

CORSO INTEGRATO E4

**INFERMIERISTICA
CLINICA VIII**



LA MALATTIA MENTALE OGGI E NEL RECENTE PASSATO

La concezione attuale della malattia mentale è senz'altro più complessa rispetto alle semplificazioni del passato, anche recente, e vede una sostanziale convergenza del mondo scientifico internazionale e della stessa organizzazione mondiale della sanità (OMS). Si tratta di un disturbo multifattoriale dove gli elementi biologici, psicologici e sociali, giocano un ruolo fondamentale nella genesi, nella evoluzione e nel trattamento.

Ma prima di approfondire alcune tematiche contemporanee correlate alla malattia mentale, appare opportuno, per una migliore comprensione del presente, ricordare alcuni cenni storici del recente passato.

Nell'epoca manicomiale, terminata nel nostro paese circa 24 anni fa con la legge 180 del 1978, il malato di mente era considerato organicamente deteriorato, inguaribile, pericoloso per sé e per gli altri.

Negli ospedali psichiatrici venivano infatti accomunati persone dementi, handicappati psicofisici, anziani, anche non autosufficienti, insieme a chi soffriva esclusivamente di disturbi psichiatrici.

Il filo logico che univa queste classi patologiche era l'impossibilità della scienza di curarle e la volontà della società di escluderle.

I malati di mente erano "rinchiusi" praticamente a vita e le cure limitate a pochi strumenti, consistevano in docce fredde, sedie rotatorie, elettroshock, contenzioni fisiche. Strumenti che erano considerati all'epoca scientificamente validi, pur essendo spesso utilizzati come mezzi di repressione e di punizione.

Con la scoperta della psicoanalisi da parte di Freud, l'aspetto psicologico, la relazione interpersonale, la storia della persona, assumono un ruolo importante, anche se limitato in un primo tempo al lettino dello psicoanalista e inizialmente contestato dalla cultura organicistica universitaria.

D'altro canto la scoperta degli psicofarmaci, a partire dalla seconda metà del novecento, ha rappresentato un importante fattore di progresso per la psichiatria, consentendo di poter disporre di uno strumento alternativo alle vecchie metodiche custodialistiche-repressive.

La psicofarmacologia ha inoltre favorito il passaggio della psichiatria, da pratica sostanzialmente non medica a branca riconosciuta nell'alveo della scienza ufficiale anche se sempre considerata di minore rilevanza.

Un terzo fattore che ha dato un contributo rilevante alla nascita della moderna psichiatria ed alla concezione della malattia mentale è rappresentato dalla scoperta dell'influenza del sociale nella evoluzione dei disturbi psichici.

Al di là delle concezioni ideologiche che nella seconda metà del 900 hanno pervaso una parte della cosiddetta antipsichiatria e che sostenevano l'inesistenza della malattia mentale, in quanto prodotto della società capitalista, la corrente sociale ha portato a considerare l'influenza della società moderna sulla malattia mentale.

A questo proposito è opportuno ricordare che lo stesso Basaglia, psichiatra che con la sua battaglia per la chiusura dei manicomi ha determinato la legge 180, affermava comunque l'esistenza della malattia, pur evidenziando il ruolo condizionante dei valori della società nella sua nascita, evoluzione e considerazione.

Per completare la sintesi dei filoni storici che hanno portato alle attuali valutazioni della malattia mentale, si deve evidenziare il ritorno, in particolare nell'ultimo decennio, della importanza attribuita alla componente genetico-biologica.

Le recenti scoperte del genoma, gli studi sui gemelli monozigoti, hanno dimostrato un ruolo predisponente che giocano i fattori genetici. Ma non bisogna dimenticare il dato più importante rappresentato dalla scarsa conoscenza che ancora oggi abbiamo delle componenti genetiche e soprattutto di come queste influenzano la psiche.

E' anche opportuno sottolineare che gli stessi ricercatori sul genoma parlano di predisposizione, e non di determinazione, attribuendo una grande importanza all'ambiente.

La scoperta e l'utilizzazione dei metodi sempre più raffinate (dalla Tac alla Pet) hanno permesso di scoprire alcuni cambiamenti del cervello relativi alle emozioni, in aggiunta alle modificazioni cliniche già conosciute.

Si tratta di ricerche e studi che potranno consentire una evoluzione delle nostre conoscenze scientifiche ma non sono in grado di spiegare come le modificazioni studiate influenzano gli stati psichici.

E' questo un passaggio fondamentale da tenere sempre presente per non cadere nella semplificazione che vuole correlare alterazioni chimiche del cervello allo stato mentale di una persona.

La complessità del cervello è ancora in gran parte da scoprire e comunque il cervello non è la persona, che vive, agisce, pensa e ragiona in relazione alla sua storia ed al suo ambiente.

Ancora oggi non sappiamo come realmente gli psicofarmaci determinano dei cambiamenti psichici, possiamo fare solo delle ipotesi.

L'unica cosa che possiamo affermare è che in qualche modo agiscono sulla psiche e che pertanto le modificazioni cliniche che determinano, influenzano lo stato mentale.

Non sappiamo come e perché, non conosciamo le ragioni per le quali alcune persone reagiscono all'assunzione di psicofarmaci in modo diverso da altre, e perché in alcuni casi determinano risultati ed in altri no.

La legge 180 del 1978 ha capovolto il concetto di obbligatorietà della cura prevista dalla legge manicomiale del 1904, prevedendo di norma la volontarietà e solo in alcuni casi il trattamento sanitario obbligatorio. La 180 ha inoltre determinato la chiusura dei manicomi indicando il territorio come luogo di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali. Con il Progetto Obiettivo Salute Mentale vengono indicate le tipologie e gli standard relativi ai presidi ed ai servizi del dipartimento di salute mentale e sono delineate le linee di intervento. Con le nuove politiche istituzionali orientate verso una delega dei poteri alle regioni, diventano centrali i livelli essenziali di assistenza concordati nella Conferenza Stato Regioni e che per la salute mentale prevedono in ogni azienda sanitaria un Dipartimento di Salute Mentale.

La Legge manicomiale del 1904

Le normative oggi vigenti nel nostro Paese in materia di salute mentale vedono come elemento centrale di riferimento la legge 180 del 1978, successivamente recepita nell'ambito della riforma sanitaria dettata dalla legge 833 sempre del 1978. Si tratta di norme che hanno cambiato radicalmente la vecchia legislazione manicomiale del 1904, Legge n. 36 "*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*", della quale è interessante ricordare alcuni tratti.

In particolare si prevedeva una responsabilità istituzionale dei manicomi a livello provinciale, con la vigilanza del Ministero dell'Interno e dei Prefetti, e si affidava la piena autorità su tutto ciò che accadeva al loro interno al direttore, come accade con il capitano su una nave. Nel regolamento manicomiale, di cinque anni successivo alla legge, Regio Decreto n. 615 del

1909 "Regolamento sui manicomi e sugli alienati", si affermava che i requisiti per diventare infermieri erano una sana costituzione fisica, aver serbato buona condotta morale e civile, saper leggere e scrivere oltre ad aver compiuto 18 anni.

Agli infermieri spettava sorvegliare ed assistere i malati, vigilare affinché non nuocessero a sé e agli altri, adibirli ad occupazioni, e non potevano ricorrere a mezzi coercitivi se non in casi eccezionali, col permesso scritto del medico e con l'indicazione della natura e della durata del mezzo di coercizione. Era previsto un registro nel quale, giorno per giorno, dovevano essere scritti i malati a cui erano applicati i mezzi di coercizione.

L'autorità di pubblica sicurezza, in caso di assoluta urgenza, poteva disporre, con ordinanza motivata, il ricovero provvisorio in base al certificato medico. Dopo un periodo di osservazione che poteva durare al massimo un mese veniva confermato o meno il ricovero dal tribunale, che, in caso di definitivo ricovero nominava un amministratore provvisorio per gli alienati.

La Legge Mariotti del 1968

Circa 64 anni dopo la legge manicomiale n. 36 è stata emanata la seconda legge che riguardava la psichiatria, Legge n. 431 del 1968 "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica", che cambiava la denominazione dei manicomi in ospedali psichiatrici, con non più di cinque divisioni, ciascuna con non più di 125 posti letto. Se si pensa che i grandi manicomi arrivavano a contenere dai 3.000 ai 5.000 posti letto, si trattava di una drastica riduzione, solo in parte attuata. Riguardo al personale per la prima volta si prevedeva la figura dello psicologo e si definiva il rapporto di un infermiere ogni tre posti letto. La 431 prevedeva l'istituzione, sempre da parte delle province, dei centri di igiene mentale con medici psichiatri, psicologi, assistenti sociali, personale infermieristico e ausiliario. Veniva inoltre introdotta, su autorizzazione del medico di guardia, la possibilità del ricovero volontario e si abrogava l'annotazione dei provvedimenti di ricovero degli infermi di malattie mentali nel casellario giudiziario.

La legge 180

La terza legge psichiatrica, tuttora vigente, è rappresentata dalla legge 180 del 13 maggio 1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori", che, successivamente, è stata recepita con gli articoli 33, 34, 35 e 64 dalla legge 833 del 23 dicembre dello stesso anno.

Il primo concetto rilevante è rappresentato dalla volontarietà del trattamento, capovolgendo il concetto di obbligatorietà della legge manicomiale n. 36, solo parzialmente mitigato con la 431 del 1968. Esclusivamente in caso di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e se non vi sono le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere, un medico può proporre un trattamento sanitario obbligatorio, un medico di una struttura pubblica lo convalida e il sindaco, massima autorità sanitaria comunale, entro 48 ore dalla convalida emana il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio (Tso) da attuarsi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri (repartini di psichiatria denominati Spdc con non più di 15 posti letto all'interno degli ospedali generali). Entro 48 ore dal ricovero il provvedimento di Tso, tramite messo comunale, deve essere notificato al giudice tutelare che può convalidare o meno il provvedimento dandone comunicazione al sindaco. Quest'ultimo, in caso di mancata convalida, dispone la cessazione del Tso. In caso di

cittadini stranieri va data comunicazione del Tso al Ministero dell'Interno ed al Consolato competente, tramite il Prefetto.

Nei casi in cui il Tso debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il responsabile dell'Spdc è tenuto a formulare proposta motivata al sindaco che ne da comunicazione al giudice tutelare, indicando la ulteriore durata presumibile dello stesso. La cessazione delle condizioni che richiedono il Tso e l'eventuale sopravvenuta impossibilità a seguire il trattamento devono essere comunicati al sindaco, che a sua volta da notizia al giudice tutelare. Qualora sussiste la necessità quest'ultimo adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e amministrare il patrimonio dell'infermo.

Chi è sottoposto a Tso e chiunque vi abbia interesse, può proporre al Tribunale competente ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

E' opportuno ricordare che la legge prevede anche la possibilità di accertamenti sanitari obbligatori (Aso), sempre, come nel caso di Tso, secondo l'art. 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Il secondo concetto rilevante è rappresentato dalla disposizione di chiusura degli ospedali psichiatrici (Op), prevedendo l'aggiornamento e la riqualificazione del personale infermieristico da parte della regione, e la soluzione delle convenzioni di enti pubblici con istituti privati che svolgono attività psichiatrica. Si vieta di costruire nuovi Op, di utilizzare quelli esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche e di istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e di utilizzare come tali sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Come strutture alternative al manicomio la legge 180 prevede che con legge regionale, nell'ambito delle Asl, venga disciplinata l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Il Progetto Obiettivo

Una delle critiche maggiori rivolte alla legge 180 è rappresentata proprio dalla mancata definizione dei servizi e presidi alternativi all'ospedale psichiatrico e delle conseguenti linee guida. Alcune Regioni hanno in pochi anni assolto il loro compito definendo standard ed obiettivi, altre sono rimaste per diverso tempo sostanzialmente inerti. Solo con il primo progetto obiettivo tutela della salute mentale 1994-1996 sono state definite a livello nazionale le tipologie e gli standard dei servizi per l'assistenza psichiatrica. Nel progetto obiettivo 1998 -2000 (Po), pubblicato nel novembre 1999, oltre alle tipologie ed agli standard vengono definite anche le linee di intervento dei servizi stessi. Si prevede l'attuazione da parte dei servizi di salute mentale di una prassi e di un atteggiamento non di attesa, ma mirati a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro, ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali.

In quest'ambito è importante l'attivazione di programmi specifici di recupero dei pazienti che non si presentano agli appuntamenti o che abbandonano il servizio. I piani di trattamento sono personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica, e prevedono l'integrazione e l'apporto di altri servizi sanitari, dei medici di medicina generale, dei servizi socio-assistenziali e di altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda le attività lavorative, l'abitare e i cosiddetti beni relazionali (produzione di relazioni

affettive e sociali). Le stesse famiglie sono coinvolte nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico, rimanendo fermo che tale coinvolgimento è volontario e che la responsabilità dell'assistenza e' del servizio e non della famiglia.

Dal punto di vista strettamente clinico il Po indica **l'applicazione delle strategie terapeutiche giudicate di maggiore efficacia, alla luce dei criteri della medicina basata su prove di efficacia (Evidence based medicine), ma viene anche promosso il sostegno alla nascita e al funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di pazienti, e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo.**

Viene anche sottolineata l'importanza dell'effettuazione di iniziative di informazione, rivolte alla popolazione generale, sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire i pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà, aumentando, fra l'altro, la possibilità di indirizzare i malati gravi ai servizi di salute mentale.

Dal punto di vista organizzativo si prevede l'istituzione in ogni azienda sanitaria del Dipartimento di salute mentale (Dsm), con unitarietà del controllo della gestione economica, con particolare riferimento alle risorse di personale, tramite una direzione unica .

Il Dsm, in relazione alla densità della popolazione o alla estensione territoriale, può essere articolato in più moduli tipo, "sottounità" del Dsm che comprendono le componenti organizzative relative a corrispondente ambito territoriale. Ciascun modulo ha una direzione unica, sempre a garanzia dell'unitarietà e continuità degli interventi, e serve un ambito territoriale, tendenzialmente coincidente con uno o più distretti, con un bacino d'utenza in ogni caso non superiore a 150.000 abitanti.

Nel Po vengono richiamati anche i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private introdotti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, che per la salute mentale prevedono, tra l'altro, un numero massimo di 20 posti per le strutture residenziali psichiatriche.

Il direttore del Dsm e' responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle risorse ad esso assegnate e adotta un documento in cui sono esplicitati la missione, gli obiettivi generali e prioritari nonché le attività principali che il Dsm si impegna a svolgere, in accordo con lo stesso progetto obiettivo nazionale e con gli indirizzi programmatici delle regioni.

Viene indicato tendenzialmente un organico di almeno un operatore ogni 1500 abitanti ricomprendendo in tale rapporto psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti occupazionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, sociologi, assistenti sociali educatori, ausiliari od operatori tecnici di assistenza ed il personale amministrativo.

Ogni Dsm attiva un nucleo di valutazione e miglioramento di qualità che collabora con gli uffici centrali per la valutazione e il miglioramento di qualità, impegnandosi nella valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle attività condotte dal Dsm, promovendo ogni anno almeno un progetto di Mcq relativo alla qualità manageriale, alla qualità professionale e alla qualità percepita.

I Dsm adottano, attivando idonei progetti di formazione, linee guida e procedure di consenso professionali per una buona pratica clinica, in particolare definendo le modalità di accoglimento e di valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia, i criteri per la presa in carico, le modalità di definizione e di verifica dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati degli utenti gravi e per assicurare gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno.

Presso la direzione del dipartimento e' collocato il sistema informativo dipartimentale, il quale raccoglie, elabora ed archivia i dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di,

consentire di valutare e di ridefinire le politiche e gli obiettivi del dipartimento. Il direttore del Dsm predispose un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale del dipartimento stesso, con l'indicazione di un responsabile. Tale piano deve soddisfare il bisogno formativo specifico delle varie figure professionali, e nello stesso tempo favorire la capacità di lavoro in equipe, in una prospettiva progettuale ampia, aperta al collettivo e al sociale.

Dal punto di vista organizzativo i servizi essenziali costitutivi del Dsm (e di ciascun modulo tipo, ove presente) sono il Centro di salute mentale (Csm), il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc), il Day hospital (Dh), il Centro diurno (Cd), le Strutture residenziali (Sr).

Il Centro di Salute Mentale

Il Csm è la sede organizzativa dell'equipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti.

In particolare il Csm svolge attività di accoglienza, definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di "rete", ed eventualmente anche residenziali, nella strategia della continuità terapeutica.

Attua inoltre un'attività di raccordo con i medici di medicina generale, di consulenza specialistica ai servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze etc.) ed è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per sei giorni alla settimana.

In sostanza rappresenta per le persone con disagio psichico, grave e non, la porta principale d'ingresso del Dsm nonché il luogo di coordinamento del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, che si può svolgere all'interno dei diversi servizi e presidi dipartimentali.

Collocati territorialmente, con orari di apertura stabiliti dalla legge. Vi lavorano medici psichiatri, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori. Nei centri di salute mentale si stabiliscono e mettono in atto i progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, si offrono risposte ambulatoriali specialistiche (dal colloquio psichiatrico ai vari interventi psicoterapici duali e di gruppo, le certificazioni medico-legali, le consulenze mediche ed infermieristiche e si programmano e si attuano gli interventi domiciliari per i pazienti in cura al servizio).

In questa sede vengono progettati dal gruppo di lavoro interventi informativi, educativi e di prevenzione in tema di salute mentale rivolti sia alla popolazione che ad altri operatori sanitari.

Il Servizio ospedaliero

Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc) è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero ed esplica inoltre attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri.

E' parte integrante del dipartimento di salute mentale, anche quando l'ospedale in cui e' ubicato non sia amministrato dall'Azienda sanitaria di cui il Dsm fa parte. Il numero complessivo dei posti letto e' individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti e ciascun Spdc contiene un numero non superiore a 16 posti letto ed e' dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

E' lo spazio ospedaliero, con un numero di posti letto rapportato agli abitanti della zona di riferimento, stabilito per legge, inserito nel contesto ospedaliero, dove si effettuano i ricoveri in regime di Trattamento Sanitario Volontario TSV o in regime obbligatorio TSO. In tale presidio si effettuano gli interventi di urgenza. Può servire per provvedere ad un inquadramento diagnostico ed a impostare una adeguata terapia ma e' utilizzato fundamentalmente per formulare (o riformulare) un progetto di presa in cura che sarà messo in atto territorialmente.

Le strutture semiresidenziali

Il Day hospital costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine e può essere collocato nell'ospedale o sul territorio, dove invece è ubicato sempre il Centro Diurno, anch'esso struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, aperto come il Day hospital, almeno otto ore al giorno per sei giorni a settimana. Il Centro diurno può essere gestito dal Dsm o dal privato sociale e imprenditoriale.

Le strutture residenziali

Sono sempre extra ospedaliere e nel loro ambito si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. Le strutture residenziali, pertanto, non vanno intese come soluzione abitativa. Sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non hanno più di 20 posti. Al fine di prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e di favorire lo scambio sociale, le Sr vanno collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili. Possono essere realizzate e gestite dal Dsm o dal privato sociale e imprenditoriale.

Lo standard tendenziale è di un posto letto ogni 10.000 abitanti, tuttavia, per le necessità residenziali dei degenti di pertinenza psichiatrica, dimessi dagli ex ospedali psichiatrici, le regioni possono stabilire una quota aggiuntiva di un secondo posto letto ogni 10.000 abitanti.

Enti locali ed Università

I comuni, in relazione alle proprie competenze in tema di interventi e servizi sociali, collaborano con proprie specifiche risorse alla realizzazione del Po, destinando, allo scopo, quote adeguate dei propri bilanci.

In particolare i comuni assicurano la fruizione dei servizi sociali rivolti alla generalità dei cittadini, garantiscono il diritto alla casa anche destinando quote di alloggi di edilizia popolare e destinano strutture per assicurare i servizi.

Alle Università, nell'ambito della programmazione regionale, viene affidato almeno un modulo tipo del Dsm.

I Livelli essenziali di assistenza in salute mentale

Le nuove politiche istituzionali orientate verso una delega dei poteri alle regioni, stanno determinando un progressivo spostamento delle potestà decisionali dalle leggi nazionali alle normative regionali. Diventano pertanto centrali gli accordi Governo-Regioni che in materia sanitaria hanno visto la emanazione Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm) del 29 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza (Lea). Con il Decreto le prestazioni comprese nei Lea sono garantite in tutte le regioni, dotate di specifico finanziamento concordato, ma vengono monitorate in relazione ai benefici in termine di salute a fronte delle risorse impiegate. Le regioni che dovessero avere ulteriori esigenze finanziarie per attuare i Lea, rispetto a quelle pattuite con il Governo, dovranno fare ricorso a mezzi propri (ticket, tasse, etc.).

I livelli riguardanti la tutela della salute mentale sono sostanzialmente ripresi dal Po e prevedono che il Dsm sia istituito in ogni azienda e che, qualora sia articolato in moduli, ogni modulo serva un ambito territoriale con un bacino d'utenza non superiore a 150.000 abitanti. Sono inoltre indicati per il Dsm un organico di almeno un operatore ogni 1.500 abitanti, un numero di posti letto in Spdc non superiore a 16, con un totale di p.l. ospedalieri tendenzialmente pari a 1 per 10.000 abitanti, nonché strutture residenziali con non più di 20 p.l. con una dotazione complessiva di 1 p.l. per 10 per 10mila ab.

Inoltre tra i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital individuati come inappropriati - in quanto potrebbero essere trattati in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse - nel decreto sui Lea vengono indicati come possibili indiziati per la salute mentale i due Drg "Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)" e "Nevrosi, eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)".

In conclusione si può affermare che le normative sulla salute mentale appaiono delineare in modo chiaro ciò che andrebbe attuato, in primo luogo da parte delle regioni, su tutto il territorio nazionale. Una scommessa ancora da vincere.

I luoghi della Salute Mentale

Il dipartimento di salute mentale si avvale, per offrire risposte ai bisogni della propria utenza di vari presidi, indicati nei vari PSR e nei progetti/obiettivo triennali per la salute mentale.

I Centri di Salute Mentale, il Servizio di Diagnosi e cura, le Strutture Residenziali Protette ed Assistite, i Centri diurni di Riabilitazione psichiatrica, sono tutti luoghi di cura e riabilitazione dove l'infermiere può esprimere la propria professionalità. Far parte dello stesso team fa scoprire i vantaggi del lavoro di gruppo, offre una rete di relazioni agli utenti per garantire l'accoglienza e la continuità di cura, offre la possibilità di individuare l'ambito di lavoro più rispondente alle caratteristiche dell'operatore e quindi assicura degli outcomes validi per il paziente. Sperimentare, in un processo presidiato (non casuale, pensato sulle caratteristiche degli utenti che fruiscono delle strutture) di turnazione nei vari presidi della ufsma, le differenze, ma ancor di più le somiglianze, promuove nell'operatore una consapevolezza assoluta della necessità del lavoro di rete e garantisce l'opportunità di

scoprire ed individuare le potenzialità del paziente in tutte le fasi della malattia. Altro vantaggio dato da una turnazione validata è rappresentato dalla prevenzione del burnout, rischio sempre presente in contesti ad alto coinvolgimento emotivo e spesso alta emotività espressa, che si può tradurre in una perdita di speranza e di investimento affettivo da parte degli operatori nel proprio lavoro o al contrario nell'ipercoinvolgimento fino a giungere a vere e propri agiti difensivi.

Tutti questi presidi diversi rivestono tutti la stessa importanza: tutti hanno la funzione di rispondere ai bisogni della persona con disagio psichico.

Secondo le indicazioni di legge operano per prevenire, curare, riabilitare in un modello di rete che prevede una stretta collaborazione, interazione, integrazione nel rispetto della continuità terapeutica. Termine abusato e spesso svuotato del vero significato: accompagnare la persona affetta da disturbo grave in un percorso che, utilizzando tutte le risorse possibili, lo conduca ad un benessere possibile fisico, psichico e sociale, Il massimo livello raggiungibile.

Ogni presidio (e quindi gli operatori che vi lavorano) debbono collaborare in funzione del progetto individuale del pz.

CD: Centri Diurni di Riabilitazione Psichiatrica

Sono gli spazi dedicati ai pazienti con disagio psichico serio che necessitano di interventi riabilitativi di medio lungo termine. (Non è un luogo asilare, il pz non va a 'passare del tempo' o ad occuparsi genericamente di attività per 'distrarsi dalla follia', non è un luogo per 'trovare lavoro') L'accesso non è diretto, ma è l'equipe stessa che propone al pz ed alla famiglia il percorso che prevede la frequenza al centro. In questo luogo si propongono interventi che utilizzano varie strategie terapeutiche di gruppo (la drammatizzazione, la musicoterapia, l'arteterapia, la psicomotricità) in un contesto ricco di stimoli, e soprattutto denso di relazioni umane in grado di riattivare e salvaguardare quei processi psichici attaccati dalla psicosi restituendo alla persona sofferente la possibilità di interagire con sé stessa e con gli altri. Dai centri diurni, dove alla persona sofferente si offrono opportunità riabilitative a partire dalla lettura dei suoi bisogni, possono essere proposti interventi riabilitativi che conducono ad esperienze lavorative, inizialmente a massima protezione (inserimenti terapeutici), e man mano di livelli di protezione inferiori fino alla conquista di un lavoro attraverso ad esempio l'inserimento in cooperative sociali. L'infermiere collabora con tutte le altre figure professionali nei progetti riabilitativi integrati.

