

L'INCHIESTA. Viaggio nella malattia psichiatrica diciotto anni dopo la «180»: parla Agostino Pirella

Ci sono ancora ventimila «rinchiusi»

Schiavi



Gian F. For to/Contrasto

del manicomio

LILIANA ROSI

Fra sei mesi, in base alla legge Basaglia che 18 anni fa ha sancito la fine dei manicomi, tutti gli ospedali psichiatrici italiani dovranno essere dismessi. Diciotto anni sono lunghi eppure nell'imminenza di questa scadenza, per quanto molto si sia fatto per realizzare le cosiddette strutture alternative, ancora moltissimo resta da fare affinché la norma abbia la sua piena attuazione. Tra pubblici e privati sono ancora 97 i manicomi operanti in Italia. I ricoverati sono 20.000 per una media di 191 degenze per manicomio. Praticamente ogni 10.000 abitanti 3,6 cittadini sono chiusi negli ospedali psichiatrici, con una punta massima nel Nord-Est del paese dove la cifra sale al 3,9 e minima al Centro con il 2,8. È qui infatti che la riforma psichiatrica sembra aver trovato la migliore attuazione. Ma fra i degenze solo meno della metà sono dei veri malati di mente. Da un recente censimento infatti la gran parte dei pazienti «posteggiati» nei manicomi risultano essere gli anziani non autosufficienti, i portatori di handicap e i pazienti con problemi neurologici.

Ancora note negative riguardano sia il personale che marca una carenza di 5.000 operatori, sia il numero dei posti letto nei reparti psichiatrici degli ospedali, con un saldo negativo di 1.800 unità. Negli ultimi due anni, poi, il numero dei degenze è sceso circa del 14%, ma più che per effetto della legge «180», la diminuzione sembra legata alla morte naturale dei degenze che come dicevamo sono perlopiù anziani. Mediamente una giornata di ricovero negli ospedali psichiatrici costa alla Sanità pubblica circa 200.000 lire con un costo annuale di 1.500 miliardi, cioè quasi la metà della spesa che lo Stato investe nell'assistenza psichiatrica.

Questi dati sono fra quelli più macroscopici che emergono dalla ricerca condotta dall'Istituto italiano di Medicina sociale presentata ieri nel corso di una conferenza stampa a Roma e che rappresenta la prosecuzione e l'approfondimento dell'indagine relativa al 1992 sull'«Assistenza psichiatrica in Italia: la normativa e la diffusione» dei servizi sul territorio. Si tratta di una sorta di censimento delle strutture e dei servizi che assicurano l'assistenza sul territorio nazionale e che ha consentito di individuare i modelli di assistenza psichiatrica adottati in tutte le regioni. La fotografia scattata dalla ricerca fissa la situazione al 31 dicembre 1994, anno in cui il ministero della Sanità ha emanato il Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale nell'ambito del piano sanitario nazionale prevedendo progetti specifici per il superamento degli ospedali psichiatrici.

Complessivamente i Centri di salute mentale sparsi sul territorio nazionale sono 755, uno ogni 75.800 abitanti. Il che non sarebbe tanto male se la situazione fosse omogenea: il rapporto infatti da molto fa vorrebbe nel Centro Italia (un centro su 68.600 abitanti) diventa assai meno vantaggiosa nel Mezzogiorno dove il rapporto sale a 1 su 81.800 abitanti.

Se comunque in due anni il numero dei centri di igiene mentale è aumentato quantitativamente come ha rilevato Massimo Cozza, coordinatore scientifico della ricerca qualitativa della situazione e ancora carente. Uno dei motivi è la mancanza di personale che non riesce a garantire l'assistenza 24 ore su 24.

Sempre più massiccio da parte dei pazienti psichiatrici è il ricorso alle strutture cosiddette «intermedie» in particolare quelle semiresidenziali, cioè i «centri diurni» con valenza socio-riabilitativa e i day hospital collocati nei reparti psichiatrici di diagnosi e cura. In questi anni tali strutture sono cresciute in modo massiccio sia nel pubblico (più 59%) che nel privato (più 50%), soprattutto nel Mezzogiorno. Cresce anche il numero delle strutture residenziali pubbliche (case famiglia, case alloggio, gruppi famiglia, comunità protette) anche se il loro numero non è ancora in grado di coprire il fabbisogno minimo di posti con uno scarto del 21,4% dei posti letto auspicabili. Anche in questo caso la situazione è molto diversa da zona a zona del paese. Ed è ancora al Sud che è peggiore con un indice 36,8 seguito a ruota dal Nord ovest che è sotto del 35,1%, mentre il Nord e il primissimo con un più 30,1%.

