

# In Europa è finalmente diminuita la popolazione internata negli ospedali psichiatrici

La psichiatria sta attraversando a livello europeo un interessante momento di revisione critica dei propri strumenti tradizionali di lavoro e di ricerca di un nuovo stile di intervento sul disagio psichico. Un dato a questo proposito è molto significativo: la riduzione su scala europea della popolazione internata negli ospedali psichiatrici.

## Il manicomio è stato sconfitto? Certo lo hanno costretto a segnare il passo

Anche in quelle nazioni in cui vigono leggi arretrate vince la linea della riduzione di questi ghetti disumani

Anche se questo dato non sempre si accompagna nei diversi Paesi con operazioni di smantellamento del vecchio manicomio, si registra comunque una tendenza, presente invece come dato comune, alla riduzione drastica del ruolo, funzione e significato dell'ospedale psichiatrico. La riduzione che in alcune nazioni, come l'Italia, si associa alla vera e propria chiusura del manicomio.

Quali sono dunque le caratteristiche più interessanti che emergono da questo nuovo orientamento in psichiatria? Anzitutto il ricorso sempre meno frequente al ricovero coatto; la quasi totalità dei degenzi psichiatrici accedono volontariamente ai servizi di diagnosi e cura oppure alle sezioni e/o reparti psichiatrici situati nell'ospedale generale. Si tende ad evitare l'uso dell'ospedale psichiatrico per la fase dei ricoveri brevi. Anche in quelle nazioni dove leggi antiche, che andrebbero modificate, prevedono ancora un ospedale psichiatrico esiste una linea tecnico-pratica che lotta per la riduzione dei grandi ospedali psichiatrici. Questo processo viene concretizzato mediante la creazione di servizi residenziali e diurni, di pensionati per malati psichici, clubs, associazioni in grado di seguire ed accogliere i pazienti, soprattutto quelli lungo-assistiti.

In secondo luogo, l'allestimento di un'assistenza a portata di mano (cioè nei posti di

lavoro, nei vari ambiti di socializzazione, in famiglia. Tale forma di assistenza in genere è più facilmente attuabile in zone metropolitane) e la costruzione di un modello assistenziale completo, tale cioè che possa rispondere alle differenti esigenze dei vari gruppi di pazienti. Spesso infatti ciò che può andare bene per gli adulti non è assolutamente sufficiente per gli anziani ed i bambini.

In terzo luogo un'attenzione particolare per quel piccolo numero di pazienti che dopo le terapie fatte nel breve periodo non possono rientrare in famiglia ed hanno bisogno di stare in piccole aree residenziali come i gruppi-famiglia, le comunità-alloggio. Per questi pazienti lungo-degenzi sono previsti non inviti nei vecchi e fatiscenti «cronici» ma

la permanenza in piccole strutture protette, decentrate sul territorio, seguite direttamente dai servizi psichiatrici territoriali, i quali garantiscono tutte le cure e le attenzioni socio-sanitarie.

In quarto luogo il decentramento dei servizi nel territorio. Anche se ancora gli interventi sanitari costituiscono la parte preponderante nell'insieme dei servizi psichiatrici per malati mentali, si sta affermando (e sta avendo un forte impulso) un orientamento di maggiore flessibilità negli interventi sino ad allargarli verso le aree educative e sociali.

Infine l'istituzione di gruppi multidisciplinari di lavoro che esplicano la propria attività sia a livello di servizio di diagnosi e cura, o di ospedale psichiatrico o infine di ripar-

to psichiatrico in ospedale civile ma anche a livello di ambulatorio e di extra-ambulatorio, intervenendo a domicilio del paziente.

Nonostante che si riscontrino nelle attività ambulatoriali la prevalenza del modello clinico e della cura psicologica sulla prevenzione e la analisi della dimensione sociale, esse sono ritenute da tutti uno strumento indispensabile per avvicinare il malato al proprio contesto socio-ambientale e culturale.