SRP: Strutture residenziali Protette - Comunità Terapeutiche

Questo presidio è dedicato ai pazienti con gravi disturbi psichici, giovani che necessitano di interventi di alta specializzazione, lontano dalla famiglia. Ogni inserimento in comunità prevede un percorso individuale con una dimissione graduale, che può condurre ad una vita autonoma, laddove possibile, ad un inserimento in una SRA, ad un rientro in famiglia. Al momento dell'ingresso in SRP, con il paziente e la famiglia viene concordato programma terapeutico, che verrà verificato periodicamente. Molti sono i fattori terapeutici espressi dalla comunità: la funzione di riunificazione delle parti scisse esercitata dal gruppo dei curanti, la facilitazione e la mediazione dei rapporti con il mondo esterno, la relazione terapeutica (ascolto e dialogo), la funzione di operatore-modello di riferimento, la

condivisione della quotidianità con il suo valore concreto e simbolico, il contenimento dato da regole e orari, la terapia farmacologica, la cura della persona e dell'ambiente contrapposta all'abbandono e alla trascuratezza, il coinvolgimento della famiglia, spesso stanca e rassegnata e/o ad alta emotività espressa, in qualità di oggetto di attenzioni e di terapia, la sua utilizzazione, con varie modalità, come risorsa.

Il gruppo che opera direttamente nella comunità è sostenuto e supervisionato dalla équipe del CSM che, inizialmente ha proposto l'inserimento del pz e che lo riprenderà in cura, con un nuovo progetto territoriale, al momento della dimissione.

SRA: Strutture Residenziali Assistite

Sono luoghi anch'essi sanitari, intermedi, con un livello di protezione di minor intensità. Hanno la funzione di offrire alla persona che ha già esperito un percorso riabilitativo, di un luogo dove consolidare le proprie autonomie sia personali che sociali in un progetto che deve essere anch'esso a termine (non è 'casa' ma di nuovo uno spazio riabilitativo). Il gruppo dei curanti si avvale della collaborazione di operatori sociali che accompagnano il paziente verso il massimo recupero possibile. Le funzioni dell'infermiere sono nuovamente di mediazione e 'interfaccia' tra i bisogni dell'utente e la comparsa di soggetti 'non sanitari' (ad esempio assistenti domiciliari di cooperative di servizi) nel progetto riabilitativo.

Il ruolo degli infermieri in psichiatria

Una storia che si sovrappone esattamente con la storia ed il trattamento del disagio psichico ed è stato legato a doppio filo con la esperienza dei pazienti ricoverati nei manicomi. Il Regio Decreto del 1904 (Legge Giolitti "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati") sancisce il solido sistema istituzionale comprendente i manicomi provinciali, e quelli delle Opere Pie assieme al altri istituti di internamento (quelli per i minorenni ritardati mentali) nati nel XIX secolo.

In questa legge, integrata nel 1909 da un minuzioso regolamento è rimasta in vigore fino al 1978 (con poche modifiche vedi L.Mariotti) Per tutto questo tempo ha avuto una considerevole rilevanza nell'organizzazione sociale del nostro paese ed un peso tutt'altro che lieve nell'attivare e nel far permanere nella collettività pregiudizi e stigmi sociale che ancora rendono complesso il nostro agire.

Era una legge di polizia fondata sui principi di pericolosità e di scandalosità del malato mentale che pone tutta la psichiatria nell'area di competenza del sistema giudiziario.

Nel testo si trovano termini come 'cura' e 'guarigione' ma ciò che viene posto in primo piano è comunque l'esigenza della tutela dell'ordine pubblico. Il bisogno di salute della persona passa in secondo piano ed ecco quindi che la psichiatria diviene una organizzazione rigidissima. La figura del Medico-Direttore non sembra paragonabile a quello di nessun altro funzionario delle amministrazioni pubbliche: è lui che decide di ogni aspetto delle attività che si svolgono in manicomio. Si mantiene l'ordine nei reparti, si classificano i pazienti secondo i comportamenti assunti. Il nerbo del manicomio divengono gli infermieri rigidamente inquadrati in una gerarchia che prevede CAPI, SOTTOCAPI e SORVEGLIANTI, su di essi ricadono le conseguenze più pesanti della Legge del 1904.

Nessuna preparazione ed in più la responsabilità diretta della 'CUSTODIA'; la legge stabilisce che devono saper leggere e scrivere, l'alta statura ed una muscolatura imponente sono requisiti di ammissione indispensabili.

La legge, più precisamente, indica di istituire corsi senza però precisare con quali metodi, finalità e durata dovessero essere svolti.

Nel 1882 ad Innsbruck appare il primo mansionario infermieristico e riguarda proprio le mansioni dell'Infermiere Psichiatrico' da dove emergono chiaramente il ruolo di custodia ed esecutivo. Al punto 12 si dà questa istruzione: *"gli infermieri devono osservare che gli ammalati vadano a letto alle ore stabilite, cioè d'inverno alle 8 e l'estate alle 9, e che si alzino l'estate alle 5 e l'inverno alle 6. Senza permesso del Direttore non possono concedere agli ammalati di stare più a lungo in letto"*.

Gli altri articoli hanno tutti lo stesso tono a chiarire gli unici due ruoli che emergono anche dalla nostra legislazione.

Con il trascorre degli anni (senza che vi siano sostanziali modificazioni legislative) emerge all'interno della istituzione manicomiale la critica sempre più accesa ai rapporti gerarchici con i medici e gli altri operatori, si avvia il processo che porterà alle profonde modificazioni raccolte e ratificate dalla Legge n°180 del 1978, e quindi a contestare i rapporti di potere e i meccanismi istituzionali di violenza, a rifiutare un ruolo puramente di custodia.

Si pone il problema della formazione, sicuramente poco idonea alle esigenze di cura.

Con la legge 29 ott, 1954 è sancito, per il personale deputato alla assistenza l'obbligo di frequentare un anno di formazione e vengono istituiti i corsi per infermiere generico ed infermiere psichiatrico.

Sempre nello stesso anno si stabilisce che i corsi da istituire negli Istituti Psichiatrici devono aver durata biennale ed i partecipanti aver conseguito il diploma di scuola media inferiore. E' sempre comunque la Direzione dell'Istituto a decidere i contenuti dei corsi (in realtà i vari istituti attivano corsi anche di soli pochi mesi)

Nel 1980, due anni dopo la 180 e la 833, la legge 243 "Straordinaria Riqualficazione professionale degli infermieri generici e infermieri psichiatrici in Italia" sopprime i corsi suddetti e le Scuole per Infermieri Professionali si fanno carico della formazione di base anche in campo psichiatrico (L'accordo di Strasburgo del 1975, ha portato nel frattempo a 3 anni la durata dei corsi)

DAL MODELLO E DALLA FUNZIONE CUSTODIALISTICA al MODELLO TERRITORIALE con l'obiettivo di PREVENIRE, CURARE, RIABILITARE, REINSERIRE.

Negli ultimi 20 anni si sta tentando di recuperare un gap di 80 anni.

E non è solo questo poiché altri cambiamenti sostanziali sono avvenuti negli ultimi anni, inerenti la professione infermieristica:

il decreto Legislativo n. 502 del 1992 (la Riforma della Riforma) stabilisce che per accedere alla formazione infermieristica di base fosse necessario:

- aver compiuto un ciclo completo di scuola media superiore;
- che gli aspiranti studenti avessero raggiunto una certa maturità psicofisica;
- che della formazione di esercenti una professione fosse responsabile e titolare una struttura unica sul territorio nazionale, la stessa preposta alla formazione di tutti gli altri professionisti (Università).

Due anni dopo l'altro evento storico che ha sovvertito e sconquassato il povero infermiere: l'abolizione delle sicurezze di un chiaro mansionario che stabiliva con certezza (ed una certa ristrettezza) cosa si poteva e doveva fare.

La legge 42 del 1999 segna un passaggio fondamentale per la professione infermieristica, un quarto di secolo viene cancellato, sicuramente sulla carta. La lista RIGIDA ED OBSOLETA che proteggeva e limitava, ma sicuramente rassicurava, dove si elencava tutto ciò che poteva essere fatto dall'infermiere VIEN ELIMINATA CON UN COLPO DI SPUGNA: LA STORIA, intesa come cambiamento culturale, ci indica avere tempi DIVERSI.

LA MATURITA', la consapevolezza e la preparazione necessaria per metterla in atto NON POSSONO ESSERE RAGGIUNTE solo perché una CARTA è stata cancellata, anche se questa toglieva quella libertà di scelta che caratterizza la differenza tra 'mestiere' e 'professione'.

Il Dm 739 del 1994 "PROFILO PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE" DIVIENE L'UNICO STRUMENTO LEGISLATIVO A CUI RIFARSI, integrato e rafforzata dalla L. 42 del 1999 che sancisce che la professione infermieristica perda la connotazione di AUSILIARIETA' che l'aveva connotata fino ad allora e che contrastava violentemente con la necessità di autonomia che caratterizza ogni professione.

Non più ausiliari della professione medica ma persone che hanno come dovere lo svolgere, con autonomia professionale, attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni declinate dal profilo, dalle norme del codice deontologico, utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi.

DAL PROFILO

Recita:

L'infermiere è l'operatore sanitario RESPONSABILE dell'assistenza generale infermieristica

Assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa che è di natura TECNICA - RELAZIONALE - EDUCATIVA. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e la educazione sanitaria.

L'infermiere:

- partecipa alla identificazione dei bisogni di salute
 - identifica i bisogni di assistenza infermieristica e formula i relativi obiettivi
 - pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale
 - garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche
 - agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sociali e sanitari
 - si avvale di personale di supporto
- svolge la sua attività in strutture sanitarie, nel territorio, nella assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale

Il lavoro in salute mentale non è altro che il prendersi cura di persone che soffrono di patologie della mente. Siamo infermieri, ne più ne meno. Utilizziamo strumenti relazionali che

si possono apprendere, non facciamo tecniche manuali (pochi prelievi, pochi ECG) ma siamo infermieri.

Assistere (prenderci cura della persona e della sua famiglia) è la nostra MISSION lo facciamo in un ambito affascinante e complesso ma niente di più e niente di meno di un infermiere di area critica.

DIFFERENZE e PROBLEMATICITA'

	Infermiere di Area Critica	Infermiere di Salute Mentale
FORMAZIONE	Universitaria Master	Universitaria Master
PROFILO	IDENTICO	IDENTICO
AMBITI INTERVENTO	OSPEDALIERO TERRITORIALE	OSPEDALIERO TERRITORIALE
NATURA INTERVENTO	A PREDOMINANZA TECNICA	A PREDOMINANZA RELAZIONALE
MODELLO ORGANIZZATIVO	DIPARTIMENTALE MULTIPROFESSIONALE SANITARIO PRESIDI CON VARIA COMPLESSITA' E DISLOCAZIONE Assistenza per piccole équipe	DIPARTIMENTALE MULTIPROFESSIONALE SANITARIO E SOCIALE PRESIDI CON VARIA COMPLESSITA' E DISLOCAZIONE Referenza individuale
DIPENDENZA PROFESSIONALE ED ORGANIZZATIVA	DIPARTIMENTO ASSISTENZA E SCIENZE INFERMIERISTICHE	DIPARTIMENTO ASSISTENZA E SCIENZE INFERMIERISTICHE
OPERATORI DI SUPPORTO	PRESENTI	PRESENTI
TIPOLOGIA DI UTENZA	DEFINITA	Indefinita (ma definibile)
TIPOLOGIE DI RISPOSTE assistenziali	AD ELEVATA STANDARDIZZABILITA (Presenza di protocolli e procedure validate)	A BASSA STANDARDIZZABILITA'
TECNICHE DI ADDESTRAMENTO	PROTOCOLLI DI INSERIMENTO PRESENTI, DI DURATA DEFINITA	Scarsamente presenti(NON CODIFICATI)
CARATTERISTICHE DELL'UTENZA	COMPLIANTE SI INSIGHT	NON COMPLIANTE NO INSIGHT (NON HO BISOGNI-NON HO RISORSE)

Ma desidero adesso cercare di calarmi ancora di più nella quotidianità per sottolineare adesso le differenze.

Un infermiere in area critica motivato, formato, ben addestrato riesce ad acquisire una autonomia e una consapevolezza del proprio ruolo in circa sei mesi. Apprende le tecniche necessarie, sperimenta le situazioni di urgenza più frequenti, viene a contatto con le situazioni emotive che si ripresenteranno nel corso della sua esperienza lavorativa. Le tecniche da apprendere, riproducibili con ogni paziente, non sono molte e sulla routine inizia il cammino della sicurezza professionale.

Per un infermiere del Centro di Salute Mentale non è esattamente così.

L'oggetto del suo lavoro è spesso indefinito, le tecniche non sufficientemente apprese, gli strumenti da usare ed i luoghi dove usarli diversi e molteplici.

Ma la differenza sostanziale, come ognuno di noi ha ben sperimentato, risiede nella integrità dell'io della persona. Chi soffre di un disturbo mentale è una persona annientata dalla sua stessa sofferenza, ammalato in una parte di sé che è intangibile, perde la sua capacità di chiedere aiuto e spesso anche di accettarlo.

Rifiuta spesso la vicinanza degli operatori che desiderano aiutarlo, rifiuta i farmaci, rifiuta di lavarsi ed accudirsi o di lasciarlo fare a chi lo farebbe per lui. L'infermiere in qualsiasi altro ambito è abituato ad assistere pazienti che si fanno accudire volentieri, si fanno lavare, toccare, sono riconoscenti a chi con attenzione e cortesia si occupa di loro e dei loro bisogni. Sono grati a chiunque si avvicini loro con una parola di conforto, per ascoltarli, per sostenerli in quegli attimi di fragilità tipici dello stato di malattia. Di fronte al paziente psichiatrico che rifiuta tutto, insulta, può aggredire, non vuol farsi toccare, l'infermiere perde le sue sicurezze e talvolta si irrita, pensa di aver perso la capacità di svolgere il suo lavoro, avverte imbarazzo nel dover chiedere ai colleghi o ai medici.

E il tempo dei normali reparti, denso di cose da fare, stabilisce le distanze. In psichiatria, il coinvolgimento emotivo diretto è inevitabile. Non ci sono altre cose da fare che stare con lui, senza diaframmi o oggetti.

Solo parole o silenzi.

La difficoltà nel saper gestire la relazione infermiere-paziente può essere ulteriore fonte di frustrazione, ansia, rabbia, impulsività; si rischia così di assumere atteggiamenti che, privi di obiettività, non permettono di percepire i veri bisogni del paziente.

Bibliografia

Legge 14 febbraio 1904, n. 36, "*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 22 febbraio 1904

R.D. 16 agosto 1909, n. 615, *Regolamento sui manicomi e sugli alienati*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 16 settembre 1909

L. 18 marzo 1968, n. 431, *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 20 aprile 1968

L. 13 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 16 maggio 1978

L. 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana G.U. del 28 dicembre 1978

Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, *Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1994-1996"*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 22 aprile 1994

Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. *Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 20 febbraio 1997

Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, *Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000"*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 22 novembre 1999

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*" pubblicato nel Supplemento ordinario n. 26 alla "Gazzetta Ufficiale" n. 33 dell'8 febbraio 2002

I Quaderni de L'Infermiere, Aprile 2002, *Psichiatria, Il ruolo dell'infermiere nell'area della salute mentale: assistenza, legislazione e nuovi percorsi di formazione*, IPASVI

PIANO SANITARIO REGIONALE 2005-2007

5.2. Azioni di sviluppo e razionalizzazione dell'Offerta

5.2.1. Progetti obiettivo di alta integrazione: le strategie socio-sanitarie

La strategia regionale di promozione di un sistema integrato di interventi socio-sanitari ha come strumento fondamentale i progetti obiettivo ad alta integrazione, che costituiscono parte integrante e nucleo delle attività dei servizi socio sanitari territoriali; la loro realizzazione avviene nell'ambito della organizzazione sanitaria territoriale, ove costituita, della Società della Salute e della Zona-distretto, così come previsto dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004- paragrafo 2.2 e secondo la modalità operativa dei Piani integrati di salute, di cui al paragrafo 3.1.2 del medesimo Piano Sanitario Regionale 2002-2004, fatte salve le specificità di ciascun progetto e le necessarie connessioni ed implicazioni rispetto all'organizzazione delle strutture ospedaliere di secondo e di terzo livello.

I progetti obiettivo definiscono le strategie programmatiche specifiche per dare una risposta completa ed unitaria ai bisogni complessi in essi rappresentati, secondo i principi dell'unitarietà d'intervento, della continuità assistenziale, della valutazione multidimensionale del bisogno, del piano personalizzato di intervento, della progettazione integrata delle risposte sanitarie e sociali e della condivisione degli obiettivi, della valutazione partecipata e periodica degli esiti.

La metodologia di lavoro sarà orientata per progetti e la personalizzazione degli interventi diventerà strategia prioritaria per collegare, in modo qualitativo, i bisogni alle risposte, per migliorare l'accessibilità ai servizi, per unificare i punti d'accesso e contrastare le disuguaglianze nell'accesso, per agevolare il raccordo tra il momento valutativo, identificativo del bisogno, e la messa a disposizione della risposta assistenziale necessaria, per garantire tutela e accompagnamento ai soggetti deboli.

Gli indirizzi strategici contenuti nei progetti obiettivo del presente Piano Sanitario Regionale costituiscono elementi di riferimento per le azioni del Piano Sociale Regionale Integrato, in modo da assicurare un sistema di welfare integrato nelle responsabilità e nelle risorse, in cui la Regione e i Comuni, insieme con gli altri soggetti istituzionali e sociali presenti nel territorio, sono impegnati, con una sistematica capacità di dialogo e di collaborazione, a rispondere, il più efficacemente possibile, ai bisogni e ai diritti delle persone e delle comunità locali.

Le scelte finalizzate all'integrazione socio-sanitaria sono pertanto assicurate attraverso l'unitarietà del processo programmatico regionale, cui deve corrispondere l'azione unitaria a livello territoriale.

Attraverso gli strumenti di programmazione individuati nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004- paragrafi 2.4 e 3.1.2, si passerà da programmazioni parallele, sanitaria e sociale, alla predisposizione di un unico strumento di governo strategico degli interventi socio-sanitari nella Zona-distretto, attraverso il quale fare la sintesi dei bisogni, delle risorse e delle risposte presenti nel territorio, a partire da una programmazione concertata tra i diversi soggetti istituzionali e sociali della comunità locale.

Gli indirizzi strategici, definiti ai paragrafi successivi in relazione ai singoli progetti obiettivo, si ricollegano alle strategie complessive dei progetti obiettivo del precedente Piano Sanitario Regionale.

E' pertanto confermato l'impegno a sviluppare le azioni previste dalle indicazioni programmatiche del Piano Sanitario Regionale 2002-2004, e a mettere a regime quelle già indicate e avviate con la Deliberazione del 26/04/2004, n. 402, salvo quanto indicato dalle specifiche linee di sviluppo espresse nei paragrafi che seguono.

La Giunta regionale, nell'arco di vigenza del presente Piano Sanitario Regionale, delibera specifici indirizzi alle aziende unità sanitarie locali in merito all'organizzazione dei servizi, anche in riferimento alle innovazioni introdotte al paragrafo 2.2.7. del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 relativamente alle Società della Salute, al fine d'assicurare omogenea ed incisiva strategia aziendale nelle aree dei progetti obiettivo.

5.2.1.2. La salute mentale

Nel triennio di vigenza del Piano sanitario regionale 2002-2004 è proseguita l'azione di sviluppo e consolidamento dei servizi territoriali per la salute mentale; in particolare, la rete dei servizi è stata orientata ad assicurare l'assistenza ai malati più gravi e ad affrontare i problemi emergenti sia nel settore dell'infanzia-adolescenza che nel settore adulti.

Il quadro epidemiologico di questi ultimi anni, relativo alla popolazione che accede ai Servizi ha evidenziato che:

- aumenta l'accesso dei minori ai Servizi, fino al raggiungimento di una prevalenza media regionale superiore al 4%, con punte dell'8% (equivalenti ad un minore ogni tredici);
- nel settore adulti, la prevalenza di utenti afferenti ai Servizi è passata negli ultimi anni dall'1,5 al 2,5 della popolazione di riferimento (con punte fino al 3%), in conseguenza dell'incremento degli accessi delle persone portatrici di patologie tradizionalmente considerate minori (disturbi d'ansia e disturbi depressivi psicotici);
- aumentano sempre di più i disturbi del comportamento, tra cui i disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.) e i disturbi noti come "doppia diagnosi", dove l'uso di sostanze si accompagna ad un disagio psicopatologico;
- i problemi relativi alla salute mentale hanno avuto maggiore visibilità nell'ambito della Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta. Il fenomeno, già rilevato dalle ricerche epidemiologiche sulla popolazione che segnalavano tassi di prevalenza vicini al 25-30%, è stato confermato dagli studi sull'uso dei farmaci psicoattivi. Oggi, non meno del 15% della popolazione adulta richiede e riceve, almeno una volta l'anno, prescrizioni psicofarmacologiche nell'ambito della medicina generale;
- vi è stato un progressivo invecchiamento della popolazione, con il conseguente incremento dei disturbi psicogeriatrici.

Tali dati confermano che stiamo attraversando una nuova fase che è caratterizzata da un cambiamento, sia del quadro epidemiologico che degli atteggiamenti culturali della popolazione, nei riguardi della sofferenza psichica ed evidenziano il diffondersi di condizioni di malessere sociale e di disagio psichico sia nell'infanzia e negli adolescenti, sia nella popolazione adulta.

Aumenta, inoltre, l'esigenza di una cultura nuova, che trova espressione in una dimensione ormai planetaria e che fa riferimento, da una parte, all'uomo, inteso nella sua spiritualità ed universalità, dall'altra, al recupero delle radici tradizionali e delle identità locali.

A fronte dell'incremento di richieste di intervento e dell'aumento epidemiologico del disagio psichico, si rende pertanto necessario per il prossimo triennio:

1. assicurare una costante azione di verifica sulla situazione epidemiologica e sulla congruità dell'assetto dei servizi rispetto ai bisogni rilevati;
2. proseguire il processo di cambiamento avviato in questi anni ribadendo i principi che devono orientare l'assetto dei servizi per la salute mentale:
 - non solo servizi psichiatrici, bensì concorso di più professionalità per un'azione complessiva multiprofessionale e multidimensionale di tutela della salute mentale, dalla prevenzione alla cura, sia per gli adulti che per l'età infantile e adolescenziale;
 - sistema di servizi in "rete", quale strumento di percorsi assistenziali fortemente orientati ad assicurare la continuità dell'assistenza e le finalità riabilitative;
 - rifiuto di logiche "istituzionalizzanti" e di segregazione;
 - scelta di "servizi di comunità" a forte interazione con la comunità locale, per la costruzione di percorsi di condivisione e di sostegno e di azioni di recupero e di reinserimento sociale;
 - ampia attenzione ai servizi per l'infanzia e l'adolescenza, come "luoghi di primo accoglimento" e cura della diffusa e variegata domanda dei minori e delle loro famiglie riguardo al malessere, al disagio psicologico e al disturbo psichico, che inizia a manifestarsi o è già conclamato
3. rafforzare i servizi territoriali attraverso la razionalizzazione delle risorse ed un adeguamento delle stesse, sulla base di un Piano organico delle attività per la salute mentale di tutto il Dipartimento di Salute Mentale, articolato per zona;
4. sviluppare in ogni azienda unità sanitaria locale una efficiente/efficace "rete" dei servizi di salute mentale, integrati con gli altri servizi sia sanitari che sociali, in grado di rispondere ai bisogni vecchi e nuovi della popolazione e di assicurare, in modo particolare:
 - la prevenzione dei disturbi e la cura dei gruppi a rischio, in un'ottica di promozione della salute della popolazione;
 - la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone con disturbi mentali, comprese quelle che soffrono in solitudine (i non collaboranti), attraverso interventi nel territorio, in collaborazione con le associazioni dei familiari, degli utenti, del volontariato, di tutela e promozione dei diritti, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali;
 - l'alta integrazione fra i servizi dedicati all'infanzia all'adolescenza, in modo da creare appropriati interventi di rete, a sostegno dei percorsi evolutivi dei minori e delle loro famiglie;
 - il diffondersi di atteggiamenti di maggiore solidarietà verso le persone che soffrono di disturbi mentali e il superamento dei pregiudizi verso questo tipo di disagio;
 - la ricerca di forme nuove di trattamento fondate su approcci rispettosi ed attenti alla dignità personale ed alla unicità e complessità dell'essere umano.
5. confermare le strategie complessive per la tutela della salute mentale, definite con il progetto obiettivo contenuto nel Piano sanitario regionale 1999-2001 e con la deliberazione della G.R. n. 596 del 16.6.2003.