La mancanza di risorse finanziarie e di personale per l'assistenza nelle strutture pubbliche impedisce a queste di espandersi, cosicché si vedono costrette a promuovere e coordinare il privato. È qui infatti che crescono i posti letto soprattutto nella veste giuridica del «privato sociale» di emanazione cooperativa, cioè a non profit. L'apporto del privato dunque rimane molto importante, il che, contraddistintamente, l'assistenza psichiatrica rispetto agli altri settori della sanità dove la disponibilità dei posti letto è soprattutto pubblica. Ed è al Sud e nelle isole che il privato ha la sua espansione maggiore per numero di posti letto: al contrario del Nord est che ha la maggioranza dei posti letto per la psichiatria nelle strutture pubbliche.

«La legge è stata violata senza dirlo e i pazienti continuano ad andare nei manicomi». Parla Agostino Pirella, presidente di Psichiatria Democratica e traccia un quadro a tinte fosche 18 anni dopo il varo della legge 180. «In Italia c'è stata un'illusione legislativa e mancata la volontà e la capacità di rinnovarsi, di trovare nuovi moduli organizzativi, non ci sono state risorse finanziarie per costruire le alternative al manicomio».

CRISTIANA PULCINELLI

«Cosa sta succedendo alla psichiatria? Nessuno ne vuole discutere. Sembra quasi che ci sia la volontà di ignorare le novità teoriche. Dipenderà dal fatto che l'informazione ha la necessità di essere semplificata. Me lo sono domandato spesso. In questa situazione mi sembra un miracolo che alcuni di noi siano riusciti a mantenere delle posizioni di fermezza. La realtà è che in tutta Italia la legge è stata violata senza dirlo. E i pazienti continuano ad andare nei manicomi. Un giudizio duro quello di Agostino Pirella, oggi docente di epidemiologia dei disturbi psichici a Torino e presidente di Psichiatria democratica, anni fa uno dei protagonisti della rivoluzione guidata da Franco Basaglia.

Professor Pirella, cosa c'era dietro il tentativo di superare la psichiatria istituzionale?

Prima di tutto c'era la crisi del paradigma manicomiale. La soluzione manicomiale inventata nell'800 ha da minato fino alla fine della seconda guerra mondiale. Poi ha cominciato a perdere colpi.

Perché?

Perché non era più conveniente. Ci si cominciò ad accorgere che gli ospedali psichiatrici erano costosi e non davano risultati positivi, anzi portavano alla cronicizzazione dei disturbi. A questa motivazione prettamente economica se ne aggiunse un'altra: con il crescere delle demen-

te nacque una nuova sensibilità verso i diritti dei pazienti. Durante la prima metà del secolo si erano diffuse cure lesive della personalità come la lobotomia e trattamenti shock che una volta caduti i fascismi cominciarono ad essere criticati. Contemporaneamente arrivò la scoperta di nuovi approcci teorici, dalla psichiatria comunitaria alle esperienze di psicoterapia delle psicosi.

Cosa si intende con metodo manicomiale?

Quando si identifica un paziente bisognava ricoverarlo per curarlo, questo è il metodo manicomiale. Nell'800 si diceva che l'isolamento e terapeutico. Ancora oggi, del resto, una certa tendenza psichiatrica ma anche del senso comune sostiene che uno psicotico va isolato o comunque tenuto sotto controllo. Queste impostazioni sono ancora presenti e lo sono tanto di più quanto meno la psichiatria si modifica.

Ma la psichiatria si vuole modificare?

La psichiatria vive una contraddizione fondamentale: l'essere nata insieme con il manicomio. La messa in crisi dell'istituzione psichiatrica per ciò avrebbe dovuto necessariamente

mettere in crisi anche la psichiatria. Ma la psichiatria si è avvinghiata alla medicina cercando di recuperare i metodi con l'introduzione degli psicofarmaci. È un tentativo di tenere in vita il paradigma manicomiale in un contesto che non funziona più. Tanto è vero che coloro che seguono solo questo approccio medico si trovano rapidamente a far i conti con i cosiddetti pazienti della porta grevile, i cronici, quelli che non riescono a uscire dalla condizione di sofferenza. E ormai provato che la cronicità è direttamente dipendente dal modello organizzativo e dallo stile di lavoro dei servizi. Un servizio che sia organizzato con un ambulatorio (per di più poco funzionante) e i posti letto riproduce la logica del manicomio.

