporto tra medico e paziente non è diventato un rapporto intersoggettivo, ma è stato ulteriormente oggettivato da quel mix di statistica e farmacologia che ha imprigionato i folli, liberati dal manicomio, nel chiuso del loro organismo".

NOTA BIBLIOGRAFICA

1. Basaglia F (a cura di): *L'istituzione negata*. Einaudi, 1968, 7^a Ed. 1974.
2. Viganò C: *Basaglia con Lacan*. La Psicoanalisi, 25, 1999.
3. Goffman E: *Asylum*. Einaudi, 1974.
4. Curcio R, Valentino N: Seminario "Reclusione e risorse" - Prima relazione Organizzato dalla Cooperativa Sensibili alle Foglie.
<http://www.comune.torino.it/cultura/intercultura/8/8b10.htm>
5. AA VV: "La pratica della follia – Atti del 1° convegno nazionale di Psichiatria Democratica". Ed Centro Internazionale di Studi e Ricerche, Venezia, 1975.
6. Orsini B: *Vent'anni dopo*. Psychiatry On Line Italia - SPECIALE 180
<http://www.psychiatryonline.it/ital/180/bruno.htm>
7. *Atti della Commissione Igiene e Sanità della Camera*. Psychiatry On Line Italia - SPECIALE 180. <http://www.psychiatryonline.it/ital/180/atti.htm>
8. Mazzeo A: *L'assistenza psichiatrica nella provincia di Lecce prima e dopo la legge n° 180 del 13-5-1978*. Folya Neuropsichiatrica, XXIV, I – II: 225-245, 1981.
http://woomer.virgilio.it/andreamazzeo/ass_psi1.htm
9. La riforma psichiatrica
10. Istituto Doxa: *Indagine sulla salute mentale in Italia*. Maggio 2003.
<http://www.doxa.it/italiano/nuoveindagini/salutementale.pdf>

INDIRIZZI INTERNET DI ALTRI LAVORI:

http://www.andreamazzeo.it/ass_psi1.htm

http://www.andreamazzeo.it/ass_psi2.htm

<http://www.andreamazzeo.it/lavenia.htm>