Linee di sviluppo nel triennio:

1. assicurare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e promuovere la sinergia delle risorse, in un'azione coordinata e condivisa tra aziende unità sanitarie locali e Comuni, con il contributo di volontariato, auto-aiuto e terzo settore;
2. proporre un nuovo rapporto con la comunità civile, nelle sue componenti fondamentali, mirato a promuovere la crescita della solidarietà e delle azioni di accoglienza, anche attraverso l'esperienza di specifiche progettualità (specifiche azioni nei piani sociali di zona, progetti sperimentali di prevenzione primaria, patti territoriali per la salute mentale, affidi eterofamiliari, ecc.);
3. promuovere e sostenere nei servizi la cultura ad operare sulla prevenzione primaria e secondaria e a lavorare per "progetti di guarigione", anche con lo sviluppo di percorsi sperimentali ;
4. favorire la partecipazione degli utenti e dei familiari, degli operatori e delle associazioni, che operano nel campo del diritto alla salute, anche attraverso un Comitato di salute mentale;
5. potenziare l'azione di sostegno alle famiglie attraverso l'istituzione di servizi d'ascolto e d'informazione, con linee telefoniche dedicate in ogni Dipartimento di Salute Mentale: rilevata troppo debole la rete di protezione organizzata attorno alle famiglie al cui interno è presente un componente che soffre di disturbi psichiatrici, saranno attivate azioni specifiche, particolarmente nei casi più gravi, per aiutare le famiglie a sostenere le responsabilità che gravano su di loro, per orientarle ai fini del percorso terapeutico riabilitativo del paziente e per evitare la compromissione dello stato di salute degli altri componenti della famiglia stessa;
6. affrontare in modo sistematico i temi della promozione della salute mentale e della prevenzione, agendo non solo sull'individuo, ma anche sulla famiglia e sul gruppo allargato, attraverso strategie a lungo termine, nelle strutture della comunità (scuole, luoghi di lavoro, luoghi di aggregazione),sviluppando nuove metodologie di lavoro integrato con le strutture organizzative che operano per l'educazione sanitaria e in stretta collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta; in questa ottica, assumono particolare rilevanza i servizi per l'età evolutiva, che, attraverso il loro consolidato rapporto con le strutture educative per l'infanzia e con la loro capacità di presa in carico precoce, globale ed unitaria dei soggetti con disturbi neurologici e psichiatrici, costituiscono il principale strumento di prevenzione primaria e secondaria;
7. implementare il processo di riqualificazione del sistema dei servizi di residenzialità, già avviato nel periodo di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2002-2004, con lo sviluppo delle seguenti azioni:
 - o adozione, da parte della Giunta regionale, di linee guida che orientino le aziende unità sanitarie locali nella riorganizzazione dei servizi di residenzialità per la salute mentale, nel rispetto dei seguenti principi: le strutture residenziali per la salute mentale , di competenza psichiatrica, sono strutture extra ospedaliere attraverso cui si realizza una parte del programma terapeutico e riabilitativo per soggetti che necessitano di residenzialità per tempi definiti secondo il piano terapeutico-riabilitativo individuale ovvero per il trattamento di situazioni di acuzie trattabili senza dover ricorrere al ricovero ospedaliero; le strutture rappresentano un "nodo" della rete dei servizi per la salute mentale e devono differenziarsi e potersi modulare al loro interno in base alle

esigenze dell'utenza ed agire in un'ottica di integrazione tra loro e con tutti gli altri luoghi di cura e di riabilitazione del Dipartimento di Salute Mentale, ivi comprese le abitazioni delle persone in trattamento; le strutture residenziali socio sanitarie sono luoghi di supporto alla cura, da attraversare temporaneamente per favorire un graduale e duraturo inserimento sociale dei pazienti, nella prospettiva di una sistemazione in una casa di civile abitazione; l'inserimento e la permanenza in una struttura devono essere definiti nell'ambito del progetto riabilitativo personalizzato, in accordo con il paziente e possibilmente con i familiari, in modo da evitare qualsiasi forma di istituzionalizzazione; le residenze devono essere istituite in modo tale da favorire il contatto con la comunità locale e il coordinamento con tutte le risorse sociali e civili presenti nel territorio, quali le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto degli utenti, le Associazioni dei familiari, le Associazioni di Volontariato e di tutela e promozione dei diritti, le Cooperative sociali, i Comuni ed altri Enti ed istituzioni pubbliche;

- riorganizzazione nelle Aziende USL dell'attuale assetto dei servizi di residenzialità sulla base degli indirizzi forniti dalla Giunta regionale;
 - attivazione di almeno una struttura residenziale per Dipartimento di Salute Mentale ad alta intensità e breve durata di trattamento per soggetti giovani-adulti sul modello della comunità terapeutica e sviluppo di almeno una struttura residenziale sul modello della comunità terapeutica per adolescenti con disturbi psicopatologici complessi nell'ambito di ogni Area Vasta;
8. ricondurre a maggiore appropriatezza il ricorso alla funzione di ricovero nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura (S.P.D.C.), in termini di riduzione del numero delle persone ricoverate, delle reiterazioni e delle durate dei ricoveri stessi:
1. evitando ogni forma di contenzione fisica e limitando allo stretto necessario il ricorso a quella farmacologia, che dovrà comunque essere attentamente monitorizzata;
 2. avvalendosi dell'utilizzo di idonee soluzioni residenziali alternative e possibili sperimentazioni di servizi territoriali aperti 24 ore su 24, con disponibilità di spazi dedicati alla gestione della crisi;
 3. mettendo in atto l'elaborazione partecipata del progetto terapeutico-riabilitativo, nel rispetto della persona e delle sue potenzialità;
9. rafforzare e adeguare gli interventi volti all'infanzia e adolescenza, tenendo conto delle seguenti esigenze:
- rispondere ai "bisogni emergenti" - cioè ai nuovi disagi ed ai nuovi disturbi: in particolare; i disturbi alimentari psicogeni, la "doppia diagnosi", i disturbi derivanti da eventi traumatici, come gli abusi ed i maltrattamenti ed i disturbi connessi alla "nuova marginalità" degli immigrati, che le modificazioni socio-ambientali e familiari degli ultimi anni hanno contribuito a rendere evidenti;
 - rafforzare l'integrazione tra servizi - quali le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza e Adulti, le Unità Funzionale attività Consultoriali, i Consultori Giovani, i Servizi Tossicodipendenze (Sert), i Servizi dei Comuni dedicati all'infanzia e all'adolescenza, per perseguire il benessere e la salute dei bambini, dei ragazzi e degli adolescenti ed affrontare i bisogni e le richieste emergenti dagli stessi e dalle loro famiglie, attraverso un'azione comune, con la rete pediatrica regionale, la scuola e le Associazioni di volontariato;

- individuare i percorsi che portano all' insorgenza dei vecchi e dei nuovi problemi per poter intervenire preventivamente;
 - sviluppare specifiche soluzioni residenziali e terapeutico-riabilitative per la gestione delle situazioni di crisi psichiatrica acuta in utenti adolescenti, in alternativa al ricovero. A tal fine è necessario concludere il processo di riorganizzazione dei servizi per l'età evolutiva, completando l'istituzione delle Unità Funzionali Infanzia Adolescenza in ogni azienda unità sanitaria locale e assegnando alle stesse risorse e personale, sulla base degli standards che saranno definiti dalla Direttiva regionale;
10. rafforzare il ruolo e la consapevolezza all'interno dei servizi, per un'azione responsabile tutela della salute mentale, mediante:
- il riadeguamento e la riorganizzazione dei servizi, sulla base delle disposizioni contenute nel citato progetto obiettivo del Piano sanitario regionale 1999-2001 e nella deliberazione della Giunta regionale n. 596 del 16 giugno 2003, con particolare riferimento alla:
 - istituzione del Dipartimento di salute mentale (DSM), quale garante, all'interno del Servizio Sanitario Regionale, della risposta globale ai bisogni di salute mentale della comunità, supporto alla direzione aziendale e strumento di coordinamento delle Unità Funzionali Salute Mentale zonali per un'azione strategica complessiva sulla salute mentale, sia nell'ambito dell'Area Vasta che in quello della sperimentazione delle Società della Salute;
 - costituzione, con effettiva attribuzione del personale con i profili professionali pertinenti, delle Unità Funzionali Salute Mentale Adulti e Infanzia Adolescenza zonali, in quanto fulcro dell'erogazione dei servizi nell'ambito della Zona/Distretto;
 - lo sviluppo di interventi costanti di riqualificazione e di formazione professionale continua degli operatori;
 - il rafforzamento della collaborazione, per quanto riguarda l'infanzia, con la rete pediatrica regionale, anche attraverso specifici protocolli per la gestione dei soggetti con problemi neurologici e psichiatrici, che necessitino di interventi specialistici interdisciplinari presso le strutture ospedaliere, a fini diagnostici e terapeutico-riabilitativi;
 - la collaborazione con le cliniche universitarie nella gestione dei servizi, secondo gli indirizzi già forniti nel progetto obiettivo e nel rispetto del protocollo con l'Università, con l'assunzione, da parte delle cliniche universitarie, di un ruolo attivo con responsabilità assistenziale-riabilitativa in ambiti territoriali definiti, anche al fine di assolvere alla funzione didattica e formativa.
11. Proseguire il percorso avviato nel triennio di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 finalizzato a garantire adeguati livelli assistenziali alle persone malate di mente internate o detenute nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario ed il loro recupero sociale, mediante la realizzazione, nell'ambito della programmazione di Area Vasta, di specifiche strutture e di specifici servizi finalizzati a garantire percorsi di cura e di riabilitazione psicosociale, da realizzare in stretta integrazione con il territorio e in collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria.

Gli impegni della Giunta regionale

La Giunta regionale si impegna a:

1. attivare, avvalendosi della collaborazione dell'ARS, e del supporto del coordinamento dei Dipartimenti di salute mentale e dell'Università, la valutazione epidemiologica dei bisogni e della risposta dei servizi, finalizzata ad una revisione dell'appropriatezza e della dotazione di servizi necessari, nonché delle risorse necessarie;
2. emanare, entro sei mesi dall'approvazione del presente Piano Sanitario Regionale, indirizzi e linee guida in ordine alla riorganizzazione dei servizi territoriali e di ricovero per la salute mentale e alla definizione degli standards di riferimento, tenuto conto della necessità di un adeguamento dei servizi in relazione alla crescente domanda di salute mentale;
3. promuovere e sostenere in ogni Azienda unità sanitaria locale la sperimentazione di un servizio di consulenza tra Dipartimento di Salute Mentale e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, organizzato a livello della zona-distretto, per favorire la prevenzione e l'intervento precoce del disagio mentale;
4. promuovere la sperimentazione di interventi diretti ad attivare servizi territoriali operanti nel corso delle 24 ore, in grado di accogliere e di dare risposte tempestive anche a persone in situazioni di crisi;
5. adottare direttive per definire i livelli assistenziali necessari alla realizzazione della rete di servizi per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.), sulla base dei programmi e degli indirizzi di cui al paragrafo "Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.)" del Progetto 10 - Alimentazione e salute del presente Piano Sanitario Regionale e sostenere progetti per il consolidamento di tali servizi;
6. promuovere la realizzazione di iniziative di formazione, aggiornamento e ricerca scientifica, da parte degli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale, anche con la partecipazione dell'Università;
7. favorire lo sviluppo di intese convenzionali tra università e aziende sanitarie, avendo come riferimento l'esperienza effettuata in questi anni con l'Università di Firenze, per ampliare l'esperienza di lavoro territoriale dell'Università, in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale, ai fini dell'assistenza, della formazione e della ricerca;
8. favorire la realizzazione in ogni Azienda unità sanitaria locale di strutture residenziali ad alta assistenza per giovani adulti e l'attivazione nell'ambito dell'Area Vasta Centro e dell'Area Vasta Sud-est di strutture residenziali per adolescenti con disturbi psichiatrici complessi, sulla base dell'esperienza già realizzata nell'ambito dell'Area Vasta nord ovest, dall'Azienda unità sanitaria locale di Livorno;
9. assicurare la completa messa a regime del sistema informativo regionale sulla salute mentale, sulla base del progetto approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n.1181 del 28.10.2002;
10. sviluppare un costante monitoraggio sull'utilizzo dei farmaci antidepressivi e sulle modalità con cui vengono prescritti;
11. favorire la sperimentazione di modalità terapeutiche orientate all'utilizzo di trattamenti non convenzionali;
12. garantire il consolidamento del processo, avviato nel triennio di validità del P.S.R. 2002-2004 nel campo del protagonismo degli utenti, attraverso lo sviluppo di progetti

innovativi diretti a favorire la crescita dei gruppi e delle associazioni di auto mutuo aiuto;

13. promuovere, con l'apporto delle Associazioni di auto mutuo aiuto degli utenti e dei familiari e delle organizzazioni di tutela dei diritti, lo sviluppo di azioni volte a diffondere nella popolazione, attraverso adeguate azioni di informazione, una corretta conoscenza dei disturbi mentali e della loro curabilità, al fine di combattere qualsiasi forma di pregiudizio ed emarginazione delle persone che vivono una sofferenza psichica.

Gli impegni delle Aziende unità sanitarie locali

Le Aziende unità sanitarie locali sono impegnate a dare piena attuazione alle indicazioni programmatiche contenute nel presente Piano Sanitario Regionale.

In particolare, dovranno assicurare:

1. la definizione e la realizzazione di un piano organico delle attività per la salute mentale, articolato per zona, con la destinazione delle risorse necessarie, nell'ambito della programmazione di Area Vasta e della concertazione con gli Enti locali, o attraverso le Società della Salute, laddove costituite;
2. la riqualificazione e il potenziamento del sistema dei servizi per la salute mentale, mediante:
 1. la realizzazione di un assetto organizzativo coerente e adeguato alle finalità definite dal PSR, in modo conforme alle indicazioni emanate con la più volte richiamata Deliberazione della Giunta Regionale n. 596 del 16.6.2003;
 2. il completo sviluppo della rete dei servizi per la salute mentale adulti e infanzia adolescenza, con l'assegnazione del personale necessario, in relazione a parametri demografici e alle caratteristiche del territorio, per assicurare l'effettiva accessibilità ai servizi e la copertura assistenziale per tutti i giorni della settimana e, per le crisi, 24 ore su 24;
3. la completa realizzazione di un sistema informativo sulla salute mentale, in grado di rispondere alle caratteristiche indicate dalla citata deliberazione della Giunta Regionale n.1181 del 28.10.2002, al fine di consentire una attenta lettura dei bisogni della popolazione e una programmazione rispondente dei servizi.

L'INFERMIERE IN SALUTE MENTALE

La psichiatria origina nel 1700-1800 con la nascita degli stati moderni

Prima si occupavano dei malati psichici:

- MEDICI
- FILOSOFI
- RELIGIOSI

In ITALIA: OPERE PIE, OSPIZI, ASSOCIAZIONI RELIGIOSE

NEL 1782 VINCENZO CHIARUGI A FIRENZE FONDA OSPEDALE BONIFAZIO

Funzione pubblica: controllo sociale

- *LUOGO DOVE CURARE E ASSISTERE*
- *PROTEGGERE LA SOCIETA'*
- *INDIPENDENTE*
- *AUTOSUFFICIENTE*
- *CON REGOLE RIGIDISSIME*

Ma anche luogo di SPERIMENTAZIONE e CURA

Legge del 1904 (in vigore fino al 1978) SUI MANICOMI E SUGLI ALIENATI

- *delega al Ministero degli Interni*
- *controllo sociale (cura e custodia)*
- *ricovero coatto come intervento di polizia*
- *perdita di ogni diritto sociale e umano*
- *segnalazione nel casellario giudiziale*
- *ripercussioni sugli eredi*
- *non modificata dal governo fascista*
- *figura del medico-direttore*
- *infermieri gravati della responsabilità della "custodia"*

Pericoloso per sè e per gli altri

PERSISTENZA DI UNA FORMULA

Legge Giolitti (1904) disposizioni sui manicomi e sugli alienati

Su 77 infermieri che si trovavano nel manicomio nell'agosto 1904, 16 erano analfabeti, 8 erano solo capaci di scrivere la propria firma, 47 avevano una istruzione molto elementare e soltanto 6 possedevano una istruzione discreta di 55 infermiere che si trovavano in servizio nel medesimo tempo, ben 49 erano analfabete, ed appena 6 possedevano una istruzione molto elementare ..

Eppure sono questi infermieri che debbono somministrare le medicine agli ammalati, leggendo all'uopo le etichette apposte sui recipienti .. redigere e presentare all'ispettore il rapporto giornaliero .. Ora con tanta deficienza di istruzione come si può pretendere che essi facciano il loro dovere? purtroppo in questo manicomio il concetto di infermiere si è arrestato all'antico guardiamatti

*Archivio Centrale di Stato
Direzione Generale di Sanità 1901-1910*

.....è morta la malata di soprannome "la faina". Abitava l'ultima cella a destra, entrando nel reparto ... soltanto l'infermiera Gonnelli osava entrarvi ... le altre, se non erano almeno in due non osavano. la faina" da quarant'anni abitava quella cella e si mantenne felina fino agli ultimi giorni ... d'un lampo da seduta era in piedi e già aveva colpito chi con disavvedutezza si era presentato sulla porta ... teneva le due dita, indice e medio, acute, a forcella e cavava

M. Tobino, Le libere donne di Magliano, 1953

Anni '50 nascita e introduzione degli psicofarmaci Svolta fondamentale nella cura

- *INTERVENTI PRERIFORMA*
 - *l. 431 del 1968:*
 - *istituzioni dei CIM*
 - *si permette il ricovero volontario in OP*
- *FRANCO BASAGLIA e l'esperienza di GORIZIA e TRIESTE*

DAL PROBLEMA ALLE SOLUZIONI la nascita delle Comunità Terapeutiche

Legge 180 del 1978

Il SSN tutela la salute mentale

- I servizi di prevenzione - cura -riabilitazione sono inseriti nel sistema dei servizi sanitari
- Più nessun rapporto con gli organi di Polizia
- Divieto di nuove ammissioni in OP
- Tutela dei diritti civili
- Introduzione del TSV eTSO
- Operatori del SSN
- Nessuna funzione custodialistica

Termina la storia del manicomio

Problemi della riforma:

- Legge Quadro senza finanziamenti
- Realtà italiane estremamente difformi (culturali ed economiche)
- *Cambiamento istituzionale che precede il cambiamento culturale*

Situazione Legislativa Attuale

PROGETTI-OBIETTIVO nazionali TRIENNALI

Finalità

Articolazione servizi

Modelli organizzativi

Risorse in termini di operatori e PL

Priorità nel triennio



PIANI SANITARI REGIONALI -> Per la programmazione degli interventi di prevenzione cura e riabilitazione

MA SONO PROPRIO TERMINATI I MANICOMI?

- IL PENSIERO CRONICIZZANTE
- LA PSICHIATRIZZAZIONE
- LA RICHIESTA DI CONTROLLO SOCIALE
- LA INCOMPRESIBILITA'

LO STIGMA Marchio che anticamente veniva impresso sul corpo di schiavi e malfattori

SOLITUDINE vs SOLIDARIETA'

TRISTEZZA vs TUTELA

ISOLAMENTO vs INTEGRAZIONE

GHETTIZZAZIONE vs GENEROSITA'

MALATTIA vs CURA E MIGLIORAMENTO

ABBANDONO vs DIRITTO DI CITTADINANZA

Il posto della vergogna in psichiatria

- La vergogna come emozione conseguente alla malattia mentale
- Area dell'onta, disonore, ignominia, infamia

La bussola della vergogna

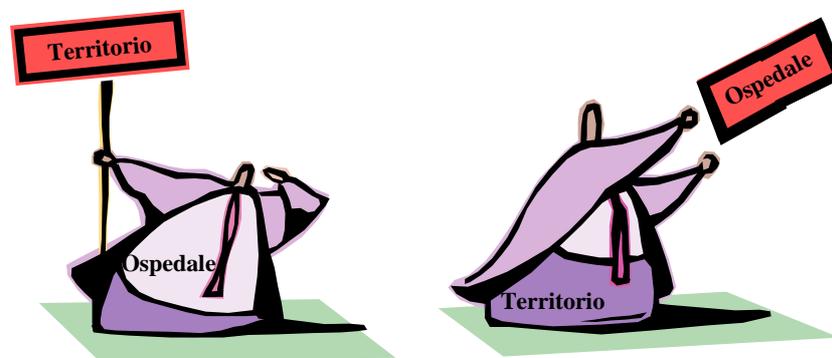
- RITIRO
- ATTACCO AUTODIRETTO
- ATTACCO ETERODIRETTO
- EVITAMENTO-DISCONOSCIMENTO
- DELIMITAZIONE - CONCRETIZZAZIONE

Colpa & vergogna

- La colpa inerisce al Super-Io, la vergogna all'Ideale dell'Io
- La colpa è circoscritta, investe specifiche azioni-omissioni. La vergogna investe globalmente il Sé
- La colpa appartiene all'ordine della trasgressione. La vergogna all'ordine dello scacco
- La colpa non è transitiva, ricorsiva e trans-personale
- La colpa può avere un decorso prolungato. La vergogna funziona per accessi

DALLA STORIA ALLA ORGANIZZAZIONE DEI PRESIDI

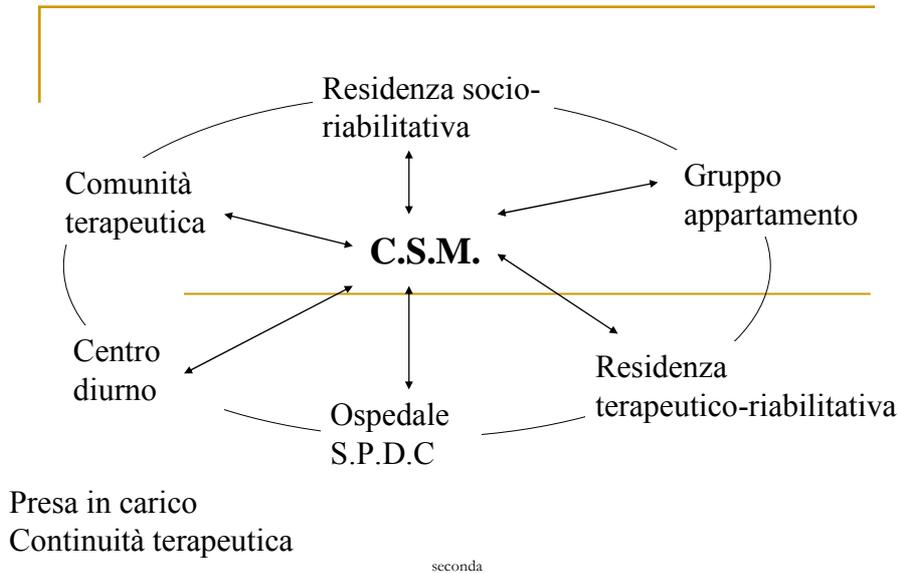
Il Dipartimento di Salute Mentale



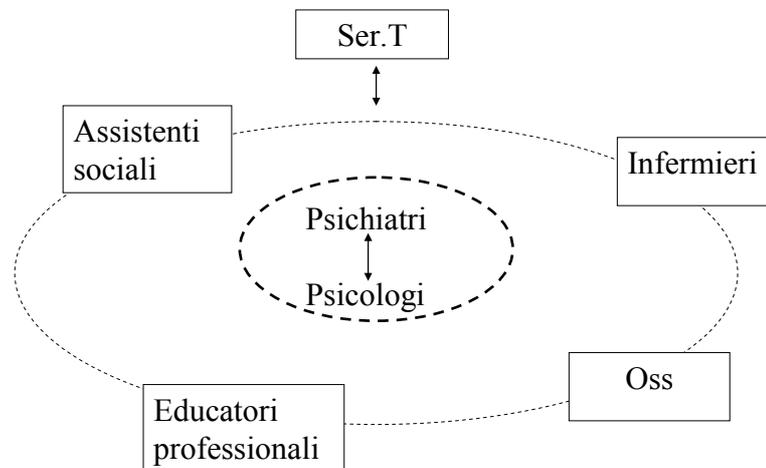
Integrazione tra risposte per adulti e
risposte per l'Infanzia

seconda

Organizzazione Servizi salute Mentale Adulti



Gruppo di lavoro multiprofessionale



Il Dsm è composto da:

- U.O. di Psichiatria
- CSM
- SPDC
- SRP Comunità Terapeutica
- SRA - Gruppi Appartamento - Appartamenti Solidali
- U.O. di Psicologia
- Servizio di Neuropsichiatria Infantile

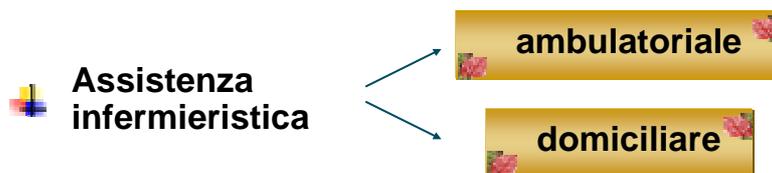
C.S.M:

Collocati territorialmente, con orari di apertura stabiliti dalla legge. Medici psichiatri, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori. Si stabiliscono e mettono in atto i progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, si offrono risposte ambulatoriali specialistiche (dal colloquio psichiatrico ai vari interventi psicoterapici gruppo, le certificazioni medico-legali, le consulenze mediche ed infermieristiche e si programmano e si attuano gli interventi domiciliari). Progettazione di interventi informativi, educativi e di prevenzione in tema di salute mentale rivolti sia alla popolazione che ad altri operatori sanitari.

Sviluppo di modalità di cura alternative al ricovero

Diverse tipologie assistenziali

↪ diverse risposte ↩



seconda

Fondamentale è: garantire la presa in carico (cura)

Il significato della presa in CURA è:

- Competenza tecnica
- Informazione, educazione e supporto
- Sostegno emotivo

S.P.D.C:

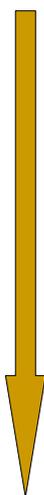
E' lo spazio ospedaliero, con un numero di posti letto rapportato agli abitanti della zona di riferimento, stabilito per legge, inserito nel contesto ospedaliero, dove si effettuano i ricoveri in regime di Trattamento Sanitario Volontario TSV o in regime obbligatorio TSO. In tale presidio si effettuano gli **interventi di urgenza**. Può servire per provvedere ad un **inquadramento diagnostico** ed a **impostare una adeguata terapia** ma è utilizzato fundamentalmente per formulare (o riformulare) un progetto di presa in cura che sarà messo in atto territorialmente.