Tutte queste operazioni di tendenziale superamento del manicomio sono incorporate dentro un progetto di integrazione della psichiatria nella medicina, dalla quale per secoli è stata esclusa, e dei servizi psichiatrici nei servizi socio-sanitari, dai quali vecchie e borboniche legislazioni li hanno tenuti separati.



### Milano

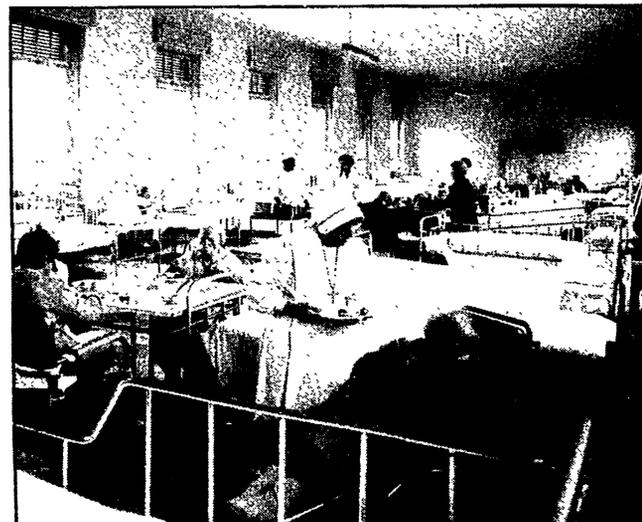
## Dal cronico alla casa albergo o comunità alloggio

A Milano l'applicazione della legge 180, dopo due anni di intensa attività, sta producendo una situazione che può essere così rappresentata.

Attualmente risultano ricoverate nelle aree residue degli ospedali psichiatrici pubblici 889 persone rispetto alle oltre tremila del 1977. Un intero ospedale psichiatrico è stato chiuso; gli spazi deprecaturizzati sono stati destinati ad aree scolastiche (oltre quattromila posti alunni), a centri socio-educativi, a normali presidi sanitari.

Tutti i servizi di diagnosi e cura preventivi sono stati aperti e i loro organi sono quasi tutti al completo, anche se esiste la necessità di una loro revisione profonda che tenga conto non dei minuti di assistenza o dei posti letto, ma dell'area territoriale servita e dei bisogni psichiatrici rilevati.

Gli inviti nei cronici convenzionati sono stati bloccati e la popolazione di queste strutture è passata da 2.715 nel 1975 a 1.842 nel 1980. Ciò ha comportato che tutti i lungo-assistiti dimessi siano stati sistemati in case albergo, in comunità alloggio, in grup-



Due immagini, qui e in alto, di un cronico per malati mentali. L'augurio è che tutto questo non sopravviva che negli archivi storici.

pi famiglia oppure in minilocali messi a disposizione dall'Istituto case popolari. Contemporaneamente è stata realizzata un'efficace inversione di tendenza nell'uso dei sussidi economici a sostegno del processo di integrazione sociale delle persone dimesse; le risorse finanziarie destinate a questa attività sono passate dai 500 milioni del 1975 ai 1.400 milioni del 1979; essa interessa complessivamente 1.033 persone rispetto alle 574 del 1975 e viene finalizzata a sostegno di un preciso progetto socio-educativo più che a una pura e semplice o-

pera di sostegno materiale.

Su tutte le 40 zone della provincia di Milano sono funzionanti le équipes psico-sociali con un organico di operatori che, pur essendo a prevalente componente sanitaria, si sta aprendo verso l'inserimento di nuovi operatori (educatori, animatori ecc.). È questa una modificazione importante per superare il modello tradizionale di intervento e per allontanare il manicomio dalla mente degli operatori e della popolazione.

Sono stati previsti e realizzati due ambiti di sostegno tecnico-scientifico per l'ag-

giornamento permanente degli oltre mille operatori che attualmente sono dislocati nei vari servizi psichiatrici territoriali: il Centro di psicologia clinica e il Centro studi e ricerche sui problemi della devianza e dell'emarginazione. Entrambi questi servizi sono collegati con analoghe realtà di altre province italiane e frequentemente con quelle di altri Paesi europei. Nei fatti quindi l'insieme di queste attività documenta la consistenza dell'irreversibilità del meccanismo di trasformazione innescato dalla legge 180 e la complessità dei mutamenti indotti.