Qual è stato il ruolo di Franco Basaglia nello smontare l'istituzione psichiatrica?

Basaglia negli anni 50 lavorava in una clinica universitaria a Padova ma era insoddisfatto dell'impostazione pratica teorica della psichiatria. In particolare non gli piaceva il modo in cui il paziente veniva considerato un oggetto di studio. A questo punto venne in suo aiuto la psichiatria fenomenologica esistenziale che si rifaceva a Husserl e a Heidegger. Un'impostazione metodologica che rompeva con l'oggettivazione del paziente. Il paziente non viene più osservato entomologicamente come fosse un insetto ma colto nel suo essere nel mondo, nel suo punto di vista. È il primo passo della messa in crisi della psichiatria oggettivante. Nel '61 Basaglia va a Gorizia dove trova un manicomio tradizionale, le mura i malati legati. Cosa decide di fare? Si mette a girare l'Europa per vedere cosa facessero quelli che cercavano strade alternative. Incontrò Maxwell Jones a Fimburgo e conobbe così il metodo della co-

munica terapeutica. Secondo questo metodo il programma riabilitativo non passa solo attraverso la potenza curativa del medico, ma attraverso un'iniziativa del paziente attraverso la valorizzazione del paziente come risorsa. Ci sono moduli organizzativi: riunioni, assemblee, abbattimento delle barriere e delle segregazioni e valorizzazione della parola. Basaglia tenta di applicare questo metodo a Gorizia.

E cosa succede?

L'esperienza di Gorizia dimostra non solo che il manicomio doveva essere superato ma che anche il modello della comunità terapeutica non andava bene. I pazienti erano comunque stigmatizzati dallo sterco e veniva loro impedito di vivere una vita simile a quella degli altri cittadini.

Il superamento del manicomio era un'esigenza sentita in tutto il mondo, ma in Italia si tradusse in legge.

In Italia c'è stata un'illusione legislativa Basaglia e tutti noi lavoravamo nell'ambito della vecchia legge manicomiale intracciandone anche degli elementi positivi, convinti che la professionalità si può esprimere anche attraverso nuove modalità interpretative di vecchie norme. Poi è arrivata la legge 431 del '68 e infine la 180 che indubbiamente è stata una grande vittoria perché postulava il superamento dell'ospedale psichiatrico. Però se non si modificava il modello organizzativo e lo stile di lavoro e non si mettevano risorse a disposizione delle alternative, le cose rimanevano come prima. E questo che è successo e proprio questo abbiamo ottenuto una legge di principi, ma è mancato il mutamento del modello organizzativo e della capacità professionale di rinnovarsi.

Cosa è successo invece in altri paesi?

Si è creata una copertura di residui di vecchi metodi e di proposte innovative che arrivarono però non solo da psichiatri ma anche da associazioni di utenti.

Qual è il quadro teorico entro cui vi muovete oggi?

Ciascun paziente psichiatrico ha diritto di avere una casa, un lavoro e la valorizzazione del suo punto di vista. Sembra poco, ma in realtà è abbastanza rivoluzionario visto che il principio non è valido spesso neanche per il cittadino. La comunicazione del paziente che fino a poco tempo fa era considerata solo segno di patologia e invece significativa e non bisogna censurarla. Il confronto tra il punto di vista della ragione occidentale come diceva Foucault e il punto di vista della follia ci permettono di capire dove va il mondo, cosa sta succedendo.

Tuttavia, esiste un'altra psichiatria, quella del farmaco, come mai?

Perché è una scorciatoia. Il paziente ci pone domande inquietanti che ci obbligano a prendere posizioni. E poi sbrigativo reprimere le domande inquietanti e molti psicofarmaci. Il non proprio questo? Ovvio che gli psicofarmaci si devono dare non però per silenziare i sintomi. Perché quando questo avviene i pazienti si trasformano in persone quiete e ottuse oppure cominciano a non rispondere più alla sostanza e allora bisogna trovare un'altra molecola. La domanda dello psichiatra non di venti più cosa posso fare io per lui ma dove lo metto?

La testimonianza di Casagrande e Righetti

E Venezia tenta l'Impresa

DALLA NOSTRA INVIATA ANTONELLA MARRONE

VENEZIA Per parlare di Basaglia bisogna fare. E questa la sola maniera per dare corpo ad un'idea che non appartiene solo all'ambito psichiatrico alla medicina ma comprende una visione totale della vita. Domenico Casagrande è stato direttore dei servizi psichiatrici di Venezia fino al 1992 quando ha preso per mano e portato fuori l'ultimo paziente del manicomio veneziano quello sull'isola di San Clemente.