S.R.P:

Dedicato ai pazienti con gravi disturbi psichici, giovani che necessitano di interventi di alta specializzazione, *lontano* dalla famiglia. Ogni inserimento in comunità prevede un percorso individuale con una dimissione graduale, che può condurre ad una vita autonoma, laddove possibile, ad un inserimento in una SRA, ad un rientro in famiglia. Al momento dell'ingresso in SRP, con il paziente e la famiglia viene concordato programma

un PERCORSO riabilitativo -> individuale o di gruppo

Dal Percorso comunitario



ALL'INTERNO DI RELAZIONI SIGNIFICATIVE

CURA degli AMBIENTI
ATTIVITA' DI CUCINA
GIARDINAGGIO
RIUNIONE QUOTIDIANA E MENSILE
ACQUISTO E LETTURA QUOTIDIANI
GIOCHI DA TAVOLO
FESTE COMPLEANNI, DI NATALE, DI PASQUA E CARNEVALE
MUSICA E CANTO nella scuola di Musica
ARTETERAPIA - GIORNALISMO - SCRITTURA CREATIVA
CINEFORUM IN COMUNITA'
ATTIVITA' MOTORIA IN PALESTRA e PISCINA
ANDARE A TEATRO O AL CINEMA
ESCURSIONI E USCITE
VACANZE ESTIVE
PSICOTERAPIA DI GRUPPO

AL PERCORSO INDIVIDUALE

srp

seconda

Percorso Individuale

- CURA PERSONALE E RIVALORIZZAZIONE DEL Sè
- ATTIVITA' TEATRALI
- CALCIO "GRUPPO PRIMAVERA"
- INSERIMENTO SOCIO-TERAPEUTICO
- VISITE A CASA MIRATE
- USCITE IN AUTONOMIA
- USCITE CON ALTRO COMPAGNO DI PERCORSO
- PARTECIPAZIONE GRUPPO AMA
- PISCINA (NUOTO COME ESPERIENZA INDIVIDUALE)
- COLLOQUI PSICHIATRICI
- PSICOTERAPIA
- COLLOQUI ED USCITE CON INFERMIERE DI RIFERIMENTO
- SCRITTURA INDIVIDUALE (recupero propria storia e vissuti)

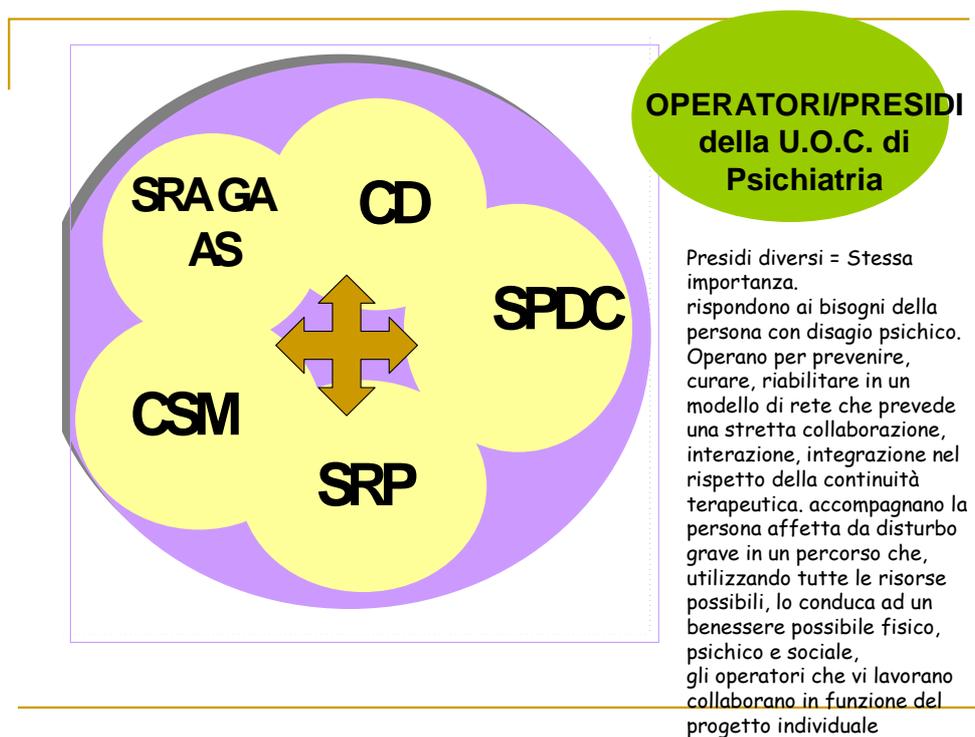
- Dalla SRP alle

STRUTTURE RESIDENZIALI ASSISTITE
GRUPPI APPARTAMENTO
APPARTAMENTI SOLIDALI

ABITARE INSIEME PER VIVERE E SUPERARE (o tollerare) GLI OSTACOLI DEL DISAGIO PSICHICO

I centri diurni: di Riabilitazione Psichiatrica

Sono gli spazi dedicati ai **pazienti con disagio psichico serio** che necessitano di interventi riabilitativi di medio lungo termine. (Non è un luogo asilare, il pz non va a 'passare del tempo' o ad occuparsi genericamente di attività per 'distrarsi dalla follia', non è un luogo per 'trovare lavoro') L'accesso non è diretto, ma è l'equipe stessa che propone al pz ed alla famiglia il percorso che prevede la frequenza al centro. In questo luogo si propongono interventi che utilizzano varie strategie terapeutiche di gruppo (la drammatizzazione, la musicoterapia, l'arteterapia, la psicomotricità) in un contesto ricco di stimoli, e soprattutto denso di relazioni umane in grado di riattivare e salvaguardare quei processi psichici attaccati dalla psicosi restituendo alla persona sofferente la possibilità di interagire con sé stessa e con gli altri. Dai centri diurni, dove alla persona sofferente si offrono opportunità riabilitative a partire dalla lettura dei suoi bisogni, possono essere proposti interventi riabilitativi che conducono ad esperienze lavorative, inizialmente a massima protezione (inserimenti socio-terapeutici), e man mano di livelli di protezione inferiori fino alla conquista di un lavoro attraverso ad esempio l'inserimento in cooperative sociali. L'infermiere collabora con tutte le altre figure professionali nei progetti riabilitativi integrati.



seconda

La continuità dell'assistenza

- COINVOLGIMENTO DEI FAMILIARI
- RISORSE IMPRESCINDIBILI PER LA CONTINUITÀ DELLA CURA NELLE 24 ORE

Il futuro dell'assistenza territoriale

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA-> COSTITUISCE LA VIA D'INGRESSO DELLA FAMIGLIA ALLE CURE PRIMARIE

Il suo compito principale è:

"aiutare gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o, nei periodi di stress, trascorrendo gran parte del suo tempo lavorando nelle case dei pazienti e con le loro famiglie"

L'INFERMIERE NELLA SALUTE MENTALE

Quali punti toccheremo:

- Chi sono gli operatori
- Le peculiarità del loro lavoro
- Chi sono le persone di cui si occupano
- Con quali modalità

Spesso nell'incontro con la persona che soffre di disturbi psichici ciò che ci spaventa non sono le differenze ma piuttosto le somiglianze

Chi sono gli INFERMIERI?

- Persone che hanno seguito un percorso formativo specifico
- Motivate e con disponibilità all'ascolto, all'incontro con l'altro, alla condivisione

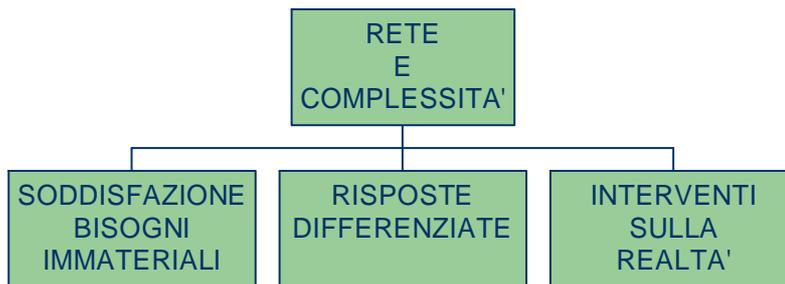
LE ATTIVITA' DELL'INFERMIERE

OGNI ATTIVITA' DELLA VITA che, utilizzata **TERAPEUTICAMENTE**, aumenta la qualità della vita, l'autostima, le abilità pragmatiche, le competenze e la costruzione di legami sociali delle persone di cui abbiamo cura

GLI STRUMENTI

- La Relazione terapeutica
- Il Lavoro di gruppo
- Continuità Terapeutica e la Rete dei Servizi
- Il Progetto Terapeutico (piano assistenz.le)
- Il prendersi cura della persona, dei familiari e delle persone significative
- Utilizzo delle "occasioni di vita" come terapia
- Attivazione di tutte le risorse possibili

RETE E COMPLESSITA'



AVER CURA: AIUTARE LA PERSONA AD ESSERE LIBERA DI ASSUMERE LE PROPRIE CURE (Condivisione ed Adesione al progetto) (dimensione etica e valoriale dell'intervento dell'infermiere)

CONTINUITA' TERAPEUTICA

- PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALE CHE SI MODIFICA con il modificarsi della persona
- PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALE CHE SEGUE LA PERSONA nei contesti sanitari e di vita
- PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALE CHE E' MESSO IN ATTO da operatori individuati (referenti)

ovvero ATTENZIONE NEI CONFRONTI DELLA PERSONA

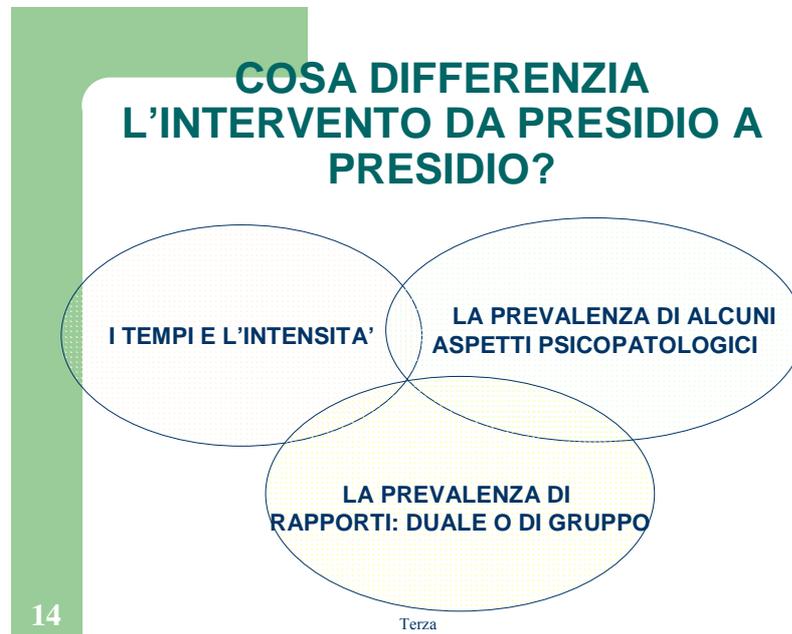
IL LAVORO DI GRUPPO E LA COMPLESSITA'

Complexus è l'ordito, è ciò che viene tessuto assieme. l'idea di intreccio, che è molto più dei fili che lo compongono come **IL GRUPPO** è molto di più della somma delle persone che lo compongono



UNA RISPOSTA assistenziale EFFICACE

Restituire alla rete sociale la persona permettendogli di inserirsi in essa con il riconoscimento ed il pieno rispetto della sua identità, senza tener particolare conto dell'obiettivo di annullare la "diversità"



COSA ACCOMUNA L'INTERVENTO?

- IL PROGETTO INDIVIDUALE DELLA PERSONA
- L'APPARTENENZA ALLO STESSO GRUPPO ALLARGATO DI LAVORO
- GLI OBIETTIVI COMUNI (VALORI CONDIVISI E CULTURA DI GRUPPO)
- FORMAZIONE COMUNE
- LO STILE DI LAVORO (PARTECIPATIVO E DEMOCRATICO)

Cosa è la riabilitazione?

Insieme di interventi integrati che permettono di riscoprire capacità personali, di relazione, sociali

Attraverso la azioni di **COMPRESIONE E LA VALORIZZAZIONE DEGLI OPERATORI** reintroducendo, la persona, questo soggetto isolato e congelato nel mondo dei suoi sintomi, nel mondo delle persone, restituendogli il suo *status* di interlocutore, la sua storia, le sue relazioni, la sua ricchezza come significato-significante, in altre parole la sua **IDENTITA'**

Il “fare” della riabilitazione: la restituzione di senso e di significato (l’obiettivo)



17

Terza

LA LETTURA DEI BISOGNI DELLA PERSONA PSICOTICA

- Sopravvivenza, sicurezza, protezione, amore, appartenenza, intimità, autostima, stima degli altri, autorealizzazione (Maslow, 1954)
- Oggetto inanimato e non qualificato, di continuità, di mantenere la fusionalità simbiotica totale o parziale o di progredire, di porre richieste impossibili, **BISOGNO DI NON AVERE BISOGNI** (Zapparoli, 1994)

LE FUNZIONI DELL'INFERMIERE DI SALUTE MENTALE

- OSSERVAZIONE
- OGGETTO MENO QUALIFICATO
- INTERMEDIARIO
- VEICOLO DI TRATTAMENTO
- IO AUSILIARIO Maternage, Contenimento
- ACCOGLIENZA
- OGGETTO INANIMATO
- PSICOEDUCATIVA ED INFORMATIVA
- RIABILITATIVA
- DIDATTICA E DI RICERCA

Contro la stigmatizzazione delle persone affette da disturbi psichici e contro i pregiudizi sulle malattie mentali

Solitudine
Tristezza
Isolamento
Ghettizzazione
Malattia
Abandono

Solidarietà
Tutela
Integrazione
Generosità
Miglioramento
Altruismo

L'Associazione Mondiale di Psichiatria (W.P.A.) ha lanciato un grido d'allarme contro la stigmatizzazione e la discriminazione del malato di mente, dei suoi familiari e di chi per professione, o servizio sociale, si occupa di loro. Tutto ciò nasce da una concezione distorta delle patologie mentali, paragonate a una colpa o ad un peccato secondo assurdi pregiudizi, e provoca conseguenze negative che si traducono in un aumento delle problematiche e delle difficoltà delle persone colpite da disturbi psichici e in ostacoli nella loro cura ed assistenza.

E' pertanto necessario combattere attivamente questa stigmatizzazione e prendere coscienza del fatto che queste malattie possono colpire persone di qualsiasi età, razza, sesso, condizione economica, livello culturale e stato sociale, anche se in certi casi, determinate situazioni e particolari fattori contestuali possono incidere più di altri. A tal fine è essenziale promuovere un'educazione che configuri la salute mentale, diritto essenziale di ogni individuo, come un bene da proteggere, salvaguardare, e, se compromesso, da recuperare, tenuto conto che la malattia psichica è una malattia come le altre, quasi sempre determinata da fattori biologici, che, se affrontata in tempo, può essere curata con successo, con risultati non inferiori a quelli oggi ottenibili in medicina per altre patologie.

I disturbi psichici devono perciò essere ammessi senza reticenza e vergogna dagli interessati o segnalati da chi sta vicino ad una persona malata (familiari, amici e colleghi, ecc.) quando questa non ha la capacità di rendersene conto, onde consentire un contatto immediato con uno specialista per l'impostazione di una diagnosi e quindi di un trattamento e una cura adeguati.

Tra tutte le malattie mentali, la schizofrenia, paradigmatica della follia, spesso identificata col termine di psicosi, è quella maggiormente stigmatizzata. Tale stigmatizzazione crea un circolo vizioso attorno al malato ed ai suoi familiari, che può portare ad emarginazione, abbandono, abuso di alcolici e droghe, allontanamento da casa, istituzionalizzazione impropria e a situazioni che impediscono ogni possibilità di cura, riabilitazione e reinserimento in una vita normale.

I principali pregiudizi alla base della stigmatizzazione degli schizofrenici sono i seguenti:

- non arrivano mai a guarigione
- hanno una malattia incurabile
- possono "contagiare" gli altri
- peggiorano nel tempo
- sono vittime di disfunzioni familiari
- hanno debolezza di volontà e di carattere
- sono violenti e pericolosi
- sono trasandati e sporchi
- sono pigri ed inaffidabili
- sono incapaci di decisioni razionali
- sono imprevedibili

La schizofrenia, pur essendo una malattia grave, è sempre trattabile e il 20-25% di soggetti che ne sono affetti arriva a guarigione; il 20% perviene ad un sufficiente inserimento sociale e il 20% ha un solo episodio morboso.

Attualmente, in vari Paesi, da parte di esperti, in collaborazione con organizzazioni professionali, associazioni di pazienti e familiari, rappresentanti della pubblica amministrazione e dei rispettivi Governi, sono stati elaborati programmi volti a combattere i pregiudizi e la stigmatizzazione dei soggetti affetti da malattia mentale, in particolare da schizofrenia.

Questi programmi mirano a:

- aumentare la comprensione delle malattie mentali e delle loro possibilità di cura;
- attivare e potenziare un atteggiamento benevolo nei confronti di chi ne soffre, o ne ha sofferto;
- promuovere azioni concrete per eliminare le discriminazioni;
- creare un movimento di opinione pubblica favorevole;
- dare informazioni corrette sulle problematiche dei malati;
- facilitare il coinvolgimento della società;
- incrementare la conoscenza e lo studio dei disturbi psichici;
- educare e supportare le famiglie e gli amici dei malati;
- proporre modifiche legislative atte a favorire un trattamento e un'assistenza migliori

Oggi sono disponibili, per la cura di tutte le patologie, farmaci con scarse o assenti reazioni avverse, che, oltre a diminuire o ad eliminare i sintomi, sono spesso efficaci anche su soggetti trattati in precedenza senza successo e possono favorire i loro rapporti con parenti, amici e colleghi.

Questi trattamenti biologici, integrati con altri psicoterapici, riabilitativi ed educativi, consentono non solo il superamento o l'attenuazione delle situazioni di disagio, sofferenza e conflittualità, ma anche di migliorare l'inserimento sociale dei malati e di ridurre il criticismo ed il coinvolgimento eccessivo dei familiari, facilitando altresì il rispetto della cura, l'accrescimento dell'introspezione, la prevenzione delle ricadute, l'aumento delle interazioni col contesto, ecc.

Altrettanto importante è però l'interessamento della comunità ai problemi sociali dei pazienti onde concretamente aiutarli ad affrontare autonomamente la vita quotidiana.

Se le persone assumono un atteggiamento positivo nei confronti dei malati mentali, ne favoriscono la ripresa; altrimenti, se assumono un atteggiamento negativo, ne accrescono la discriminazione. Il loro atteggiamento e quello della comunità sociale possono quindi influenzare il decorso della malattia.

Cosa temi di più del malato di mente?

La sua diversità o la tua pericolosa somiglianza?

Ricordati che la sua particolarità può arricchire grandemente la tua "normalità".

Il pregiudizio rende la mente senza cuore.

I percorsi dell'esistenza accomunano gli uomini; la capacità di amare, d'aiutare i più deboli e di tollerare la diversità li distingue.

APPENDICE B: DAL PREGIUDIZIO ALLA CITTADINANZA

DAL PREGIUDIZIO ALLA CITTADINANZA

Il contributo delle neuroscienze, delle scienze umane e delle politiche sociali alla salute mentale

Ebrei, lebbrosi, negri, omosessuali, pazzi, disabili, etnie diverse, schiavi, donne come streghe, adulate o solo perché femmine, hanno subito da parte di chi si arrogava il diritto di proclamarsi normale, una ciclica segregazione fisica, geografica e psicologica, sino spesso alla eliminazione. Il modo più efficace per indurre e mantenere questa alienazione è sempre stato lo stigma, un segno indelebile sull'essere dell'alienato, sulla coscienza degli individui e spesso sull'anima dello stesso represso, attraverso subdole e striscianti operazioni culturali, con la diffusione di credenze, superstizioni, sino all'uso scorretto e millantato della scienza e dell'arte di comunicare.

Lo stigma della follia ha assunto ogni possibile forma nell'immaginario della diversità: dal diabolico all'estroso, dal maledetto al criminale, dal perverso all'ignavo, utile a perpetuare una costante deriva che esorcizzasse la paura collettiva dell'incomprensibile, con immancabili funeste conseguenze, visibili nei lazzaretti, nei manicomi, nei campi di sterminio, ma anche nel quotidiano: per le vie, sul lavoro, dentro le stesse

case. La chiusura degli ospedali psichiatrici in Italia dimostra sempre di più che il luogo della psichiatria è sul territorio e questa pratica va costruita giornalmente, con interventi individuali, familiari, ambientali e sociali. La creazione della rete di servizi, sempre più compenetrata con il tessuto sociale, non deve distogliere l'attenzione da quanto di rigido, prestabilito, conformistico e ripetitivo viene attivato nelle istituzioni. Segregazione e deriva non sono più sostenuti da mura, ma da pregiudizi fondati sull'inanellarsi di idee diventate stigma.

Da tempo, prima ancora di essere chiamati alla prevenzione e alla tutela della salute mentale, talvolta più in modo pragmatico che sostenuto da studi ed elaborazioni teoriche, molti psichiatri utilizzano ogni prodotto dell'intelletto e delle arti per restituire al soggetto vulnerato funzioni ridotte o confuse dalla malattia: pittura, ceramica, teatro, arti e mestieri, sport, giochi, quotidiano domestico, consapevoli della potenzialità terapeutica della componente psicosociale, ma anche del loro essere vettori di un messaggio contro il marchio.

La vera deistituzionalizzazione da parte dello psichiatra deve essere condotta a tutto campo, dal livello individuale alle sedi istituzionali, perché siano restituiti quei diritti diventati, per molti, ma non per tutti; norma.

Lo psichiatra deve ora fare cultura e intraprendere un lungo cammino contro lo stigma, i pregiudizi di cui la gente, i pazienti e lui stesso sono portatori. Deve affinare la sua professionale capacità di comunicare per spiegare la sofferenza mentale, trovare linguaggi comprensibili per far capire che cosa possa esasperarla sino a farla diventare malattia e di quale collaborazione necessiti la famiglia, l'ambiente e lo psichiatra per dimensionarla e per curarla, perché la cultura e la società contemporanee non lo sanno appieno.

La civiltà multietnica alle porte, le emigrazioni di massa alla ricerca di benessere, i progressi tecnologici, che all'insegna della globalizzazione rischiano di accentuare le divisioni, l'emergere di spinte etnico-religiose, spesso antagoniste alla tolleranza, **impongono che la psichiatria si faccia portatrice di una cultura contro lo stigma.**

La storia della psichiatria e del manicomio ¹

1. L'origine della psichiatria

Fin dalla sua origine la psichiatria è sempre stata profondamente diversa dal resto della medicina e conoscere il modo con cui è sorta e si è sviluppata è indispensabile per capire anche le sue trasformazioni più recenti.

Nella maggior parte dei Paesi europei la psichiatria nasce tra la fine del 1700 e i primi decenni del 1800 nel periodo in cui si formano gli Stati moderni. È allora che tutta una serie di problemi sanitari e sociali diversissimi fra loro e raggruppati nella categoria della *folia* vengono affidati alle competenze di una nuova attività specialistica che è la psichiatria.

Il modo con cui le diverse società si sono prese cura della «propria» follia è mutato profondamente nel tempo. Per molti secoli essa non ha rappresentato un problema pubblico di notevole rilievo; certamente, prima della nascita della psichiatria non è mai esistita un'attività specializzata che avesse il compito di occuparsene. Di volta in volta se ne sono interessati i medici (in particolare per le forme che apparivano chiaramente in rapporto con le malattie del corpo, come traumi, infezioni, intossicazioni) o i filosofi o i religiosi; ovvero era oggetto di interventi repressivi puri e semplici, come la carcerazione. In generale, però, si può dire

che nel passato la follia non fosse sottoposta ad un controllo sociale molto rigoroso e avesse dei suoi spazi di libertà o almeno di tolleranza, nel senso che il folle, come persona «strana» o bizzarra, finiva pur sempre per condividere la vita quotidiana della gente. Se appartenevano ai ceti dominanti (principi, nobili, mercanti) i folli restavano, bene o male, nell'ambito del gruppo familiare nel quale venivano controllati e assistiti. Negli strati inferiori della società, o trovavano rifugio in ospizi o si confondevano il più spesso nella massa di poveri, invalidi, girovaghi e accattoni di cui brulicavano le grandi strade e le città d'Europa. Furono proprio i *poveri* che costituirono il vero problema per tutti i governi soprattutto dal 1500 in poi.

La povertà e la degradazione fisica e morale di sterminate masse di popolazione ebbero nei secoli passati proporzioni spaventose, difficilmente immaginabili oggi. In Italia questi fenomeni raggiunsero la massima gravità nella prima metà del Seicento, ma si prolungarono fino all'Ottocento inoltrato. Le crisi economiche ricorrenti, le grandi carestie, le guerre frequenti e di lunga durata accrescevano continuamente il numero delle persone al limite della sopravvivenza e le spingevano a riversarsi nei centri urbani alla ricerca di mezzi di sussistenza.

¹ La presente scheda, al pari di quelle che sullo stesso argomento qui seguono sono tratte, con alcuni adattamenti imposti da esigenze di sintesi, da *Le parole della psichiatria. Il cittadino e la salute mentale dopo la riforma sanitaria*, scritto da Ferruccio Giacanelli ed Elena Giacanelli Boriosi, Bologna, Zanichelli 1982. Il libro è stato concepito per offrire agli operatori sociali e sanitari di base e, più in generale, ai cittadini non esperti, un panorama degli eventi che caratterizzano la storia della psichiatria istituzionale fino alla crisi sfociata nella "legge 80" e un quadro

dettagliato del nuovo sistema che viene delineandosi con l'attuazione della riforma sanitaria (legge 833 del 1978). Vengono inoltre presentati i problemi emergenti alla lettura critica delle parole tipiche del gergo tecnico della psichiatria. Gli Autori hanno espressamente evitato ogni chiusura specialistica, scegliendo una forma espositiva che guida il lettore in un percorso ideale all'interno della psichiatria e gli fornisce gli strumenti informativi necessari per comprendere come essa debba — e possa — essere avvicinata alla gente e ai suoi bisogni di salute.

I problemi creati dalla presenza nelle città di una folla anonima di affamati, mendicanti, invalidi, storpi, piagati, prostitute, furono fronteggiati con la repressione violenta e con la beneficenza. Quasi sempre erano delle congregazioni religiose che organizzavano la beneficenza e, nello stesso tempo, rispondevano alle esigenze sempre più pressanti di ordine pubblico mediante le numerose Opere di carità e gli ospizi. Questi assolvevano a funzioni diverse: offrire ospitalità e assistenza agli infermi e ai bisognosi, controllare la massa degli «irregolari» in modo che non turbassero la vita ordinata dei cittadini di diritto, cercare di educarli, anche costringendoli ad un lavoro produttivo.