## Roma: il megaospedale non serve per guarire l'ammalato mentale

È utile vedere da vicino qual è la situazione a Roma, due anni dopo l'applicazione della 180. Nel maggio 1978, data di entrata in vigore della legge che abolisce i manicomi, risultavano ricoverati nei vari ospedali psichiatrici 3016 cittadini, all'aprile del 1980 essi erano scesi a 2595. Nel 1977 c'era una prevalenza dei ricoveri coatti, circa 2266 persone venivano ricoverate obbligatoriamente dai vari organismi giuridico-polizieschi, questa forma di ricovero ha avuto un calo brusco collocandosi su 364.

È molto interessante sapere che non c'è stato un aumento di ricoveri molto significativo nelle cliniche private;

nelle 19 cliniche private infatti che agiscono su tutto il territorio della provincia romana i ricoveri nel 1977 erano di 10921 al 1978 arriva a 11.052. Dal momento in cui sono stati istituiti i servizi di diagnosi e cura abbiamo una degenza media di 9,5 giorni in questi nuovi presidi sanitari, mentre è di 23 giorni quella presente negli ospedali psichiatrici; così le dimissioni entro i 15 giorni di ricovero avvengono con maggiore frequenza nei servizi di diagnosi e cura (l'83%) che nell'ospedale psichiatrico (il 42%).

Ciò documenta come la megastruuttura ospedaliera è controindicata per il trattamento del malato mentale e va

superata. Questo superamento però comporta per la realtà pubblica romana la sistemazione dei problemi clinico-assistenziali di 1097 persone. Gli 889 hanno potuto godere di una sistemazione adeguata mediante un'accorta politica di integrazione economico-finanziaria; altri 60 lavorano in una cooperativa edilizia e svolgono una normale vita sociale.

È in corso infine da parte della Provincia un diverso utilizzo dello spazio deprecaturizzato mediante la realizzazione di aree riservate agli ospiti, agli anziani, agli handicappati.

Le iniziative poi di riorganizzazione del malato mentale che partono dall'

ospedale trovano una loro naturale continuazione nel territorio mediante il loro inserimento nelle attività e nei programmi culturali e ricreativi presenti nelle varie zone del decentramento.

Infine su 20 unità sanitarie locali, già 12 hanno il servizio di salute mentale che funziona a pieno ritmo nel territorio. Questo permette la concretizzazione di progetti integrati e coordinati nell'uso delle risorse che spazia dall'assistenza domiciliare, alle cooperative di lavoro, alla gestione delle crisi, alle case albergo, agli interventi di emergenza al fine di prevenire nuove forme di emarginazione e segregazione.

## Soprattutto tanti anziani ricoverati ad Amsterdam

Nella città di Amsterdam non esistono ospedali psichiatrici; questo è un punto di vanaggio rispetto alle altre metropoli che si trovano a gestire a volte vecchi, fatiscenti, e giganteschi manicomi. Ma anche qui come nel resto della città europea la realtà è molto complessa e contraddittoria. Vi sono infatti tre reparti di psichiatria in altrettanti ospedali generali, per un numero complessivo di 342 posti letto; a questi vanno aggiunti dei centri diurni dove possono essere accolte 100 persone, un centro di pronto intervento con una capacità di 13 posti letto, tre case di cura private per 374 posti letto ed una clinica per tossicomani ed estititi che accoglie 100 persone.

Completivamente Am-

sterdam dispone di 1400 posti letto psichiatrici, molti di più, per fare un confronto, di quelli di cui dispongono le città di Roma e di Milano messe assieme.

Ma il dato più interessante è costituito dal fatto che gli utenti delle strutture psichiatriche, soprattutto di quelle fuori porta, sono rappresentati dagli anziani; in media dai 500 ai 700 anziani entrano negli ospedali psichiatrici ogni anno.