Ora l'isola dei malati è chiusa e Casagrande è diventato responsabile di Medicina di comunità del territorio e di programmazione della Salute Mentale per la Usl 11 di Venezia. Lo incontriamo in questa sede. Con lui c'è anche Angelo Righetti, psichiatra primario ad Udine, direttore di Medicina sociale e coordinatore per la regione i ruoli Venezia Giulia nella commissione nazionale del famoso Progetto Obiettivo. La strada di un'impresa da Righetti che anche a Venezia si spera di poter inaugurare il

più presto è quella delle imprese sociali.

Come vi siete mossi per raggiungere i primi obiettivi, ad esempio quello di non abbandonare i pazienti al loro destino?

Casagrande: Le nostre esperienze vanno nella direzione di creare delle alternative convincenti e diversificate in cui sia prevista anche una risposta territoriale. Non parliamo ad esempio di case di cura private che ripropongono le stesse dinamiche manicomiali con i pazienti e la loro vita dentro le mura della clinica senza rapporti con l'esterno e senza il riconoscimento di individualità. La risposta al disagio non può essere uguale per tutti ma deve essere modulata e flessibile. Per fare questo bisogna inventare i fatti degli sforzi di fantasia che producano situazioni nuove. Vive il manicomio si è chiuso a Venezia si può fare ovunque. Si può fare senza creare abbandono con gra-

dualità e parallelamente dedicarsi alla creazione di imprese sociali.

Righetti Non solo non vanno bene le case di cura private ma anche alcuni tipi di cooperative e gli istituti religiosi. Ad esempio che cosa sono le RSA, le Residenze Sanitarie Assistenziali? Sono ennesime mediazioni tra la vecchia risposta istituzionale alla malattia mentale e lo spirito della legge 180. Sono manicomii ritinteggiati. Pensare che c'è una sola risposta per tutti e ridotti alla serializzazione della cura limita la libertà. I manicomio non si rimpiazzano con l'ospedalizzazione con i farmaci. Se la psichiatria rifiuta il mandato di controllo e mette in pratica invece quel semplice atto di solidarietà che è lo stare con l'altro e con i suoi problemi, i poteri costituiti si sentono messi in discussione. La nostra è stata un'esperienza pionieristica che ha scelto di dare diritto di cittadinanza a chi non ce l'ha.

Che cosa è l'impresa sociale?

Casagrande Si tratta di una risposta



immediata al bisogno e il nudo in telleggi degli spazi. Sono il tempo e lo spazio che danno significato alla vita, i luoghi e i tempi in cui si intrecciano storie e scambi di esperienze in cui si producono rapporti. L'impresa sociale impresa non profit garantisce il diritto alla formazione e al lavoro alla condivisione di progetti comuni di solidarietà e senso di appartenenza. Il diritto che si riconoscono di diritti alla libertà mentale o cronica di generarsi. In poche parole, accresce il senso del valore personale di autostima. È un'impresa dell'abilitazione. Dopo la chiusura di San Clemente l'edificio rimasto in im-

buon livello.

Che cosa resta secondo voi della 180?

Casagrande Basaglia non ha voluto scrivere un trattato di psichiatria, si sarebbe trattato di pura ideologia sarebbe andato contro la prassi. E questo è esattamente quello che ci fu. Era ed è ancora importante rifondare una pratica. La difesa della legge è stata l'asciata nelle nostre mani anche dai politici che avrebbero dovuto riempire la cornice della legge e che invece l'hanno abbandonata senza sostenerla con una politica sanitaria conseguente. Ogni anno viene ridotta la spesa per la psichiatria e per il personale. Se attualmente con la presenza a Venezia dell'ospedale psichiatrico si sarebbero spesi 35 miliardi, oggi se ne spendono meno di 10. E l'ospedale psichiatrico non assisteva al massimo 700 l'anno scorso ne abbiamo seguiti 1500. In questa prospettiva l'impresa sociale diventa fondamentale per proseguire il discorso.

Righetti Il momento teorico e pratico insieme l'alternativa ai due mercati oggi dominanti il biologico e lo spirituale. Il momento teorico è il momento di liberazione, uno strumento di welfare sociale. In tutti ci sono varie opportunità e un buon gruppo di lavoro e la gente lavora. Due sono le condizioni perché tutto ciò si realizzi: tecnici di buon livello e amministratori di

Un'immagine di alcuni anni fa di un cortile del reparto femminile di un manicomio

Luciano D'Alessandro