In Italia questi ospizi o istituti di ricovero hanno avuto caratteristiche diverse ma nel loro insieme provvedono all'assistenza e al controllo della fascia di popolazione bisognosa che può turbare lo sviluppo ordinato della collettività.

Il processo storico di cui parliamo ha una svolta significativa sul finire del 1700, in coincidenza di alcuni fenomeni importanti:

— l'economia tradizionale basata sull'agricoltura e l'artigianato si trasforma in economia industriale; ciò determina fra l'altro un richiamo di popolazione dalle campagne e un rapido sviluppo urbano;

— la vita sociale si fa sempre più complessa e piena di tensioni e di conflitti;

— l'organizzazione dello Stato si complica anch'essa per fronteggiare i nuovi problemi emergenti e garantire la continuità dei poteri costituiti.

Con la «rivoluzione industriale» si avvia l'epoca del potere della borghesia imprenditoriale che sostituisce la vecchia classe aristocratico-feudale. La borghesia costruisce una nuova organizzazione sociale e impone nuovi ideali: di modernità e di progresso, di certezza del diritto, di organizzazione «razionale» dei rapporti fra i cittadini e di continua espansione economica basata sul principio della libera concorrenza e del massimo profitto. I nuovi ordinamenti sociali richiedono che grandi masse di popolazione povera si trasformino in buoni cittadini, sani e operosi.

È a questo punto che la «follia» comincia a costituire un problema. Diventa necessario trovare un'organizzazione speciale per coloro che appaiono incapaci a partecipare alla vita sociale e produttiva ed anzi la turbano infrangendone le regole. Si tratta di cittadini che non è possibile controllare con altri mezzi, ad esempio con gli strumenti del sistema giudiziario, in quanto mostrano i segni di una alterazione o di una «anomalia» della personalità, spesso di una vera e propria malattia.

La soluzione che si dà al problema è di rac-

cogliere i «folli» in luoghi chiusi, riservati ad essi, affidandoli a dei medici che poi diventeranno «gli specialisti della follia».

Il passaggio verso questa nuova fase storica è simboleggiato dal celebre episodio avvenuto a Parigi nel 1793, spesso citato come data di inizio della psichiatria. Nei giorni più infuocati della Rivoluzione francese, il medico Philippe Pinel, nel corso di una visita all'ospizio di Bicêtre, chiede all'autorità politica che alcuni pazzi, segregati insieme ad una folla anonima di prigionieri, siano liberati dalle catene. Tra lo sgomento e l'incredulità generale, egli si assume pubblicamente la responsabilità di «curare» questi infelici per dimostrare la possibilità di un trattamento più razionale della «follia». Pinel diventerà ben presto l'artefice dell'organizzazione psichiatrica francese e influenzerà profondamente la psichiatria delle altre nazioni europee.

La storia ci dirà poi se il gesto di Pinel abbia prodotto veramente la liberazione dei folli ovvero non li abbia destinati ad una nuova condizione di segregazione, diversa dalla precedente, ma ancora drammatica e disumana.

2. La nascita della psichiatria in Italia

Nel nostro Paese, per il ritardo con cui avviene la sua trasformazione in Stato moderno, anche la psichiatria vera e propria nasce più tardi che in altri Paesi europei come la Francia e l'Inghilterra. Alcuni ospedali psichiatrici con una lunga storia hanno la loro origine in ospizi ed opere religiose di molti secoli addietro; così è avvenuto, ad esempio, a Roma, a Bergamo, a Reggio Emilia, a Bologna. Anche la psichiatria italiana vanta un illustre pioniere e c'è anzi chi lo ha contrapposto orgogliosamente a Pinel come liberatore dei pazzi dalle catene e iniziatore del trattamento medico-ospedaliero della follia. Si tratta di Vincenzo Chiarugi che nel 1782 istituì a Firenze l'ospedale di Bonifazio, dettando regole precise per l'organizzazione della cura dei malati mentali. Nei primi decenni del 1800 — anche sull'esempio della Francia — diversi Stati tra quelli in cui allora si divideva l'Italia avevano avviato tentativi di riforma degli ordinamenti sociali e della economia. In questo quadro avevano cominciato ad affrontare in modo specifico anche il problema della follia. Erano stati inaugurati alcuni manicomi o erano stati riorganizzati vecchi ospizi, ad esempio in Piemonte, nel Lombardo-Veneto, nello Stato Pontificio, nel Regno delle Due Sicilie.

Ma un vero movimento «psichiatrico» si de-

lineò con chiarezza solo verso la metà dell'Ottocento, mano a mano che procedeva il Risorgimento nazionale e andava a compimento l'unificazione dell'Italia. Cominciò allora a formarsi un gruppo sempre più numeroso di medici specialisti di tipo nuovo — gli psichiatri o «alienisti» — e con essi la psichiatria italiana propriamente detta.

In questa fase storica la psichiatria si sviluppa come *funzione pubblica* ed è uno degli elementi che contribuisce alla costruzione del nuovo Stato: quello che permette di rispondere, contemporaneamente, alle esigenze sanitarie e di controllo sociale poste soprattutto dai *folli poveri*.

Lo strumento fondamentale con cui agisce la psichiatria dell'Ottocento è il *manicomio*. Anch'esso è un ritrovato nuovo di questo secolo, una istituzione particolarissima che mai era comparsa prima nella storia.

3. Il manicomio

La psichiatria è nata nei manicomi e gran parte delle teorie e delle convinzioni sulle malattie mentali si sono sviluppate e diffuse a partire dall'osservazione delle persone internate. È importante quindi cercare di capire che cosa fossero queste istituzioni.

La parola *manicomio* deriva dal greco antico e significa «luogo destinato a curare o assistere i folli», che nel linguaggio psichiatrico dell'Ottocento erano detti anche *pazzi* o *matti*. Si trattava in genere di un edificio isolato, molto spesso collocato ai margini della città o anche distante da essa, sia per la convinzione che la quiete della campagna e le vicinanze con la natura favorissero la serenità degli animi, sia perché la vita quotidiana dei cittadini normali non venisse turbata dalla presenza troppo incombente della follia. Del resto il manicomio era concepito per un duplice scopo: da un lato doveva permettere di raccogliere i pazzi in un unico luogo per studiarli e curarli, dall'altro serviva a difendere la società e a garantirne la tranquillità.

Dagli inizi dell'Ottocento in poi assistiamo ad una continua evoluzione del manicomio. Esso diventa sempre più una cittadella autosufficiente nella quale si svolge una vita rigidamente separata dal mondo esterno.

Il cittadino giudicato pazzo arriva al manicomio portato a forza per disposizione delle autorità pubbliche. Una volta entrato, perde

completamente la sua libertà e la sua autonomia. Un'organizzazione minuziosa e rigida si impossessa della sua persona, programma il suo avvenire, decide ogni minuto della sua giornata. Gli vengono sottratti anche i segni esteriori della sua individualità umana, è costretto ad indossare gli abiti forniti dal manicomio, una vera e propria uniforme, ed è privato di ogni oggetto personale. Tutto ciò aveva lo scopo di ottenere il controllo assoluto del comportamento imprevedibile e irregolare del pazzo e di dominarlo per costringerlo ad adeguarsi nuovamente al rispetto delle norme, agli ideali di ordine e di razionalità ai quali si pensa debba corrispondere la «normalità». Neutralizzare la scandalosità e la presunta pericolosità della follia quindi, e possibilmente rimodellare una persona conforme ai valori sociali.

Il tipo di organizzazione manicomiale era già di per sé uno strumento di «cura», una sorta di pedagogia durissima.

Il manicomio era posto sotto l'autorità praticamente assoluta del medico direttore che decideva personalmente delle terapie, delle ammissioni e dimissioni dei pazienti, delle attività cui dovevano essere adibiti e inoltre provvedeva a tutta l'organizzazione dell'istituto. C'erano poi pochi altri medici che provvedevano alle diverse incombenze sanitarie e, più numerosi, gli infermieri che di fatto avevano le funzioni di custodi e di personale di fatica.

Gli interventi terapeutici erano rivolti alle condizioni generali di salute del ricoverato e a cercare di normalizzare il suo comportamento. Il medico anzitutto doveva pensare alla salute fisica degli internati, quindi a curare le diverse malattie che potevano colpirli. Questo aspetto «sanitario» della vita del manicomio ha avuto una sua importanza particolare in quanto gli internati provenivano in massima parte dagli strati più poveri della popolazione e quindi soffrivano delle conseguenze di condizioni igienico-sanitarie scadenti o addirittura disastrose. Per fare un solo esempio: fino ai primi anni del Novecento nei manicomi di alcune Regioni italiane come il Piemonte, il Veneto, la Lombardia, l'Emilia, l'Umbria, una percentuale altissima di pazienti veniva ricoverata perché affetta da *pellagra*. Questa malattia può dare gravi manifestazioni psichiche, oltre a numerosi altri disturbi fisici ed è causata da carenze alimentari (avitaminosi). Oggi è praticamente scomparsa nel nostro Paese ma

s. 2

allora decimava intere popolazioni contadine costrette ad una alimentazione da fame, basata essenzialmente su cibi poveri come il mais.

L'altra parte dell'attività medica consisteva nel cercare di curare le manifestazioni della follia. A tale scopo sono stati impiegati i mezzi più disparati, scelti procedendo per tentativi e spesso per sperimentare sul malato mentale i nuovi ritrovati tecnici della medicina generale. Ricordiamo solamente alcuni dei rimedi escogitati dalla psichiatria manicomiale allo scopo di modificare i segni della follia (il pensiero, i sentimenti, i modi del comportamento ecc.) agendo sul corpo del folle, più precisamente sugli organi e sulle funzioni ritenuti di volta in volta importanti per la vita psichica. Sono stati impiegati e poi via via abbandonati: purganti, salassi, applicazioni di sanguisughe in varie parti del corpo, provocazione di accessi, cauterizzazioni. Largamente usata è stata l'idroterapia nelle forme più varie: doccia, o goccia a goccia sul capo o bagni prolungati anche per giorni interi. Famosa e diffusa è stata nei primi anni dell'Ottocento, la pratica del bagno a sorpresa, consistente nel gettare il malato, inaspettatamente, in una sorta di piscina con trucchi diversi, o conducendolo incappucciato fino al momento di spingerlo in acqua o facendolo camminare su di un vero e proprio trabocchetto.

Sempre adoperati sono stati i *farmaci*, in particolare quelli con azione sedativa: dagli estratti vegetali, tra i quali hanno avuto importanza l'oppio e l'hashish, ai primi prodotti chimici sintetici (bromuri, vari ipnotici e simili).

A fianco di questi interventi, nei manicomi si è sempre attribuita importanza particolare a tutta una serie di tecniche che pur mutando con il passare del tempo, hanno mantenuto lo stesso scopo fondamentale: reprimere le manifestazioni abnormi dei folli per ricondurli ad un comportamento ordinato e possibilmente «normale». Ancora intorno al 1830 era impiegata la famosa «macchina rotatoria» che consisteva in una seggiola sulla quale era legato il paziente, che era sospesa in modo da poterla far girare vorticosamente «centrifugando» il paziente stesso fino a fargli perdere i sensi. Altro artificio noto era quello della «camera oscura»: una cella priva di luce con pareti dipinte di nero, che doveva isolare dal mondo esterno il paziente «agitato» finché non si fosse calmato; a volte, nel buio totale venivano provocati rumori terrificanti sul soffitto della cella, in modo da intimidire più rapidamente il paziente.

A questi ritrovati della psichiatria manico-

miale di un tempo vanno aggiunti numerosissimi «strumenti di repressione» come i letti e le seggiole di «forza» nei quali il paziente veniva legato saldamente per ore e per giorni; strumenti per legare mani e piedi o sacchi per costringere tutta la persona, lacci, bende, cinghie di ogni foggia e per ogni uso. Le «camicie di forza» (specie di corpetti di tela robustissima con maniche fatte in modo da impedire il movimento delle braccia) sono rimaste in uso, almeno in alcuni manicomi italiani, fino a quindiciventi anni fa, le bende o le cinghie usate per legare i pazienti a letto, purtroppo, fino a i giorni nostri.

Tra la fine dell'Ottocento e i primi anni del Novecento la «macchina manicomio» raggiunge la sua glaciale perfezione. Tutto è previsto e regolamentato. I pazienti sono accuratamente selezionati non in base alle caratteristiche delle malattie e ai bisogni di terapia, ma secondo il tipo di comportamento e le esigenze di custodia; vivono quindi suddivisi in reparti distinti per «agitati», «tranquilli», «pericolosi», «sudici», «lavoratori». Ogni reparto e ogni zona del manicomio ha dei limiti quasi invalicabili, Pazienti, infermieri e medici sono dentro un ingranaggio che non lascia spazi all'imprevisto, concepito per sorvegliare, scrutare, rendere inoffensivi. La tecnica del controllo totale ha portato a inventare un'edilizia particolare, a definire il tipo di arredi, delle porte e delle finestre, del vestiario; a regolamentare in modo puntiglioso i pasti, il riposo, le funzioni personali più intime e le occupazioni e i pochi svaghi ancora concessi ai pazienti.

Nelle riviste scientifiche compare un nuovo argomento di studio: è la «tecnica manicomiale», che rappresenta una delle principali attività specialistiche degli psichiatri italiani. Per il resto essi si dedicano allo studio dell'anatomia microscopica del cervello dei malati mentali e della loro antropologia fisica.

Una parte molto importante dell'attività svolta nel manicomio, dall'inizio fino ai giorni nostri, è stata l'*ergoterapia*. I pazienti tranquilli venivano impegnati in attività lavorative di vario genere di carattere agricolo o artigianale: tessitura, filatura, confezioni di indumenti e materassi, calzoleria, falegnameria, tipografia, coltivazione dei campi, allevamento di animali. In origine lo scopo di queste attività era quello di rieducare i pazienti e di favorire la guarigione stimolando le loro capacità «normali». Ma ben presto l'*ergoterapia* divenne un vero e proprio sfruttamento di mano d'opera a bassissimo costo. Come dichiaravano i medici direttori

nelle loro relazioni, con il lavoro dei pazienti si cercava di far quadrare i bilanci e di provvedere alle più svariate esigenze della vita manicomiale. Con il passar del tempo in molti manicomi italiani si creò un vero circuito produttivo interno molto fiorente, basato su grandi fattorie con allevamento di bestiame e su manifatture importanti. In tal modo si poteva risparmiare sul personale necessario per certi servizi; ad esempio, il servizio di guardaroba-sartoria per molte centinaia di persone era assicurato da poche suore che facevano lavorare le donne ricoverate; si riusciva inoltre a tenere occupata una certa massa di internati «a vita» che ormai affollava paurosamente i manicomi.

4. Il manicomio criminale: Cesare Lombroso

L'organizzazione della psichiatria italiana si «perfezionò» verso la fine dell'Ottocento con l'istituzione dei *manicomi criminali* o *giudiziari*. Si trattava di istituti di internamento destinati, schematicamente, a due categorie di persone:

— coloro che, colpevoli di un delitto, erano stati assolti perché riconosciuti «infermi di mente» e quindi non responsabili al momento del reato;

— coloro che avevano manifestato segni di malattia mentale *dopo* aver commesso un reato, durante la permanenza in carcere. Veniva in tal modo compiuta una nuova selezione della confusa categoria dei folli secondo criteri che esprimevano ancora una volta le contraddizioni della psichiatria. Infatti i «pazzi criminali» e i «criminali pazzi» furono distinti e separati dagli altri malati mentali non perché fossero affetti da malattie particolari o perché avessero bisogno di terapie diverse, ma solo per il loro comportamento e per il loro rapporto con la giustizia penale. La loro presenza del resto, non era gradita nei manicomi comuni. Per anni gli psichiatri italiani avevano chiesto che fossero istituiti luoghi speciali per questi individui, considerati pericolosi, turbolenti, ribelli, capaci di avere una cattiva influenza sugli altri ricoverati. In breve, i pazzi criminali facevano paura. Si pensava che una volta commesso un delitto dovessero «sicuramente» ripeterlo: erano «predestinati» alla delinquenza.

Se il manicomio è segregazione dura, il ma-

nicomio giudiziario diventa reclusione durissima. È un luogo concepito per la massima sicurezza che riunisce in sé le peggiori caratteristiche del manicomio e del carcere e nel quale la «terapia» è pura illusione.

Il primo manicomio criminale venne istituito ad Aversa (Napoli). Successivamente vennero creati quelli, ancora esistenti, di Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia, Castiglione delle Stiviere (Mantova) e Barcellona Pozzo di Gotto (Messina).

Alla concezione dei manicomi giudiziari si legano le teorie del medico Cesare Lombroso che hanno fortemente influenzato la psichiatria e la giurisprudenza e più in generale la cultura sociale a partire dalla fine dell'Ottocento. Egli ritenne che i comportamenti dei criminali e dei pazzi derivassero dalla «degenerazione» e dall'«atavismo», cioè da un ritorno all'indietro nella scala dell'evoluzione zoologica. Le prove di questi fenomeni sarebbero rintracciabili, secondo Lombroso, nella fisionomia delle persone e in tutta una serie di caratteri anatomici e psichici. Da ciò derivano nuove possibilità di studiare e di classificare le persone socialmente indesiderate secondo criteri apparentemente scientifici e di decidere del loro destino. Lombroso fu un uomo generoso, un bravo professore borghese, animato da ingenuo entusiasmo per gli ideali del socialismo e da una fede incrollabile nella scienza esatta. Visse in un periodo di gravi tensioni sociali e politiche e studiò nella categoria dei «criminali» tutti coloro che sembravano rappresentare un pericolo per la società e per lo Stato: prostitute, truffatori, anarchici, briganti meridionali, comunisti.

Soprattutto per questo le idee del Lombroso e della sua scuola di *antropologia criminale* ebbero diffusione enorme e conseguenze malefiche. Esse rafforzarono la convinzione che nel pazzo e nel criminale vi fossero dei guasti biologici irrimediabili, addirittura dei meccanismi perversi congeniti, come se si trattasse di esseri appartenenti a una razza diversa da quella del cittadino onesto, docile, silenzioso. Non si poteva fare altro che segregarli, rinunciando anche all'idea di «curarli» o di «rieducarli». Una visione disperata e pessimistica, quindi, che ha contribuito a rendere ancor più chiusa e repressiva la psichiatria manicomiale e inoltre ha ispirato direttamente l'apparato di polizia e il codice penale nel periodo fascista e pre-fascista.

s. 3

La legislazione psichiatrica in Italia: dalla legge 1904 alla riforma sanitaria

1. La legge del 1904

La fase di costruzione della psichiatria italiana può dirsi sostanzialmente compiuta alla fine dell'Ottocento. L'Italia disponeva a quell'epoca di un solido sistema istituzionale, comprendente i manicomi provinciali e quelli delle Opere Pie, i manicomi criminali, numerosi altri istituti di internamento tra cui quelli per minorenni ritardati mentali o cosiddetti «irregolari della condotta e del carattere». Ben pochi manicomi nuovi verranno inaugurati dopo il 1900.

La situazione venne sancita in modo definitivo dalla legge emanata il 14 febbraio 1904. Promossa dal ministro Giolitti, aveva per titolo: *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*.

Prima di allora non esistevano norme per la psichiatria valide su tutto il territorio nazionale. Fu appunto la legge del 1904 che stabilì il ruolo ufficiale della psichiatria come attività pubblica e fissò rigorosamente il tipo di rapporto che essa avrebbe avuto con i cittadini.

Questa legge, integrata nel 1909 da un regolamento estremamente minuzioso, è rimasta in vigore fino al maggio 1978. Per tutto questo tempo ha avuto un notevole significato nell'organizzazione sociale del nostro Paese e un peso determinante per il destino di tanti singoli cittadini e per la storia di tante famiglie. Merita conto ricordarne i principi fondamentali, anche per meglio comprendere quanto profondi siano i cambiamenti introdotti dalla riforma sanitaria.

All'articolo 1 leggiamo: «Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non

siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi...».

Si comprende immediatamente lo spirito della legge del 1904. L'attività psichiatrica fa capo ai manicomi o a luoghi analoghi con funzione di internamento dei pazienti e si fonda sul principio di *pericolosità* e della *scandalosità* del malato mentale. Nel testo di legge troviamo anche termini come «cura» e «guarigione» ma ciò che viene posto in primo piano è comunque l'esigenza della tutela dell'ordine pubblico. In effetti quella del 1904 *non è una legge sanitaria ma una legge di polizia* che pone tutta la psichiatria nell'area di competenza del sistema giudiziario.

Sia il ricovero che la dimissione dei pazienti sono subordinati a provvedimenti dell'autorità di polizia e della magistratura. Alla magistratura spetta anche il controllo su qualsiasi provvedimento che interessi il ricoverato durante la sua permanenza in manicomio. Alla autorità sanitaria vengono riconosciuti compiti scarsissimi: solo il medico provinciale ha l'incarico di ispezionare periodicamente il manicomio per verificarne il buon andamento. È vero che nelle intenzioni del legislatore c'era anche quella di garantire il cittadino, attraverso il controllo della magistratura, da eventuali abusi e soprusi degli psichiatri, ad esempio nel timore che essi potessero internare delle persone solo per favorire interessi patrimoniali o di altra natura dei familiari. Di fatto però la legge del 1904, concepita nel momento storico in cui dominava l'ideologia dello Stato «forte» e accentratore, finisce per far della psichiatria un'attività assolutamente particolare, sganciata dal resto della medicina e legata piuttosto al mondo della giustizia penale. Essa

s. 1

esprime una specie di compromesso tra medicina e giustizia. Allo psichiatra viene riconosciuta la responsabilità della «cura» e della «custodia», con una contraddizione insanabile: quella di pretendere di affidare alla competenza del medico un problema che è invece giuridico e della polizia, cioè quello della «pericolosità sociale» e della «scandalosità». Il bisogno di salute del paziente passa radicalmente in secondo piano. Ed ecco quindi che la psichiatria diventa un'organizzazione rigidissima. Essa deve garantire il più accurato controllo del comportamento delle persone che le vengono affidate affinché nulla accada che possa comunque turbare l'ordine pubblico.

La legge del 1904 instaurava nel nostro Paese un meccanismo perfettamente rispondente ai suoi presupposti politici, tanto che neanche il regime fascista ha sentito il bisogno di modificarla. Vediamo come ha funzionato in pratica per quasi settantacinque anni.

Alla base della legge vi era l'idea fondamentale che il *malato mentale doveva essere costretto a ricoverarsi*. In armonia con la teoria psichiatrica del tempo, non veniva riconosciuta dignità di espressione alla volontà del malato. La figura del ricoverato «volontario» — cioè l'ipotesi che un cittadino sofferente di disturbi psicologici potesse chiedere egli stesso di essere curato — era prevista solo in via eccezionale: doveva comunque essere limitata nel tempo e subordinata anch'essa al controllo giudiziario. Di norma, quindi, quando un cittadino mostrava un comportamento che preoccupava o disturbava il suo ambiente, scattava il meccanismo del ricovero «coatto», cioè obbligatorio.

Le situazioni potevano essere le più diverse. Immaginiamo una persona depressa che desta preoccupazione nei familiari, o un ubriaco in un luogo pubblico, o un ricoverato in un qualsiasi reparto di ospedale generale che mostri segni di confusione mentale grave. In base ad un certificato medico che lo dichiarava «pericoloso a sé e agli altri» o «di pubblico scandalo», l'autorità di pubblica sicurezza emetteva una «ordinanza di ricovero» in manicomio. Se il paziente non si lasciava convincere a ricoverarsi, veniva letteralmente catturato dalla forza pubblica, a volte strettamente legato e portato a forza al manicomio. Qui veniva messo nel reparto «osservazione» per essere «studiato» e «curato». Trascorso il termine massimo di trenta giorni, il direttore del manicomio aveva l'obbligo di decidere: o la dimissione del paziente (perché questi era «guarito» oppure perché era stato riconosciuto «sano di mente») o il suo *internamento definitivo*.

In questo caso, con decreto del tribunale, il paziente era trasferito in uno dei reparti del manicomio destinato ai «cronici» per rimanere, in pratica, senza un termine definito: anni, decenni, il più spesso fino alla morte. Avere avuto l'internamento definitivo significava, per un cittadino, essere preso in un ingranaggio medico-giudiziario dal quale non sarebbe mai più uscito. Egli entrava a far parte di una categoria particolare di cittadini, una via di mezzo tra quelli «liberi» e quelli colpevoli di reati e sottoposti a misure punitive. Il potere medico-giudiziario non avrebbe più cessato di scurarlo e controllarlo e con lui spesso anche i suoi familiari e i suoi discendenti. La notizia dell'internamento veniva immediatamente registrata nel *casellario giudiziale* che costituiva un marchio incancellabile riprodotto in ogni documento che il paziente, una volta dimesso, avesse dovuto richiedere per qualsiasi esigenza, ad esempio, per concorsi o assunzioni in amministrazioni pubbliche.

Era comunque difficile che una volta internato in via definitiva il paziente venisse poi dimesso. Poiché la dimissione comportava la responsabilità personale del direttore del manicomio, questi preferiva più spesso applicare la norma della cosiddetta *dimissione in esperimento*. Se la famiglia accettava di assumersi la responsabilità del paziente (il che non accadeva di frequente) il direttore lo rimandava a casa, avvisando il procuratore della Repubblica, la pubblica sicurezza e il sindaco del comune di residenza. Il paziente poteva essere internato di nuovo in qualsiasi momento in base ad un semplice certificato medico. Era una sorta di *libertà vigilata* che non restituiva affatto al paziente la pienezza dei suoi diritti ma lo teneva, al contrario, in una umiliante condizione di minorità.