Ciò spiega perché la durata media dei ricoveri è

così elevata: essa non è legata alla rarità e complessività delle forme patologiche, bensì alle difficoltà socio-ambientali ed esistenziali dell'individuo. Infatti il 57% dei ricoverati ha alle spalle una degenza media superiore a 10 anni; il 26% si colloca tra un anno e dieci anni in quanto a permanenza nell'ospedale psichiatrico e soltanto il 17% dei pazienti ha avuto il ricovero nel corso dell'anno.

Ma anche ad Amsterdam vi sono alcune importanti novità che sono rappresentate

dai fatti che si incomincia a rafforzare un movimento di ex psichiatricizzati con l'obiettivo di mettere in discussione la nocività dell'ospedale psichiatrico e l'urgenza di avere un'assistenza a portata di mano, più vicina alla realtà in cui l'individuo vive e lavora.

In questa direzione infatti si sta muovendo il Comune di Amsterdam il quale in piccole zone di circa 20 mila abitanti ha iniziato a promove-

re un'attività di decentramento dell'intervento psichiatrico. Tale attività non è separata e disgiunta da quella sanitaria ma con essa è integrata e coordinata. Da qui nasce l'impulso alla costruzione delle équipes socio-sanitarie territoriali per la gestione anche delle patologie comportamentali e l'elaborazione di progetti e programmi di intervento che facciano della prevenzione della devianza ed emarginazione un punto qualificante di lavoro. Ma non è da sottovalutare la difficoltà del lavoro se in modo del tutto discutibile la stessa città di Amsterdam vara la costruzione di un nuovo ospedale psichiatrico. Da qui l'esigenza di avere a livello europeo delle direttive omogenee per tutti i Paesi.

## In Francia psichiatria in crisi

La Francia già fin dagli anni 60 si era dotata di una nuova legislazione psichiatrica che prevedeva un'organizzazione dei servizi per settori geografici, ma solo negli anni 70 si è potuto dare concreta applicazione.

Parigi, una realtà di 10 milioni di abitanti che soffre di tutti i problemi collegati con il gigantismo delle metropoli, è divisa in 38 settori ognuno dei quali ha in media una popolazione di 50 mila abitanti. In ogni settore esiste un ambulatorio psichiatrico. Qui opera una équipe medico-sociale che gestisce direttamente 100 posti letto, effettua le visite ambulatoriali e si trasferisce a domicilio del paziente. Essa interviene non solo sui disturbi psichiatrici ma anche sui disturbi della personalità e

del comportamento collegati alla piaga dell'alcolismo ed alla diffusione preoccupante delle tossomanie. Attenzione particolare viene riposta anche per i problemi relativi alla gestione e trattamento degli psicotici.

È presente inoltre all'interno della rete psichiatrica metropolitana un settore riservato ai problemi dei bambini e dei giovani per ogni 3 settori di psichiatria adulta. Un assurdo organizzativo questo che ha incrinato fortemente la primitiva validità della pratica di settore e che ripropone piramidalmente il modello manicomiale. I servizi territoriali si completano con ospedali diurni, laboratori terapeutici, centri di riabilitazione che hanno il compito di tenere il più possibile il malato nel proprio conte-

sto ambientale anche se il carattere quasi esclusivamente clinico di queste iniziative ne condiziona in maniera determinante la sua collocazione nei normali contesti esistenziali.

Esistono poi due specifiche organizzazioni che operano 24 ore su 24 per rispondere ai vari problemi di emergenza; la prima è il Centro di orientamento che accoglie e smista i pazienti verso il proprio settore di competenza; la seconda è un'infirmeria che prende in carico i pazienti portati dalla polizia.

Ma si sta verificando un altro preoccupante fenomeno: contestualmente alla drastica riduzione dei posti letto negli ospedali generali la psichiatria sta invadendo gli spazi liberi ottenuti con una accorta politica di utilizzo appropriato delle risorse ospedaliere: ciò rischia di riproporre all'interno del grande ospedale generale il vecchio modello manicomiale.