Il cittadino internato in manicomio perdeva ogni diritto civile, compreso quello del voto. Dimesso era discriminato in ogni momento della vita pubblica, escluso dalla carriera nei servizi dello Stato e di altri enti pubblici, ostacolato nel rilascio della patente di guida o di altre concessioni governative. Il suo marchio doloroso si trasmetteva ai discendenti e ai parenti più stretti che a loro volta erano rigidamente discriminati nelle carriere statali (in particolare in quella militare), per il pregiudizio della ereditarietà della malattia mentale.

Dopo la legge del 1904 la vita nei manicomi si chiude su se stessa e si irrigidisce sempre di più. Si rafforza l'autorità assoluta del *medico direttore* cui la legge attribuisce un potere che non è paragonabile a quello di nessun altro funzionario delle amministra-

zioni pubbliche: è lui che decide di ogni aspetto delle attività che si svolgono nel manicomio e ha in mano, di fatto, il destino dei ricoverati. I medici rimangono ancora per molto tempo in numero scarso e fino agli anni più recenti sono privi di specializzazione; applicano le disposizioni della direzione e apprendono la psichiatria «sul campo», imparando a mantenere l'ordine nei reparti, a classificare i pazienti secondo il comportamento. Il nerbo del manicomio continua ad essere rappresentato dagli infermieri, inquadrati secondo una gerarchia rigida (capi, sottocapi, sorveglianti). Su di essi ricadono le conseguenze più pesanti della legge del 1904. Non solo non hanno alcun autentico riconoscimento professionale, ma vengono gravati della responsabilità diretta della «custodia» dei ricoverati. La legge stabilisce che siano assunti unicamente in base al «saper leggere e scrivere» e al possesso di «sana e robusta costituzione fisica». L'alta statura e una muscolatura imponente sono ritenute indispensabili per controllare e tenere a freno i ricoverati. La loro istruzione avviene nell'esperienza quotidiana e con qualche lezione tenuta dai medici del manicomio. Provvisi di povere nozioni tecniche (fare un'iniezione, applicare la camicia di forza ecc.) e invece accuratamente addestrati a non «farsi ingannare» dai ricoverati, gli infermieri devono sorvegliarli di continuo senza perderli mai d'occhio, scrutarli, perquisirli, reprimerli, rispondendo di persona — al direttore e al magistrato penale — di qualunque cosa accada. Era impossibile che si creasse, nel mondo manicomiale, un benché minimo rapporto terapeutico con gli internati. Gli infermieri rimasero così, ancora per decenni, lavoratori dequalificati, passivi esecutori degli ordini di servizio, severi «custodi» dei malati mentali. Negli anni che seguono la legge del 1904 sempre più si afferma tra gli psichiatri italiani una rigida *visione organicistica* delle malattie mentali, basata esclusivamente sulla ricerca delle cause fisiche, corporee dei disturbi del comportamento, trascurando del tutto il problema della *relazione* del paziente con il suo ambiente, con le altre persone, con gli avvenimenti significativi della sua esistenza (famiglia, scuola, lavoro). Le terapie impiegate sono abbastanza scarse. Farmaci sedativi e «contenzione meccanica» (camicia di forza, bende, cinghie e simili) dominano incontrastati. Verranno poi intro-

dotte, negli anni tra le due guerre mondiali, terapie rivoluzionarie e apparentemente «scientifiche», ma che in realtà sono delle brutali pratiche empiriche. Ricordiamo in particolare la piretoterapia, la psicochirurgia, le varie terapie di shock.

Ma intanto il numero dei ricoverati seguita a crescere, perché i pazienti dimessi sono sempre di meno dei nuovi internati e questo fenomeno continuerà fino agli anni Sessanta. Alla fine dell'Ottocento si calcolava che vi fossero in Italia 35.000 ricoverati; nel 1932 sono oltre 72.000; nel 1965 si arriverà a superare i 150.000. Si tratta di cifre sicuramente inferiori alla realtà perché le statistiche italiane sui malati mentali sono state sempre incomplete. Alcuni manicomi si trasformano in gigantesche concentrazioni di infelici, vere e proprie città della follia contenenti fino a 2.000-3.000 internati.

La vita degli internati trascorre nell'inerzia più assoluta. Rare visite di parenti, rarissime distrazioni. I più fortunati — anche se sfruttati — sono ancora quelli che vengono adibiti ai lavori interni con il pretesto dell'ergoterapia. Gli altri passano le loro giornate vuote passeggiando senza fine in pochi metri di spazio o sdraiati su panchine. Se poi sono sottoposti a «vigilanza speciale», sono guardati a vista, ammassati a decine entro cameroni spogli, arredati solo da panche e tavoli massicci fissati al suolo, quando non rimangono legati a letto per mesi e mesi senza interruzione.

L'emanazione della legge del 1904 segnò dunque l'assestamento definitivo del sistema della psichiatria italiana. Nei decenni successivi non vi furono novità significative. Gli istituti psichiatrici non si chiamarono più «manicomi» ma presero il nome più moderno di *ospedali psichiatrici*. Ma cambiato il nome, tutto il resto rimase immutato.

2. La piccola riforma del 1968: la legge n. 431

La prima modifica della legislazione psichiatrica si è avuta in Italia nel 1968 allorché le preoccupazioni per la «cura» del malato mentale cominciarono a prendere il sopravvento su quelle della sua «custodia».

La legge n. 431 del 1968 fu una «piccola riforma» che introdusse poche ma importanti innovazioni:

1. la possibilità del *ricovero volontario* su

semplice richiesta del cittadino, senza limiti di tempo, e la possibilità di trasformare il ricovero d'autorità (coatto) in ricovero volontario;

2. l'abolizione dell'iscrizione dei ricoveri nel casellario giudiziale: si riconosceva così che essere ricoverati in ospedale psichiatrico non doveva più essere un marchio incancellabile; inoltre si riparava alla vergognosa discriminazione esistente fra i cittadini — in genere i più poveri — che venivano ricoverati negli ospedali pubblici e quelli che, per il loro maggiore potere economico e sociale, potevano ricoverarsi nelle case di cura private, riuscendo così a evitare l'iscrizione nel casellario. Altre norme della legge tendevano semplicemente a favorire lo svecchiamento della psichiatria per darle un'organizzazione più moderna e di tipo sanitario. Fu stabilito che anche l'ospedale psichiatrico doveva essere organizzato in «divisioni» come l'ospedale civile e non poteva avere più di 625 posti letto. Veniva aumentato il personale sanitario; venivano istituiti dei *servizi di igiene mentale* extra-ospedalieri, dotati di proprio personale; venivano introdotte nuove figure professionali come psicologi, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali.

La legge del 1968 permetteva il ricovero «volontario» ma non aboliva la violenza poliziesca del ricovero «coatto»; introduceva gli psicologi, ma trascurava completamente l'esigenza di dare dignità professionale agli infermieri. In sostanza non superava la legge del 1904 che rimaneva in vigore.

Nulla cambiava nei rapporti fra la psichiatria e la giustizia penale che la controllava. Un po' più «sanitarizzata», la psichiatria rimaneva peraltro isolata da tutte le altre attività sanitarie e sociali, rimaneva ancora un «corpo separato dello Stato».

3. La crisi del manicomio e la rottura istituzionale

Perché si potesse giungere ad una vera riforma era necessario scoprire fino in fondo la realtà della psichiatria e sperimentare modi nuovi per affrontare i problemi della follia.

Va detto che la psichiatria era entrata in crisi e si era già rinnovata in altri Paesi, prima che da noi. In Francia, fin dai primi anni del dopoguerra, c'era stato un intenso dibattito che aveva denunciato le contraddizioni e le deformazioni della psichiatria. Nel 1960 era entrata in vigore una riforma che modificava in parte la classica organizzazione di tipo manicomial: veniva creata una psichiatria extraospedaliera legando l'attività

degli ospedali psichiatrici a zone ben determinate di territorio (la cosiddetta «psichiatria di settore»). Conseguenze importanti per la psichiatria si erano avute in Inghilterra con la creazione del Servizio sanitario nazionale, avvenuta nel 1946.

In Italia la cultura psichiatrica, rimasta immobile e polverosa durante tutto il periodo fascista, si aprì a nuovi stimoli tra il 1950 e il 1960. Cominciarono lentamente a diffondersi le idee della psicoanalisi, della sociologia, dell'antropologia culturale, scienze che permettevano di vedere sotto una luce diversa i problemi della follia e dei manicomi e offrivano strumenti per capire e per criticare il modo di pensare della psichiatria tradizionale. Negli stessi anni un avvenimento molto importante fu l'introduzione dell'uso degli *psicofarmaci*, che suscitavano subito grandi speranze e contribuirono a far sì che medici e infermieri assumessero un atteggiamento più attivo, più «terapeutico» nei riguardi dei ricoverati degli ospedali psichiatrici.

Si andava formando in quegli anni una generazione di giovani psichiatri che sentivano l'urgenza di superare i limiti provinciali della nostra cultura, di cui avvertivano l'arretratezza e, nello stesso tempo, vedevano lucidamente le contraddizioni stridenti tra la teoria e la pratica della psichiatria. Il momento decisivo si ebbe quando alcuni di questi nuovi psichiatri si impegnarono nel lavoro di *analisi e di cambiamento della pratica della psichiatria*. Si analizzò la vita dell'ospedale psichiatrico e la sua organizzazione per capire a quali esigenze esso risponde; chi vi è internato e perché e come viene trattato. Si cercò di capire quali funzioni reali svolgano i medici e gli infermieri, quale tipo di rapporto abbiano tra di loro e con il paziente. Ci si domandò quale valore concreto abbiano in pratica le diagnosi, le terapie e ogni altro provvedimento preso nei riguardi del paziente e così via. Contemporaneamente man mano che l'organizzazione del manicomio mostrava il suo vero volto, diventava possibile introdurre dei cambiamenti, da quelli più semplici, relativi alla vita quotidiana dei ricoverati, fino a quelli più significativi che finivano per far saltare la logica della *reclusione psichiatrica*.

Dapprima si è smontata la «macchina manicomial», dimostrandone l'assurdità e la violenza. Si è scoperto poi che non solo era possibile vivere diversamente nel manicomio, ma anzi era necessario superarlo per affrontare in modo più corretto, dal punto di vista umano e scientifico, i problemi della follia.

Tutto questo è avvenuto per un processo

durato degli anni; esso ha avuto alcune caratteristiche che è importante sottolineare:

— non è stato il frutto della sperimentazione di qualche nuova teoria astratta, ma è partito dalla realtà e si è sempre legato al lavoro quotidiano;

— non è stato il prodotto di singoli studiosi isolati, al contrario è stato reso possibile dall'impegno di un numero crescente di persone (medici, pazienti, amministratori, sindacalisti, studenti ecc.) che hanno creato un nuovo patrimonio di cultura intorno ai problemi della psichiatria;

— è stato avviato in alcuni ospedali che non erano diversi dalla media degli ospedali psichiatrici italiani. Era la situazione tipica che rispondeva alla legge manicomiale del 1904 e alle concezioni della psichiatria tradizionale.

In questa situazione venne maturando la consapevolezza che, se compito della psichiatria è quello di curare i malati di mente, il manicomio non risponde affatto a questa esigenza. Si comprese, al contrario, che esso aggiunge nuova sofferenza e che addirittura produce, nelle persone internate una nuova malattia: la cosiddetta *nevrosi da istituzionalizzazione*, che è uno stato di profonda regressione della personalità con apatia, indifferenza, perdita delle capacità di iniziativa e di rapporto con gli altri.

4. Le esperienze di rinnovamento

In Italia l'inizio del processo di rinnovamento si lega al nome di Franco Basaglia e a quello dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia nel quale egli cominciò a lavorare nel 1961 come direttore. Dopo pochi anni, con un gruppo di collaboratori di valore, egli poteva già dimostrare che era possibile modificare completamente il volto del manicomio e prendersi cura in modo nuovo dei malati mentali.

Uno degli strumenti adoperati per avviare la trasformazione della vita manicomiale fu la *comunità terapeutica* (CT). Questo modello di attività, già ampiamente utilizzato in ospedali psichiatrici degli Stati Uniti e dell'Inghilterra, costituì una novità rivoluzionaria nella situazione di arretratezza della psichiatria italiana. Esso rappresenta esattamente il rovescio delle abitudini e dei principi su cui si basa un ospedale psichiatrico. Nella CT si crea una responsabilizzazione

reciproca dei medici e infermieri e dei ricoverati. Non vi sono ordini che calano dall'alto, ma decisioni prese collettivamente. Nelle discussioni di gruppo ciascuno può confrontarsi con tutti uscendo dal proprio isolamento. Tutte le norme e le abitudini vengono messe in discussione, criticate e modificate in modo da farle servire a promuovere la dignità e il benessere delle persone costrette a vivere nell'istituzione.

Questo tipo di vita di una comunità diventa *terapeutico* da diversi punti di vista. Consente la comunicazione più ampia e libera, ognuno può essere veramente se stesso, riacquista la dignità di persona, può confrontarsi con i propri problemi e con quelli degli altri. Il malato è quindi meno solo con le sue angosce, può parlarne liberamente con gli altri imparando che spesso si tratta di angosce comuni a tutti; scompaiono le forme di aggressività e di violenza tipiche degli ospedali psichiatrici.

Il modello della CT inoltre, diventa terapeutico anche nei riguardi dei medici, degli infermieri, dell'istituzione nel suo complesso. Attraverso il confronto e il dialogo si scopre che il manicomio non è mortificante solo per i pazienti ma per tutti, e a poco a poco si matura l'esigenza di una professionalità diversa. I concetti di pericolosità e di gravità assoluta dei malati cominciano a cadere mano mano che il nuovo clima di responsabilità collettiva trasforma l'ospedale. Le porte dei reparti vengono aperte e chiunque è libero di spostarsi all'interno dell'ospedale; si riscopre l'uso di cose prima impensabili come gli abiti civili, le posate, i rasoi elettrici, gli oggetti personali; la vita quotidiana si arricchisce di nuove iniziative e di nuove attività. Inoltre, scompaiono i mezzi di contenimento meccanica e l'uso punitivo delle terapie, come l'elettroshock. Si scopre che la follia è tutt'altro che incomprensibile, che nei suoi drammi e nelle sue sofferenze vi sono fatti molto concreti, storie di persone reali con le loro miserie, le loro angosce e le loro speranze, persone alle quali la psichiatria tradizionale non aveva dato mai risposta.

Così, se all'inizio la CT poteva essere considerata solo il mezzo per rendere più umano l'ospedale psichiatrico, gradualmente essa si trasforma in uno strumento di critica sempre più incisiva dell'intero sistema della psichiatria. Ed è sotto questo aspetto che il processo avviato a Gorizia si diffuse in breve tempo in diverse altre città italiane ciascuna

s. 3

delle quali dette un suo particolare contributo alla formazione di una nuova cultura psichiatrica.

Perugia, Parma, Arezzo, Ferrara, Nocera Inferiore e poi, più tardi Trieste, Genova, Napoli, Reggio Calabria furono altre sedi di sperimentazione della «nuova psichiatria» italiana. In ciascuna delle città che abbiamo ricordato l'opera di «smantellamento del manicomio» ha avuto caratteri e risultati diversi, dipendenti dalla storia passata, dalle scelte culturali degli operatori, dai rapporti tra l'ospedale e la città, dalle caratteristiche socioeconomiche del territorio e così via. Nel loro insieme però, queste esperienze diverse hanno seguito un cammino comune: dalla trasformazione della vita quotidiana e dei rapporti con i ricoverati all'interno dell'ospedale si è passati all'apertura dell'ospedale stesso e poi alla creazione di legami sempre più stretti tra l'interno e l'esterno.

Il processo di crisi della psichiatria tradizionale e di costruzione di una nuova psichiatria ha un impulso decisivo quando prende forma una vera attività di *psichiatria extraospedaliera*, sul territorio. In varie province italiane andarono sorgendo i CIM, Centri di Igiene Mentale, che consistevano in piccoli nuclei di medici, infermieri, assistenti sociali che operavano in gruppo in varie località del territorio. Essi sorgono per la necessità di sostenere e proseguire all'esterno l'azione di cambiamento iniziata dentro l'ospedale; devono garantire l'assistenza ai dimessi e alle loro famiglie ma anche cercare di cogliere le cause che determinano la rottura dei rapporti tra il malato psichiatrico e il suo ambiente e prevenire i meccanismi che portano al rifiuto del malato e al ricovero in ospedale psichiatrico. Mediante un *nuovo stile di lavoro* che li porta ad un contatto stretto con la gente, gradualmente rintracciano le radici del problema psichiatrico *là dove nasce e si forma* e ne scoprono le connessioni concrete con numerosi aspetti materiali e psicologici dell'esistenza. Diventa chiaro che il ricovero in ospedale psichiatrico è solo la tappa finale di storie personali complesse che cominciano a volte molto tempo prima del ricovero stesso. In queste storie la sofferenza o la malattia si intrecciano molto strettamente con tanti problemi diversi: familiari, lavorativi, economici, psicologici. Ogni paziente non è più semplicemente un «caso clinico» ma rappresenta una *situazione* che coinvolge lui e le altre persone. Il ricovero in ospedale psichiatrico, come si era abituati a fare, allontana i problemi, ma non li risolve. I CIM dimostrano che è possibile intervenire quando il paziente ha una crisi grave, aiutandolo a superarla, senza dover far ricorso

alla violenza del ricovero coatto.

La psichiatria extraospedaliera viene favorita dalla legge del 1968. Non tutte le Province italiane però seppero o vollero approfittare dell'occasione offerta dalla legge per rinnovare la propria organizzazione psichiatrica. In molte parti d'Italia la difesa delle prerogative del manicomio fu tenace, tanto che per molti anni e fino ad oggi si accentuano gli squilibri tra le province più avanzate e quelle più arretrate del nostro Paese.

5. La psichiatria nella riforma sanitaria

L'organizzazione della psichiatria ha la sua vera svolta con la riforma sanitaria. Il 23.12.1978 è stata emanata la legge n. 833 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che ha il compito di garantire la difesa della salute e la sua promozione.

L'organizzazione della psichiatria in Italia era stata riformata con una legge ormai nota come «legge 180», emanata il 13 maggio 1978. Essa ha anticipato quindi di pochi mesi la riforma sanitaria generale. In conseguenza di quest'ultima, non esiste più una legge particolare per la psichiatria, in quanto la stessa legge 180 viene compresa nella legge 833 ed è a quest'ultima che d'ora in poi bisogna riferirsi.

La legge 833 stabilisce le norme per la psichiatria come per ogni altra attività in campo sanitario, in base a *principi generali* esposti nell'articolo 1:

«La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana». Tra gli *obiettivi* del SSN elencati nell'articolo 2, troviamo indicati quelli che interessano la psichiatria: «Il SSN nell'ambito delle sue competenze persegue: (...) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici».

Da questa impostazione generale derivano conseguenze importanti:

— la psichiatria entra a far parte del SSN e non ha più alcun rapporto particolare con la giustizia e con la polizia; anche coloro che sono addetti alla psichiatria fanno parte del SSN, come ogni altro medico e infermiere, senza alcuna distinzione;

— compito della psichiatria è esclusivamente la tutela della salute mentale; essa non ha più le funzioni specifiche di tipo «custodialistico» e di controllo repressivo che le venivano affidate dalla legge del 1904;

— il cittadino sofferente di disturbi psichici è considerato dalla legge come persona bisognosa di cura e di assistenza senza alcuna discriminazione rispetto a coloro che soffrono di disturbi o malattie di altro genere; non va più «segregato» ma curato da servizi specialistici che rientrano nel complesso delle attività del SSN.

I servizi psichiatrici previsti dalla legge di riforma hanno un carattere particolare: la loro attività si svolge essenzialmente sul territorio, al di fuori delle strutture ospedaliere. Dice infatti l'articolo 34: «Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extra-ospedalieri». Questa norma, di straordinaria importanza, accoglie il frutto delle ricche esperienze maturate in tante parti d'Italia negli anni precedenti: essa riconosce che è possibile ed è corretto curare gli stati di sofferenza psichica nella maggior parte dei casi senza far ricorso all'internamento del paziente, senza cioè separarlo necessariamente dai suoi interessi, dalle sue occupazioni, dal suo ambiente di vita. Ciò non vuol dire che

sia sempre possibile fare a meno del ricovero; esso però va riservato ai casi di assoluta necessità e quando deve avvenire «obbligatoriamente», cioè contro la volontà del paziente, la legge stabilisce delle norme che si ispirano a principi generali validi per tutta la sanità.

Coerentemente con questa impostazione, la legge di riforma stabilisce che vengano aboliti i luoghi tradizionalmente riservati all'internamento dei malati mentali. Gli ospedali psichiatrici esistenti in Italia perdono le loro funzioni: non possono essere più utilizzati per ricoverare nuovi malati ma devono essere «gradualmente superati». La legge vieta espressamente di ricostruirli sotto qualsiasi forma, anche mascherandoli sotto diverso nome: dice infatti l'articolo 64 della legge 833: «È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni psichiatriche o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche».

La svolta è quindi radicale. Si chiude la lunga storia del manicomio e si apre la possibilità di una nuova forma di psichiatria, finalmente attenta ai bisogni di salute dei cittadini e aderente ai principi della Costituzione italiana.

s. 4

La psichiatria dopo la riforma: problemi e prospettive

L'entrata in vigore nel 1978 della legge di riforma ha chiuso un capitolo della storia della psichiatria.

Il nuovo capitolo è ancora agli inizi; anche se molte cose sono cambiate, il processo di trasformazione della psichiatria è ancora incompleto. Attualmente ci troviamo in una fase di passaggio difficile e delicata: il sistema manicomiale sta morendo e il *nuovo sistema dei servizi* previsto dalla riforma non c'è ancora completamente o almeno non ha prodotto tutti i suoi risultati positivi.

In questa situazione emergono spontaneamente numerose perplessità. Non tutte le esigenze dei cittadini bisognosi di assistenza psichiatrica ricevono pronta risposta, ovvero le risposte non corrispondono alle aspettative nei riguardi della riforma sanitaria. Allora, anche di fronte ad esperienze personali dolorose, sorgono dubbi sulla validità della legge di riforma, nota ai più come «legge 180».

La legge di riforma sanitaria è senza dubbio avanzata e civilissima e delinea in modo veramente nuovo e moderno il compito della tutela della salute mentale. È però una legge-quadro che stabilisce i principi generali e fondamentali che devono essere alla base della costruzione della nuova psichiatria. Questi principi vanno tradotti in pratica perché la riforma possa dare i suoi frutti. Occorre cioè *attuare la riforma* e questo è un compito preciso degli organismi politici e amministrativi (Ministero della Sanità, Regioni, USL) e dei responsabili tecnici (medici e altre categorie professionali).

Analizziamo in concreto quali problemi occorra affrontare e quali nuove prospettive si possano intravedere.

1. Cambiare è difficile

La particolare difficoltà della attuazione della riforma sta anzitutto nel fatto che bisogna creare dei nuovi servizi trasformando un vecchio sistema molto complesso e profondamente radicato. Tutto il patrimonio di uomini e di mezzi che fino a ieri si concentrava in un'unica istituzione ospedaliera provinciale (il «manicomio») va oggi ridistribuito per ciascuna USL in cui è suddivisa ogni provincia per attivare i nuovi servizi previsti dalla legge di riforma. Si tratta di ripartire le risorse economiche, di trovare nuove strutture edilizie e — ciò che è più difficile — di spostare gli operatori psichiatrici dagli ospedali al territorio, modificando radicalmente l'organizzazione e lo stile di lavoro. Questo grande processo di trasformazione incontra resistenze vischiose quando, inevitabilmente, viene ad urtare contro le vecchie mentalità o incide sugli interessi delle categorie professionali o su posizioni di potere. Per superare queste resistenze occorre decisa volontà e intelligenza politica, sapendo che va combattuta una battaglia su due fronti: organizzare i servizi per rispondere ai nuovi bisogni di assistenza e nello stesso tempo non abbandonare i cittadini ancora ricoverati negli ospedali psichiatrici.

s. 1

2. Il superamento degli ospedali psichiatrici

Gli ospedali psichiatrici esistenti dall'1 gennaio 1981 non possono più accogliere nuovi ricoverati. Secondo la riforma (art. 64) spetta alle Regioni provvedere al loro «graduale superamento» e alla loro «diversa utilizzazione» man mano che si rendono disponibili.

Intorno a questo problema sono sorti gravi equivoci che hanno giustamente allarmato l'opinione pubblica. C'è chi ha pensato che gli ospedali dovessero semplicemente «chiudere» e dimettere da un giorno all'altro le persone che vi erano ricoverate, cessando di assisterle. Se qualcosa del genere è successo in qualche parte d'Italia, è stato senza alcun dubbio un gesto di irresponsabilità da parte dei medici e degli amministratori. Il «graduale superamento» degli ospedali psichiatrici non può essere attuato in modo sbrigativo e burocratico. Rappresenta invece un compito delicato, che richiede una programmazione attenta e una serie di interventi molto impegnativi.

È importante tenere presente che gli ospedali che già negli anni passati hanno affrontato in modo nuovo i problemi della psichiatria, oggi sono ormai *praticamente superati*: pensiamo, per fare un esempio, a quelli di Perugia e di Trieste. Per quegli altri ospedali invece nei quali le iniziative di cambiamento erano state scarse o assenti, oggi c'è ancora tutto da fare. Il compito quindi è gravoso e ci può essere il rischio, se manca la volontà di trasformare realmente le condizioni di vita dei ricoverati, che tutto venga lasciato come prima, magari modificando soltanto la denominazione dell'ospedale.

Storicamente gli ospedali psichiatrici hanno sempre avuto la funzione di contenitori dei problemi medico-sociali più disparati. Al loro interno noi troviamo ancora oggi ricoverate persone che presentano bisogni estremamente diversi tra loro. Per «superare» l'ospedale psichiatrico è necessario partire dall'analisi molto concreta delle varie situazioni di bisogno e trovare le soluzioni che, logicamente, non possono essere uguali per tutti. È questo il modo corretto di affrontare il compito della *deistituzionalizzazione*, termine entrato nell'uso per indicare appunto il superamento dell'ospedale psichiatrico come «istituzione» per sostituirlo con forme di intervento adatte ai *bisogni reali* dei ricoverati. Per fare ciò è però indispensabile intervenire sulle condizioni di vita dei ricoverati stessi per riparare i guasti prodotti dalla lunga permanenza in regime ospedaliero chiuso. Da questo punto di vista non si tratta di altro che della *riabilitazione*, che è uno degli obiettivi fondamentali della riforma sanitaria.

La riabilitazione va concepita come il risultato di un processo delicato, spesso difficile, che non può essere lasciato alla spontaneità ma che richiede un impegno assiduo e precisi programmi di lavoro. Si tratta in breve, di aiutare i pazienti ad emanciparsi dal legame di dipendenza completa dall'ospedale

per acquistare capacità autonome di rapporto con la vita esterna, con i luoghi della società civile, con il lavoro e così via. Tra i numerosi problemi che occorre affrontare e risolvere, vogliamo accennare alla grande importanza che hanno i rapporti con le famiglie, rapporti che vanno chiariti con realismo e spirito critico. Proprio quando si comincia a prospettare la possibilità di liberare il paziente dalla condizione di internamento nell'istituzione psichiatrica riaffiorano antichi conflitti, incomprensioni, ostilità, ovvero si scoprono bruscamente realtà rimaste nascoste. Spesso, infatti, durante lunghi anni di ricovero del paziente e a sua insaputa, la famiglia è profondamente cambiata, ha raggiunto un nuovo equilibrio, magari perché il coniuge ha trovato nuovi affetti ovvero i figli si sono costruiti una vita autonoma, nella quale ormai non c'è più posto per il genitore rimasto in ospedale. Questi e tanti problemi analoghi non possono venire ignorati ma vanno affrontati con chiarezza. È sbagliato pensare di rimandare per forza il ricoverato in famiglia, caricando questa di un peso insostenibile e mettendo l'ex degente in una situazione di tensione psicologica fortemente dannosa. È assurdo comportarsi come se la famiglia fosse direttamente responsabile del prolungato ricovero del paziente e addirittura farla sentire in colpa se non può riprenderselo in casa. Spesso non si fa altro che creare nuova sofferenza e nuovi problemi di più difficile soluzione. È più giusto aiutare sia la famiglia sia il paziente a chiarire e a risolvere fino in fondo i rapporti che li legano e portare il ricoverato a costruirsi, fuori dell'ospedale, una sua «nuova» esistenza indipendente.

Per altri ricoverati in età avanzata ma ancora validi, dopo molti anni, spesso decenni, di ricovero, una parte dell'ospedale può acquistare la funzione di casa-albergo o di luogo di ospitalità protetta che venga incontro ai loro bisogni di sicurezza psicologica e di assistenza sanitaria. Per altri ancora occorre risolvere problemi tecnici complessi. Epilettici, paralitici, anziani deteriorati, giovani handicappati per lesioni cerebrali infantili hanno bisogno di assistenza assidua e di interventi sanitari qualificati, che occorre programmare ed attuare insieme con gli altri servizi specialistici dell'USL.

3. I malati mentali gravi

Il problema dei malati mentali gravi, considerati «pericolosi» e «inguaribili» va impostato in termini molto realistici. Anzitutto, di pazienti che in qualche modo corrispondono

all'immagine che comunemente si ha di questo tipo di malato mentale, negli ospedali psichiatrici ce ne sono molti meno di quanto si creda. Tra la folla dei cosiddetti «lungodegenti» o «cronici», persone disperate ormai spente dalla vita istituzionale, si incontrano oggi alcuni malati gravi, in genere «psicotici», che sembrano resistere ad ogni tentativo di cura nuova o di cambiamento dell'ambiente. Erano già malati difficili all'inizio della loro permanenza in ospedale. Poi, anni e anni di internamento trascorsi nell'innattività, sorvegliati rigidamente, circondati dalla diffidenza sospettosa del personale, sottoposti a pesanti terapie di shock o con psicofarmaci, hanno plasmato negativamente la loro persona. Mentre si ritiravano sempre più nel loro mondo psicotico, essi imparavano a comunicare con l'esterno, a richiamare l'attenzione e l'interessamento dell'ambiente attraverso la violenza e la provocazione. In modo paradossale e tragico, la vita in regime manicomiale ha suscitato in questi ricoverati, il bisogno vero e proprio di essere sorvegliati e controllati. Non è pensabile che il «superamento» dell'ospedale psichiatrico significhi, per questi pazienti, abbandonarli a se stessi. Anch'essi pongono un problema di cura e di riabilitazione che non è diverso, in sostanza, da quello degli altri ricoverati: soltanto è un compito più difficile che comporta l'impiego assiduo e paziente di numerosi operatori psichiatrici ben preparati e collegati agli altri servizi sanitari e sociali dell'USL. Va certamente garantita anche a questi pazienti gravi la possibilità di permanere ancora a lungo in luoghi di residenza protetta che offrano assistenza e sostegno sicuri durante tutto il processo della riabilitazione. Nel caso poi che si verifichino crisi acute o momenti di sofferenza particolarmente intensa, anche questi pazienti, come qualsiasi altra persona, possono essere ricoverati (volontariamente o in TSO) presso i Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali.

4. Il superamento dell'ospedale psichiatrico e i servizi psichiatrici territoriali

È evidente che il «superamento» dell'ospedale psichiatrico può realizzarsi veramente a mano a mano che è possibile trovare fuori dell'ospedale stesso le risposte più corrette ai bisogni delle persone internate. Atten-

zione, però. Il vecchio ospedale, essendo il luogo della segregazione assoluta della follia, svolgeva anche un'azione *totalizzante*, cioè finiva per provvedere ad ogni aspetto dell'esistenza delle persone internate: aspetti sanitari e sociali.

Venuta a cessare la funzione storica degli ospedali psichiatrici, la stessa logica totalizzante non deve riprodursi a livello dei servizi psichiatrici territoriali. È invece necessario che altri servizi sanitari non psichiatrici o altre forme di intervento sociale assumano sino in fondo la responsabilità di rispondere alle esigenze di tutti i cittadini senza discriminazione tra «malati mentali» e non. Il destino della riforma della psichiatria si lega pertanto all'attuazione della riforma sanitaria nel suo complesso.

Sotto questo aspetto gli ostacoli da superare sono molti. Oltre ai problemi di ordine pratico, è ancora necessaria una grande *bataglia culturale* per conquistare una *nuova mentalità* intorno ai problemi della psichiatria. Questa esigenza si pone in particolare nei riguardi del mondo della medicina nel quale si trovano ancora atteggiamenti di indifferenza e di incomprensione nei riguardi della sofferenza psicologica.

L'ingresso della psichiatria negli ospedali generali è stato visto con sospetto e diffidenza, come un possibile elemento di disturbo; molto spesso il Servizio psichiatrico è stato ridotto ad un «repartino» per malati mentali emarginato in spazi chiusi e isolati, senza scambi con la vita degli altri reparti dell'ospedale, fino a trasformarsi ben presto in un mini-manicomio. In altri casi le scelte per la sistemazione dei malati mentali negli ospedali generali sono state affrettate e inopportune, così da creare disagi e tensioni che hanno suscitato critiche alla riforma. Occorre ancora un impegno tenace e intelligente perché tutti gli altri servizi sanitari e sociali accettino di confrontarsi con i bisogni concreti dei malati mentali e riconoscano la loro parte di competenza e di responsabilità nei problemi considerati fino ad oggi esclusivi della psichiatria, senza separazioni artificiali.

5. Servizi e condizioni reali di vita

Il discorso si fa ancora più complesso se si considera che la gran parte dei problemi di cui deve occuparsi la psichiatria coinvolge

s. 2

profondamente l'esistenza concreta della persona malata e della sua famiglia. Gli stessi problemi possono quindi presentarsi in modo diverso nei vari ambienti di vita e influiscono sui criteri di organizzazione del servizio psichiatrico dell'USL.

Si pensi, ad esempio, alla diversità della situazione nei piccoli centri di provincia rispetto alle grandi città. Nei piccoli centri i problemi sono più circoscritti, i rapporti tra le persone e le varie istituzioni sociali sono più diretti e immediati; esiste in genere una cultura più omogenea che favorisce la comunicazione tra la gente, anche se poi c'è un maggior conformismo e un maggior controllo sociale.

Nelle grandi città tutti i problemi sono dilatati e ad uno stile di vita più libero corrisponde l'anonimato e la solitudine; la complessità della vita quotidiana, degli impegni lavorativi ecc., fa sì che sia più difficile non solo la solidarietà tra le persone ma anche la semplice tolleranza; l'emarginazione sociale presenta i suoi aspetti più disperati e così pure il fenomeno della disgregazione delle famiglie, della miseria economica e così via. Proprio nelle grandi città la «fine» del manicomio ha avuto le ripercussioni maggiori, poiché garantisce la tranquillità dell'ambiente e al tempo stesso assicurava la sopravvivenza di tante persone. Ci si è accorti però che si trattava di problemi diversissimi tra loro: persone anziane prive di qualsiasi assistenza, handicappati adulti, «barboni» abbandonati a se stessi, malati mentali cronici, privi di sostegno familiare e così via. Non si può chiedere più alla psichiatria di risolvere contraddizioni che sono di ordine sociale, che si legano alla qualità della vita nelle nostre città.

6. L'esigenza della rifondazione scientifica della psichiatria

I vecchi strumenti culturali non sono adeguati e sufficienti per comprendere i problemi che gli psichiatri devono affrontare oggi fuori degli ospedali, al contatto con la gente, nei luoghi reali dove le persone vivono, lavorano, soffrono. La società stessa è profondamente cambiata nel volgere di pochi decenni, si rivolge alla psichiatria con una consapevolezza diversa di un tempo e nuovi interrogativi vengono posti con forza dai giovani, dalle donne, dai lavoratori nelle fabbriche, dagli anziani.

La tutela della salute mentale secondo lo spirito della riforma sanitaria pone alla psichiatria dei compiti nuovi e complessi. Fare psichiatria nei servizi extra-ospedalieri è molto più difficile di quanto non fosse nei

manicomi, richiede capacità professionali e disponibilità maggiori. Acquista un valore decisivo per l'avvenire della psichiatria la *formazione degli operatori*: medici, infermieri e altre figure professionali impegnate nei servizi delle USL.

Mentre prosegue il processo di trasformazione della psichiatria, cresce chiaramente l'esigenza della ricerca scientifica e, più in generale, della riflessione sui fondamenti scientifici della psichiatria. È una esigenza stimolata dalle esperienze via via più ricche che vanno facendo gli operatori e che pongono interrogativi nuovi sulle malattie mentali o suggeriscono modi nuovi per impostare vecchi problemi. Proprio nella sua fase di trasformazione-rinnovamento, la psichiatria ha bisogno di verificare se stessa, le sue teorie, i suoi metodi di intervento.

7. Sopravvivono i manicomi criminali

La riforma della psichiatria, pur così vasta e innovatrice, presenta una grave lacuna: ha lasciato completamente intatto il *manicomio criminale*. Esso ha perso il nome di «ospedale psichiatrico giudiziario» ma non è cambiato rispetto a ciò che è sempre stato: un luogo di segregazione dura, che non può avere alcuna funzione di tipo sanitario, cioè di cura e di riabilitazione di coloro che vi vengono internati con l'etichetta di «malati mentali». Il manicomio criminale rimane praticamente tagliato fuori dal Servizio Sanitario Nazionale e rivela il suo vero significato in rapporto al sistema carcerario.

Va detto che non basta la riforma della sanità per superare i manicomi criminali. Essi sono infatti legati al funzionamento della giustizia e occorrerebbe modificare norme importanti del codice penale e di procedura penale. Il problema è complesso ma ci rimanda ad altre riforme ugualmente urgenti e importanti. Infatti, dopo più di trenta anni dalla Costituzione della Repubblica, sono ancora in vigore in Italia i codici emanati dal governo fascista del 1930.

Con il manicomio criminale sopravvive dunque il residuo di una vecchia Italia con la sua concezione disperata dell'uomo e la visione repressiva della giustizia e della psichiatria. Proprio per questo esso costituisce un problema reale che va affrontato ancora con grande impegno.

8. Modificare o applicare la riforma psichiatrica?

Numerosi segnali avvertono che si sono acuiti i problemi derivanti dal ritardo e dalla

incompletezza dell'attuazione della legge di riforma. I vecchi manicomi hanno perso la loro funzione ma ancora mancano in molte regioni italiane i servizi psichiatrici organizzati dalle USL per garantire l'assistenza necessaria. Il peso di ciò ricade sempre più sulle famiglie e in particolare sulle donne che, per il loro ruolo tradizionale, sono costrette a farsi carico dell'assistenza dei familiari malati.

Il disagio e le proteste espressi soprattutto da famiglie di malati mentali, hanno costituito il motivo di alcuni progetti di legge, uno dei quali è stato presentato dal Ministero della Sanità. Con questi progetti si vorrebbe venire incontro ai bisogni più urgenti, quali quelli di intervento tempestivo nei casi acuti e di assistenza prolungata per i casi più gravi e cronici.

Per fare questo si propongono però delle nuove norme che modificano profondamente la legge di riforma e ne rendono vani i principi ispiratori. Infatti il progetto del Ministero della Sanità conferisce ampi poteri alle forze di Pubblica Sicurezza che possono far ricoverare nel Servizio psichiatrico ospedaliero un cittadino infermo senza che vi sia un provvedimento dell'autorità sanitaria. Il periodo nel quale il cittadino sottoposto a TSO è costretto a rimanere ricoverato non può essere inferiore a 15 giorni; se supera i 30 giorni, il paziente viene trasferito, per disposizione della magistratura, in strutture speciali per cronici, nelle quali possono venire internati anche infermi di altra natura. L'analogia con il sistema manicomiale garantito dalla legge del 1904 è impressionante. La proposta di legge centra tutto l'interesse sul ricovero ospedaliero e sull'internamento del paziente, prevedendo a questo scopo anche finanziamenti appositi. Trascura del tutto, invece, i servizi psichiatrici extra-ospedalieri, sia per quanto riguarda gli operatori, sia per le strutture di nuova concezione che sappiamo essere indispensabili per organizzare una psichiatria moderna ed efficace. Il vero problema non è quello di modificare la legge di riforma, ma è invece quello di *attuare ovunque, in modo completo e corretto*. A tale scopo sarebbero sufficienti semplici norme di applicazione della legge 833 che impongano alle Regioni ancora inadempienti di provvedere alla creazione o al rafforzamento dei servizi psichiatrici delle USL. Tali norme dovrebbero stabilire i criteri da seguire affinché ogni USL

garantisca un'assistenza tempestiva e continuativa nell'arco delle 24 ore, compresi i giorni festivi, dotandosi del personale adeguato nonché delle nuove strutture. È indispensabile, prima di ogni altra cosa, provvedere al finanziamento urgente di questi nuovi servizi. Forme particolari di intervento sarebbero poi necessarie per le esigenze delle zone del Paese più sprovviste di risorse, come le Regioni meridionali.

9. Psichiatrizzare / depsiachiatrizzare

Nel corso del dibattito politico e culturale degli ultimi anni, il nostro linguaggio si è arricchito di due parole nuove, «psichiatrizzare» e «depsiachiatrizzare», che riassumono molta parte dell'azione di critica e di rinnovamento nel campo della salute mentale.

Psichiatrizzare significa ridurre a puro fenomeno di patologia psichica quelle situazioni di sofferenza che sconvolgono la tranquillità o che turbano il «normale» equilibrio della vita sociale, invece di riconoscere che in esse si nascondono problemi assai diversi. A volte in queste situazioni vi sono certamente dei fenomeni di malattia o di disturbo psichico che però sono solo *un* aspetto di realtà più complesse. Si tratta di realtà che — se fossero riconosciute — costringerebbero a mettere in discussione varie cose come l'organizzazione della vita e del lavoro, i rapporti fra le persone, i privilegi di alcuni ai danni di altri, le idee e i pregiudizi e così via. È più semplice allora trasformare certe situazioni in problemi di malattia perché in tal modo nessuno ne ha più la responsabilità e possono essere affidati ad uno specialista o a un'organizzazione apposita incaricati di risolverli.

Fin dalla sua origine, infatti, la psichiatria è sempre stata usata per risolvere *altri problemi*. Ce lo dimostra la storia del manicomio, che è servito in tempi difficili per la società italiana a fronteggiare la pellagra, l'alcoolismo e altre conseguenze della miseria. Oggi si tende a psichiatrizzare numerose situazioni che fanno parte della nostra vita quotidiana: ad esempio il rapporto dei bambini con la scuola, le difficoltà e le sofferenze dei lavoratori nel posto di lavoro, il disagio femminile, la diffusione delle droghe. Lo stesso accade per quei problemi della sessualità che ancora costituiscono un tabù: gli omosessuali, ad esempio, vengono con frequenza ritenuti «malati».

s. 3

Questa «diffusione» della psichiatria rende difficile rispondere all'interrogativo che molti si pongono: *sono in aumento le malattie mentali?* Mentre l'epidemiologia ci dà delle informazioni molto esatte per le malattie più definite come le malattie infettive o i tumori, per le malattie mentali ancora oggi i pareri sono discordi e la discussione è del tutto aperta. Ciò può dipendere certamente dalle incertezze o dalle diversità dei criteri adoperati per diagnosticare e classificare le malattie mentali, ma in realtà dovremmo chiederci se siano veramente in aumento le malattie mentali oppure se aumenti l'uso della psichiatria per affrontare sempre nuovi stati di sofferenza e di disagio nella vita della gente. Per dare risposte sicure è ancora necessario un serio impegno di riflessione e di ricerca scientifica. Dobbiamo comunque essere consapevoli che la tendenza a cercare nella psichiatria la spiegazione dei problemi che più ci turbano fa parte ormai del comune modo di pensare. La parola *raptus* che tanto frequentemente compare nelle cronache di delitti o di suicidi impressionanti e inspiegabili, rimanda il pensiero del lettore al gesto di un pazzo o malato di mente e il fatto accaduto si trasforma in un problema psichiatrico, anche quando la malattia mentale non c'è o almeno non ci sono validi elementi per sospettarla. Si determina così una *psichiatrizzazione della notizia* che ci impedisce di valutarla nelle sue svariate componenti. Il lettore è portato magari a preoccuparsi della scarsa efficienza dei servizi psichiatrici e a rimpiangere il manicomio, e non riflette che certi fatti sono espressione di un problema più generale che coinvolge ogni cittadino. È il problema della qualità della vita quotidiana in cui sempre più sono presenti violenza, aggressività, insicurezza, disperazione. Si arriva a psichiatrizzare anche la storia e la politica: tutti abbiamo sentito attribuire il dramma della Germania nazista o dell'Italia fascista alla «follia» di Hitler o di Mussolini. È certamente più comodo giudicare pazzo un dittatore invece di riconoscere che nelle vicende drammatiche che hanno travolto i nostri Paesi hanno avuto un peso decisivo interessi economici o movimenti politici e culturali vasti e profondi. La «psichiatrizzazione» consiste dunque nell'estendere indebitamente l'uso della psichiatria, anzi nel farne un abuso e illudersi che essa possa «spiegare» e magari «curare» tante situazioni che nascondono dei problemi-chiave della vita dei cittadini. Accade lo stesso con la psicologia e con la psicoanalisi che si stanno diffondendo rapidamente nella nostra società. In questo caso

si parla della tendenza a *psicologizzare*, cioè a ridurre numerosi fatti che interessano la vita dell'uomo a puri problemi psicologici. Gli effetti della psichiatrizzazione sono però diversi perché la lunga tradizione della psichiatria fa risentire ancora la sua influenza particolare sulla mentalità e sugli atteggiamenti di gran parte delle persone. Consideriamo la psichiatrizzazione sotto un altro aspetto. Riflettiamo sull'atteggiamento degli «altri» verso chi per un certo periodo della sua vita sia stato preso nell'ingranaggio della psichiatria. Quando una persona ha un episodio di malattia mentale — soprattutto se la costringe in ospedale e l'allontana a lungo dalla vita normale — riceve una sorta di etichetta indelebile che non l'abbandona più per molto tempo. La diagnosi psichiatrica rappresenta una specie di giudizio assoluto che investe tutta la sua personalità. Da allora è come se quella persona venisse valutata sempre alla luce della sua malattia: ogni suo gesto, ogni sua espressione vengono interpretati come possibili segni residui o, peggio, di ripresa della malattia stessa. Anche dopo la guarigione la persona non ha più la libertà di essere se stessa in modo spontaneo, di gioire, di soffrire, di andare in collera, di protestare. Sarà sempre scrutata e osservata con sospetto e con timore. Gli altri saranno portati a controllarla e a cercare di interpretare ogni sua manifestazione. In breve, non riusciranno a comunicare con quella persona in modo aperto e fiducioso. Una persona «psichiatrizzata» dunque, rischia di rimanere a lungo una persona «diversa» e svaloriata. Era ciò che accadeva, nella forma più triste e disperata, agli internati degli ospedali psichiatrici prima della legge di riforma. La loro fisionomia umana finiva per scomparire sotto una vera e propria «psichiatrizzazione totale». È facile ora comprendere il senso della parola *depsichiatrizzare*. Vuol dire riscoprire nella loro realtà concreta i problemi coperti dal velo della psichiatrizzazione e impegnarsi a trovare delle soluzioni che vadano incontro alla sofferenza e rispondano veramente ai bisogni della persona umana. La «rottura istituzionale» fu lo sforzo di «depsichiatrizzare» la condizione degli internati negli ospedali psichiatrici per riscoprirli come persone reali, con le loro esigenze, i loro diritti, le loro contraddizioni. Il problema degli handicappati è stato «depsichiatrizzato» quando si è compreso che anziché chiuderli in manicomio o in istituti simili, era più utile e più giusto cercare di farli vivere insieme con le persone normali. Per imparare a sviluppare le proprie capacità e superare l'handicap non avevano bisogno

della psichiatria, ma dell'aiuto di educatori e del sostegno di rapporti umani significativi. Così pure il problema degli alcoolisti affetti da delirium tremens è «depsichiatrizzato» da quando si è cominciato a curarli nei reparti di medicina generale invece di inviarli in ospedale psichiatrico. È questa la risposta corretta ad uno stato di grave malattia tossica, risposta che deve essere garantita all'alcoolista come a qualsiasi cittadino colpito da una malattia tossica di altra origine. Questi risultati molto concreti si sono ottenuti

perché determinate istituzioni sociali si sono fatte carico dei problemi relativi. La scuola si è assunta il compito di integrare nelle classi normali gli alunni handicappati, la medicina generale quello della cura degli alcoolisti. Nuovi risultati verranno ottenuti mano a mano che altre situazioni di bisogno, correttamente riconosciute, troveranno risposte efficaci «al di fuori» degli interventi ancora affidati alla psichiatria. L'attuazione della riforma sanitaria, che deve garantire ad ogni cittadino un sistema di servizi diversi a difesa della sua salute, rimane dunque un obiettivo fondamentale.

s. 4

Il servizio psichiatrico dopo la riforma: operatori e servizi

1. Premessa

Prima di descrivere le caratteristiche del nuovo servizio psichiatrico è necessaria una premessa. La legge dello Stato che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale è una legge-quadro: fissa delle linee generali che debbono essere tradotte in pratica con leggi regionali. Le Regioni infatti sono direttamente responsabili della politica sanitaria e ciascuna di esse deve predisporre un *Piano Sanitario Regionale* che contiene i criteri di organizzazione e i programmi di attività dei diversi servizi sanitari e sociali. I principi generali della riforma, pertanto possono venire applicati in modo diverso da Regione a Regione, a seconda delle varie esigenze locali e delle scelte delle amministrazioni regionali. Anche il servizio psichiatrico, come gli altri servizi, può essere realizzato e organizzato in modo diverso nelle varie Regioni. Alcune Regioni che già prima della riforma sanitaria avevano affrontato i problemi della psichiatria e compiuto esperienze nuove hanno oggi dei servizi «avanzati», anche se incompleti; altre Regioni partono da zero o quasi e devono ancora liberarsi dal peso dell'eredità manicomiale.

Si descrivono qui gli strumenti e il tipo di organizzazione su cui, *in generale*, può fondarsi una nuova pratica psichiatrica e che corrispondono ai programmi di quelle Regioni che già hanno affrontato il problema nei rispettivi Piani sanitari.

Ciò di cui si parla è il *servizio pubblico*, cioè quell'insieme organizzato di operatori (medici, infermieri, ecc.) che il Servizio Sanitario Nazionale deve mettere *a disposizione gratuitamente* di ogni cittadino per la tutela della salute.

La riforma sanitaria non abolisce certamente

l'attività privata, che continua ad essere svolta da singoli liberi professionisti (medici psichiatri e psicologi) e da case di cura private. Nella situazione attuale esiste ancora la possibilità di rivolgersi alle case di cura private *convenzionate* (con impegnativa rilasciata dagli organi competenti delle USL), o a quelle non convenzionate a pagamento (con eventuale rimborso se la prestazione era autorizzata dall'USL).

Nel passato il servizio pubblico era rappresentato quasi esclusivamente dai manicomi e dai frettolosi ambulatori delle mutue. Molti cittadini si rivolgevano ai privati sia per avere migliori prestazioni professionali sia per sottrarsi al danno derivante dall'essere pubblicamente etichettati come malati mentali, secondo la vecchia legge.

Oggi gli operatori dei servizi pubblici offrono al cittadino capacità professionali non inferiori a quelle dei privati, spesso superiori: l'esperienza acquisita con l'attività extra-ospedaliera, la consuetudine di lavorare in gruppo e in stretto contatto con altri servizi, hanno fatto crescere negli operatori una nuova sensibilità professionale che li mette in grado di cogliere una *situazione* di sofferenza o di malattia nel suo complesso e di seguirla senza perdere di vista i problemi reali di vita del paziente e del suo ambiente. Tutti i mezzi tecnici fondamentali di intervento in psichiatria dagli psicofarmaci alle forme più importanti di psicoterapia sono ormai correntemente impiegati nella «strategia terapeutica» dei servizi pubblici. È vero però che i cittadini sono costretti a rivolgersi ancora ai privati là dove i servizi pubblici sono scarsi e non garantiscono una risposta pronta e adeguata a tutte le diverse esigenze.