In sintesi l'ideologia di settore non ha superato l'ospedale psichiatrico, né trasformato, ma lo ricrea in altri luoghi. Da qui la crisi della psichiatria francese.

## «Mental Act»: un codice per il malato

Fin dal 1948 gli ospedali psichiatrici inglesi sono stati inseriti nella rete dei presidi socio-sanitari ed ospedalieri del sistema sanitario nazionale. Nel 1959 il governo ha pubblicato il Mental Act che introduce nuovi principi e criteri nel trattamento del malato mentale.

Essi possono essere così sintetizzati:

a) difesa dei diritti del malato. In virtù di questo princi-

pio bisogna evitare che si facciano interventi sul malato mentale senza il suo consenso. Pochi sono infatti gli interventi obbligatori;

b) uguaglianza di trattamento. In base a questa direttiva il trattamento della malattia mentale deve essere messo sullo stesso livello di una qualsiasi altra malattia. La malattia mentale cioè è una malattia come un'altra. La legge si sofferma molto

sulla ulteriore difesa dei diritti di quella piccola percentuale di ricoveri coatti. Per questa forma di intervento è previsto: 1) un breve periodo di osservazione; 2) un ricovero a lungo termine per le varie terapie; 3) un'assistenza in fase di reinserimento sociale.

Su un piano più complessivo si deve dire che esiste un'assistenza al malato mentale erogata a livello locale; infat-

ti molti medici generici vedono più pazienti di quanti spesso ne vede lo psichiatra e preferiscono gestire questo tipo di sofferenza nel contesto in cui l'osservano piuttosto che inviarla allo specialista. C'è da dire che il personale specialistico non è molto numeroso: per esempio vi sono 1500 infermieri psichiatrici in tutta l'Inghilterra e questa esigua risorsa, pur facendo parte di un organico dell'

équipe specialistica ospedaliera, è stata esclusivamente per interventi all'esterno dell'ospedale.

Discreta è la rete delle strutture diurne dove viene fornita un'assistenza a circa 3700 persone. Vi sono poi su tutto il territorio 200 distretti sanitari; in metà di questi esistono reparti psichiatrici dentro gli ospedali generali.

Ma quello che preoccupa molto i tecnici e gli amministratori è il fatto che vi sono ancora 100 ospedali psichiatrici, i cui costi di gestione sono salenamente più elevati che in un'equivalente ricovero nell'assistenza. In questi ospedali nel 1955 erano rivo-

verate 140 mila persone oggi soltanto 65 mila, di cui 30 mila con una durata media di degenza che va da 10 a 50 anni. Da qui nasce la necessità di chiudere molti ospedali per liberare le risorse sufficienti all'ammendamento dei servizi alle persone.

Molte persone dimesse infatti sono sistemate in case protette, in piccoli appartamenti, in gruppi di ex pazienti che vivono assieme in normali appartamenti.

Servizi e schede a cura di GIUSEPPE DE LUCA

Un disco d'amore, amore per la vita.

**grand' amore**

con  
**Fred Bongusto**  
**Adriano Celentano**  
**Drupi**  
**Pippo Franco**  
**Enzo Jannacci**  
**New Trolls**  
**Memo Remigi**  
**Rettore**  
**Dino Sarti**  
**Bobby Solo**  
**Omella Vanoni**

Una iniziativa di grande valore sociale: un nuovo LP il cui ricavato netto è destinato alla Ricerca sul Cancro. Perché oggi il 30% circa dei malati guarisce. E la ricerca continua perché le guarigioni aumentino.

Acquistando e regalando questo disco si partecipa allo studio di nuove terapie e alla installazione di nuove apparecchiature, si contribuisce fattivamente alla ricerca.

Un gesto d'amore, amore per la vita.

Realizzato con la collaborazione della Dischi Ricordi e delle Edizioni Curci

**Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro**  
 Via Durini 5 - 20122 Milano - tel. 706.786 - c/c postale 307272