Allora fioriscono certe case di cura più o

s. 1

meno lussuose nelle quali le persone sofferenti debbono ricoverarsi solo per avere ciò che sarebbe loro diritto ricevere gratuitamente in poliambulatori pubblici confortevoli dove anche gli operatori potrebbero lavorare con tranquillità dando il meglio di se stessi.

Questo del rapporto tra carenze del servizio pubblico e attività private è un problema reale, molto complesso, che non può ignorarsi ed è particolarmente evidente nella fase di trasformazione della psichiatria.

2. Le modalità e i luoghi dell'intervento psichiatrico

In base alla legge di riforma ogni *Unità Sanitaria Locale* (USL) deve disporre di un servizio psichiatrico insieme con gli altri servizi sanitari e sociali. Il servizio viene organizzato, in genere, in modo che possa operare praticamente nei *Distretti Sanitari di base* in cui si divide l'USL. Ogni Distretto quindi dovrebbe comprendere la psichiatria insieme con i servizi sanitari di base e il servizio sociale.

Un servizio psichiatrico, per rispondere ai bisogni del cittadino sofferente, deve svolgere una serie di attività che saranno diverse da caso a caso, ma che possono riassumersi in alcuni impegni fondamentali. Schematicamente si tratta di:

- *parlare*, anzitutto, cioè di avere quel dialogo con le persone che rimane l'intervento fondamentale della psichiatria e che può assumere la forma della *psicoterapia*;
- stabilire un rapporto con le altre persone che di volta in volta sono coinvolte nel problema del paziente, in primo luogo i familiari;
- stare insieme con il paziente per *assistere* specialmente quando è necessario che egli si allontani dal suo ambiente abituale per superare un periodo di difficoltà o anche per *proteggerlo e sostenerlo* in momenti di crisi profonda;
- somministrare dei *farmaci*;
- seguire con certi pazienti programmi di attività che possiamo chiamare, in generale, di *terapia/riabilitazione*: attività di gruppo, lavorazioni artigianali, animazione, attività espressive, ecc.;
- seguire spesso il paziente quando egli deve sottoporsi a trattamenti sanitari non psichiatrici, collaborando con gli altri servizi medico-specialistici;
- occuparsi, insieme con i servizi sociali o altri enti competenti, di problemi pratici che hanno spesso un'importanza fondamentale nella vicenda del paziente: la casa, il lavoro, i rapporti con la scuola ecc.

Si tratta quindi di un *complesso di funzioni* che sono *semplici* nel senso che non richiedono attrezzature tecniche complesse come quelle di altri rami specialistici della medicina (chirurgia, ortopedia ecc.), ma che vanno adattate alle esigenze concrete del singolo caso: il servizio psichiatrico deve poter dare *risposte individualizzate* ai diversi bisogni, con soluzioni organizzate.

Queste funzioni vengono svolte in alcuni *luoghi di intervento*:

1. *L'ambulatorio*, dove il paziente si incontra periodicamente con il personale curante.
2. *L'ambiente di vita del paziente*: visite a domicilio, incontri con la famiglia, con i compagni di lavoro, con il quartiere ecc.
3. *Strutture semiresidenziali*, dette anche *Strutture intermedie* o *Centri Diurni* analoghe ai Day Hospital della medicina generale e specialistica. Si tratta di luoghi o spazi molto semplici, nei quali possono svolgersi attività diverse mediche e psicologiche. Il paziente può trascorrervi più ore al giorno quando c'è l'esigenza di una rapporto stretto e continuativo con gli operatori e magari è necessario allentare il rapporto quotidiano con l'ambiente familiare o lavorativo.
4. *Luoghi di ospitalità notturna protetta* per pazienti che hanno la possibilità di avere un'occupazione durante la giornata ma che hanno bisogno di uno spazio rassicurante e terapeutico durante la notte; per questo non è necessaria una struttura apposita, che facilmente potrebbe trasformarsi in «asilo notturno»; si possono utilizzare di volta in volta spazi disponibili nel «centro diurno» o in altre strutture sociali del Distretto o in normali appartamenti.
5. *Comunità protette* o «*gruppi famiglia*», per persone dimesse dagli ospedali psichiatrici dopo lunghi ricoveri e ancora incapaci di autonomia completa, oppure giovani con difficoltà di inserimento sociale. Si tratta in genere di case di abitazione nelle quali piccoli gruppi di pazienti convivono e partecipano durante il giorno ad attività diverse, con il sostegno e la guida di educatori e di personale di assistenza.
6. *Qualsiasi altro spazio o luogo* nel quale gli operatori psichiatrici possano prendersi cura del paziente e sostenerlo mentre egli partecipa a determinate attività in comune con gli altri cittadini: centri sociali di quartiere, centri ricreativi e sportivi, centri di addestramento professionale e così via.
7. *I luoghi di ricovero ospedaliero*, che devono essere utilizzati dalla psichiatria quando occorre rispondere a particolari bisogni di cura e di assistenza.

3. Il ricovero in psichiatria

L'esperienza dimostra che i modi di intervento che abbiamo descritto sin qui permettono di prendersi cura della grandissima maggioranza dei pazienti psichiatrici senza dover ricorrere al ricovero in ospedale. Si può parlare di un *ventaglio di strumenti* che la psichiatria extraospedaliera deve poter utilizzare in modo tale da adattare il proprio intervento alle esigenze sempre diverse da caso a caso. Ciò che occorre in generale è che il servizio psichiatrico sia in grado di mantenere con continuità il rapporto terapeutico con il paziente e costituire per lui un saldo punto di riferimento, se necessario anche per più ore durante il giorno; inoltre che sappia offrire un sostegno e una spiegazione alle ansie della famiglia e dell'ambiente nel quale si svolge la vita del paziente stesso. Nella nuova prospettiva inaugurata dalla riforma sanitaria, il ricovero in ambiente ospedaliero non viene cancellato del tutto, ma diventa *uno* degli strumenti di cui dispone il servizio psichiatrico territoriale per affrontare situazioni di particolare necessità. Questo avviene in generale:

1. Quando il paziente sofferente di disturbi psichici presenta una malattia organica che richiede indagini diagnostiche o trattamenti medici, chirurgici o di qualsiasi altra specialità. In questo caso il ricovero può avvenire, senza discriminazioni, nei normali reparti ospedalieri. Secondo il principio della più stretta collaborazione tra i vari servizi sanitari della USL, il servizio psichiatrico può offrire la propria consulenza, in modo da facilitare la comunicazione tra il paziente e l'ambiente ospedaliero e, se occorre, mantenere la continuità del rapporto terapeutico con il paziente stesso anche nella nuova situazione.

2. Quando le condizioni di sofferenza del paziente psichiatrico sono gravi tanto da richiedere che egli si isoli del tutto dal suo ambiente normale e venga assistito assiduamente. In questo caso, se il ricovero è *volontario* può avvenire presso i cosiddetti «Servizi psichiatrici di diagnosi e cura» che le USL devono istituire per legge, presso determinati ospedali generali; può avvenire anche presso le cliniche psichiatriche universitarie o in case di cura private convenzionate. Può invece darsi il caso che sia necessario ricorrere al *Trattamento Sanitario Obbligatorio*: esso può avvenire *solo* negli stessi Servizi di diagnosi e cura, secondo

norme di legge particolari su cui è opportuno soffermarci. Il trattamento sanitario contro la volontà del paziente si chiama *Trattamento Sanitario Obbligatorio* (TSO), e nel caso della psichiatria ha delle caratteristiche particolari che lo distinguono dal provvedimento di ricovero «coatto» e «d'autorità» di una volta.

Si tratta di un provvedimento *sanitario* che ha il solo scopo di tutelare la salute del cittadino. Esso è quindi affidato non più alla magistratura o alle autorità di polizia (come era per la legge del 1904), bensì al *Sindaco* che rappresenta per legge l'autorità sanitaria.

Inoltre il TSO per motivi psichiatrici rappresenta soltanto un caso particolare dei trattamenti e accertamenti sanitari cui il cittadino può essere obbligato per legge e su disposizioni dell'autorità sanitaria, quando vi siano esigenze di difesa della salute. Vi sono trattamenti e accertamenti medici ai quali sono normalmente obbligati tutti i cittadini, come le vaccinazioni, ovvero coloro che svolgono attività particolari come, ad esempio, gli addetti alla manipolazione degli alimenti. I cittadini affetti da malattie infettive o sospetti di esserlo possono essere obbligati a rispettare determinate norme igieniche o addirittura costretti all'isolamento. Nel caso di alunni o insegnanti, devono essere allontanati dalle scuole. Il Sindaco può ordinare la chiusura di esercizi pubblici, ristoranti o negozi alimentari, per motivi di igiene. Sono tutti casi questi, nei quali la legge impone determinati *obblighi sanitari* in vista della tutela della salute.

Il TSO per malattia mentale può prevedere che il paziente, per essere curato, venga ricoverato in ospedale. Osserviamo che ciò significa che *implicitamente la legge stabilisce che il TSO può avvenire anche al di fuori dell'ambiente ospedaliero*, ad esempio e per ipotesi presso il domicilio del paziente. Questo punto, di per sé assai delicato, non è molto chiaro e ancora non è stata fatta sufficiente esperienza per poter dare delle indicazioni sicure. Parleremo quindi del TSO in *condizioni di degenza ospedaliera*, che è quello sino ad oggi normalmente attuato.

Esso può essere ordinato nel caso di una malattia psichiatrica «solo se — dice la legge — ricorrono *tre condizioni*»:

1. Se esistono «*alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici*», vale a dire occorre un giudizio clinico di *gravità*

s. 2

della malattia e di *necessità* di cure adeguate;

2. se gli interventi terapeutici «*non vengono accettati dall'infermo*»: è questo uno dei punti più delicati perché pone in discussione la libera volontà del paziente. In pratica occorre pensare che vi possono essere delle situazioni di malattia talmente gravi che, anche per breve tempo, possono impedire al paziente di valutare esattamente le proprie condizioni (ad esempio nel caso di un «*delirio acuto*» ovvero di una «*depressione*» grave con tendenza al suicidio); in questi casi il medico deve assumersi la responsabilità professionale di decidere lui cosa è utile e necessario per la salute del malato;

3. «*se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere*»: è questa una delle norme più nuove e più importanti della legge di riforma. Essa dice che si costringe un cittadino a ricoverarsi e a sottoporsi a cure in ospedale solo se non può farsi diversamente, solo cioè se non si può intervenire al di fuori dell'ospedale con altre forme di assistenza e di terapia. La legge richiama qui la psichiatria e le autorità sanitarie a delle responsabilità precise. Da un lato c'è il problema dell'efficienza dei servizi dell'USL: un servizio psichiatrico bene organizzato può evitare in molti casi al cittadino sofferente la violenza del ricovero obbligatorio, intervenendo con tempestività a domicilio o nell'ambiente in cui si verifica la situazione di crisi. Dall'altro sappiamo che spesso il ricovero diventa necessario per motivi non direttamente legati alla malattia, ma dipendenti da condizioni ambientali sfavorevoli: coabitazione infelice o solitudine, miseria economica o mancanza di altre risorse mediche o assistenziali possono essere condizioni decisive per il destino del malato. In questi casi l'ospedale appare l'unica soluzione possibile. Occorre non confondere tutto ciò con la gravità della malattia. A volte situazioni che possono sembrare drammatiche potrebbero risolversi con mezzi molto semplici. Nella famiglia di un paziente psichiatrico, ad esempio, può aversi una carica di angoscia e di tensione che fa soffrire tutti e può aumentare fino a sbocchi molto gravi. In questo caso può essere sufficiente che il paziente sia messo in grado di allontanarsi temporaneamente da casa, perché la tensione diminuisca e tutta la situazione si sdrammatizzi e si chiarisca. Per fare questo non è indispensabile il ricovero in una corsia di ospedale. Basterebbe garantire al paziente una «*ospitalità*» in ambiente diverso — così come ogni persona «*normale*» avverte a volte l'esigenza di prendersi una vacanza,

allontanandosi dal suo ambiente abituale. La legge impone di esaminare molto concretamente ogni caso particolare prima di procedere all'ordinanza di TSO, valutando la possibilità di altre soluzioni.

Se le circostanze fanno ritenere necessario il TSO, occorre anzitutto la «*proposta motivata di un medico*». Il medico dovrebbe conoscere il caso clinico in modo tale da poter dare un giudizio fondato. La proposta deve essere *convalidata* da un secondo medico che deve essere della USL, deve avere cioè una veste pubblica.

In base al parere espresso dai due medici, il *Sindaco* emette l'ordinanza di TSO per la quale il paziente può venire ricoverato e sottoposto a trattamento terapeutico.

A questo punto la legge prevede ancora tutta una serie di garanzie a tutela della dignità e della libertà del paziente. Entro 48 ore il provvedimento del Sindaco deve essere notificato al *giudice tutelare* nella cui circoscrizione rientra il Comune. La funzione del giudice non è solo quella di controllare la correttezza e la legittimità del provvedimento di TSO; esso è anche tenuto per legge ad adottare, quando occorre, «*i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo*». Anche quando tutti questi passi siano stati compiuti, è sempre possibile verificare il provvedimento. Sia la persona che è stata sottoposta al TSO, sia *qualunque altro cittadino*, può fare ricorso contro il provvedimento di TSO; la legge prevede che il ricorso venga discusso in tribunale con procedura sollecita e abbastanza semplice, in modo da facilitare il riconoscimento del proprio diritto da parte del cittadino. Il provvedimento che autorizza il TSO ha valore per sette giorni. Perché il ricovero obbligatorio possa protrarsi oltre questo termine, è necessario che il sanitario responsabile del servizio psichiatrico dell'USL faccia una proposta motivata al Sindaco, il quale a sua volta deve sempre darne comunicazione al giudice tutelare.

La legge di riforma stabilisce infine (artt. 33 e 34) altri principi importanti che definiscono ancora più nettamente il carattere del TSO come misura eccezionale da prendersi nel pieno rispetto della persona del paziente psichiatrico. Il provvedimento di TSO deve essere accompagnato da «*iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione*» del paziente psichiatrico che vi è sottoposto. Inoltre, «*nel corso del TSO, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno*».

I «*Servizi psichiatrici di diagnosi e cura*» degli ospedali generali presso i quali avviene il

ricovero obbligatorio non devono essere concepiti come reparti da usare per isolare e sequestrare i malati più difficili e scomodi. Sono anch'essi niente più che *un* elemento di quello che abbiamo chiamato il «ventaglio degli strumenti» a disposizione del nuovo servizio psichiatrico, quindi uno strumento da utilizzare per far fronte ad esigenze particolari, senza perdere mai di vista lo scopo autentico del servizio, la tutela della salute del cittadino. E infatti la legge prescrive che i servizi presso i quali si attua il TSO facciano parte di un'organizzazione unica (cosiddetta *dipartimentale*) comprendente i servizi extraospedalieri, «al fine di garantire la continuità terapeutica».

4. Le figure che operano nell'ambito della psichiatria attuale

A differenza di altri servizi sanitari, la psichiatria *non* ha bisogno di attrezzature e di tecniche complesse: essa si basa fondamentalmente sull'attività di operatori qualificati che devono essere in grado di mantenere uno stretto rapporto con la persona sofferente e di affrontare i problemi diversissimi che possono sorgere nel rapporto con il suo ambiente. Sono questi operatori che nel loro insieme rappresentano il servizio psichiatrico dell'USL.

Vi sono però altre figure, professionali e non professionali, che possono avere grande importanza e che spesso vengono a torto trascurate. Ogni «caso» psichiatrico rappresenta una *vicenda* a volte drammatica a volte meno; ma sempre carica di sofferenza e di significati che si svolge anche per lungo tempo e in ambienti diversi. Durante tutta questa vicenda il paziente entra in contatto con molte persone che svolgono funzioni importanti che lo riguardano. L'intervento di ciascuna di queste persone può essere decisivo, può aiutare a chiarire e risolvere correttamente la situazione in cui è coinvolto o può aggravarla e renderla meno comprensibile, può accelerare o allontanare la «guarigione» e la reintegrazione sociale.

5. Il medico di base

Anche se non fa parte direttamente del servizio psichiatrico dell'USL, il medico di base ha un'importanza fondamentale e i cittadini

dovrebbero imparare a «utilizzarlo» di più e meglio. Egli è il primo medico a disposizione ed è anche «responsabile della salute» di ciascun cittadino; d'altra parte è il professionista con il quale si stabiliscono i rapporti più stretti di fiducia e di confidenza. Entra nelle case dei suoi assistiti, conosce la storia della persona malata e della sua famiglia, è al corrente dei suoi problemi e della sua situazione sociale e lavorativa. A volte abita nello stesso quartiere di cui condivide e conosce la vita. Anche se non ha una preparazione teorica in campo psichiatrico, ciò che conta è la sua esperienza clinica e umana, il suo buon senso, la sensibilità che si acquista con la consuetudine del rapporto con le persone che soffrono. Tutto questo, unito alla conoscenza che ha delle vicende passate del paziente, permette al medico di famiglia di svolgere sempre una funzione utile. Ogni volta che c'è un disturbo o una sofferenza psicologica o una situazione densa di angoscia e di tensione, può agire in senso psicoterapeutico rasserenando e tranquillizzando; può occuparsi subito di eventuali malattie organiche; può far comprendere quali siano i problemi reali e aiutare così la persona sofferente e la sua famiglia a valutare in concreto la situazione; può dare informazioni corrette e concordare con gli interessati il da farsi. Se si decide di interpellare uno psichiatra, il medico di famiglia mantiene un ruolo importante: può partecipare alla impostazione di futuri programmi terapeutici, può seguire il paziente durante la cura con psicofarmaci (controllo degli effetti collaterali e delle condizioni generali dell'organismo).

La funzione del medico di famiglia diventa addirittura preziosa quando si deve procedere al ricovero. La presenza del *suo* medico di fiducia permette al paziente — angosciato e indeciso — di valutare più realisticamente la sua situazione e di accettare il ricovero come un provvedimento terapeutico. Sarà così anche più facile riprendere la continuità del rapporto medico-paziente una volta terminato il periodo di ricovero.

6. Il medico psichiatra

Il *medico psichiatra* è la figura centrale del servizio psichiatrico. Grazie all'evoluzione degli ultimi anni, la psichiatria tende sempre di più a un nuovo stile di lavoro: è il lavoro

s. 3

di gruppo o «in équipe», per il quale tutti gli operatori con diversa professionalità affrontano insieme i vari problemi, partecipano ai programmi di terapia, discutono e verificano i risultati. Si è visto infatti che molte persone, oltre il medico, possono «prenderci cura» di situazioni psichiatriche e anche «curare» direttamente il paziente. Ad esempio la capacità di fare psicoterapia non è una prerogativa riservata esclusivamente al medico.

In questa nuova situazione, il medico psichiatra conserva il potere e la responsabilità propri della figura del medico in generale: fare diagnosi, prescrivere terapie, prendere numerose altre decisioni importanti per il paziente (ricoveri, certificazioni e così via). Rispetto alla organizzazione della sanità, spetta al medico psichiatra il compito di dirigere e coordinare il gruppo di operatori che fanno parte del servizio psichiatrico dell'USL. Oggi lo psichiatra dell'USL è inserito in una rete di servizi con i quali deve coordinarsi; agisce a contatto diretto con i cittadini, interviene di persona al domicilio dei pazienti o nei vari ambienti di vita; deve essere disponibile per le situazioni più diverse, anche di emergenza. Tutto ciò tende a farne una figura di professionista completamente nuovo e richiede strumenti culturali ben collaudati. Attualmente, oltre alla specializzazione universitaria in psichiatria, il medico possiede spesso una formazione particolare in uno dei vari settori della psicoterapia ed è stimolato ad avvalersi sempre più dei contributi di altre figure professionali o di esperti in campi diversi (psicologi, sociologi, educatori e così via).

Rispetto al medico del manicomio lo psichiatra di oggi non ha meno potere. Anzi, l'uso che si tende a fare delle tecniche psichiatriche e psicologiche per risolvere problemi individuali e sociali gli attribuisce un potere maggiore, più penetrante e diffuso. La differenza è che oggi sono anche più chiari i diritti del cittadino che si rivolge allo psichiatra di un servizio pubblico.

Il rapporto terapeutico con uno psichiatra si fonda sulla fiducia; infatti esso è tenuto al più assoluto *segreto professionale*. A volte i familiari cercano nello psichiatra un «alleato» per imporre al paziente le loro convinzioni o le loro scelte. È bene che lo psichiatra non parli mai con i familiari di nascosto dal paziente, ma anche quando li riceve separatamente non dovrà mai «tradire» il rapporto personale che il paziente ha cercato in lui. Nel rapporto con lo psichiatra che lo ha in cura, il paziente ha il diritto di essere informato di ogni fatto che lo riguarda e di ogni decisione terapeutica. Solo da un

clima di fiducia può scaturire un rapporto che consente poi di affrontare *insieme* i problemi che hanno portato il paziente dallo psichiatra.

7. Lo psicologo

Lo psicologo che opera nei servizi sanitari e sociali delle USL ha in genere una particolare formazione di tipo clinico che lo mette in grado di occuparsi dei problemi del comportamento e della soggettività delle persone o dei rapporti tra persone. Egli agisce adoperando soprattutto lo *strumento della parola*, senza far ricorso alla somministrazione di farmaci o ad altre tecniche di intervento sul corpo del paziente. Tecniche di questo tipo sono riservate per legge al medico. È importante che medico e psicologo sappiano lavorare in stretta collaborazione; troppo spesso il medico è abituato a pensare in termini di «malattia» mentre lo psicologo per la sua formazione è più attento ai *problemi normali* nella vita di tutti, e può aiutare la persona in difficoltà a comprendere con chiarezza di quale problema si tratti e come trovare i mezzi per superarlo.

Nei nuovi servizi sanitari e sociali delle USL la figura dello psicologo è prevista in modo diverso a seconda del tipo di organizzazione scelto nelle varie Regioni. Dovrebbe essere sempre presente nel servizio psichiatrico dove può integrare l'attività propria del medico e degli altri operatori. Fa parte inoltre dei servizi per la maternità e l'infanzia e in particolare dei Consultori familiari. In queste varie sedi egli lavora in gruppo con i vari specialisti, medici psichiatri, pediatri, ginecologi. Tra le funzioni che gli psicologi possono svolgere in questi servizi, due sono particolarmente importanti: 1. la *psicoterapia* in tutte le sue varie forme (psicoterapia individuale, infantile, della coppia, della famiglia); 2. la *formazione* di coloro che devono occuparsi di un paziente, cioè gli infermieri, altri operatori sociali e sanitari, insegnanti, aiutandoli a superare le difficoltà di rapporto con la persona sofferente, a imparare «come comportarsi» per diventare essi stessi «terapeuti».

8. L'infermiere psichiatrico

Il significato di questa figura professionale ha un valore centrale in psichiatria. La partecipazione di molti gruppi di infermieri alle esperienze di rinnovamento ha avviato una profonda trasformazione di questa figura professionale: da custode, nelle istituzioni

manicomiali, a *protagonista attivo* degli interventi nel campo della salute mentale. Le difficoltà sono ancora molte. Occorre superare ostacoli economici e colmare difetti derivanti dalla vecchia legge che non aveva riconosciuto agli infermieri psichiatrici una qualificazione professionale dignitosa, pari a quella degli infermieri degli ospedali generali. Pur tra questi ostacoli, ormai sta delineandosi una nuova figura di operatore che sarà fornito del titolo legale di *infermiere professionale* e dotato di una preparazione completa sanitaria generale e specialistica psichiatrica.

L'infermiere lavora attualmente in ogni luogo e in ogni momento del servizio psichiatrico dell'USL, in ambulatorio, nei centri diurni, nei reparti ospedalieri ecc.

Per le caratteristiche del lavoro psichiatrico, l'infermiere ha un ruolo estremamente importante. Egli è molto di più che un semplice collaboratore subordinato del medico incaricato di fare iniezioni o di provvedere ad analoghe incombenze tecniche. In psichiatria questo tipo di esigenze sono ridotte al minimo. L'infermiere partecipa attivamente al processo terapeutico; conosce le diverse situazioni e ne segue l'evoluzione; assicura la continuità del rapporto con singoli pazienti, le loro famiglie e il loro ambiente mediante visite domiciliari o recandosi nei luoghi di vita e di lavoro; segue direttamente determinati gruppi di attività (riabilitazione, animazione). Sul territorio spesso rappresenta la continuità del servizio psichiatrico in una determinata zona. L'infermiere è in grado di intervenire direttamente in caso di emergenza, di valutare la situazione ed eventualmente di chiamare il medico psichiatra. Il nuovo ruolo dell'infermiere psichiatrico è di attivo intervento terapeutico e la sua funzione lo trasforma ormai da tecnico sanitario in un vero *operatore sociale*.

9. L'assistente sociale

Negli ospedali psichiatrici l'assistente sociale in pratica ha rappresentato il punto di riferimento per i bisogni economici del paziente psichiatrico o per tutti quei problemi che coinvolgono altre istituzioni sociali, pubbliche e private. Tutti questi bisogni «pratici» però, non possono essere separati nettamente dai problemi psicologici, bensì contri-

buiscono anche essi a determinare la situazione reale di sofferenza del paziente. Per esempio, occuparsi di un determinato problema come il posto di lavoro, significa entrare direttamente in rapporto con il paziente, capirlo, aiutarlo a superare certe difficoltà e poi promuovere la comprensione delle sue esigenze e difendere i suoi diritti. Di fatto, quindi, l'assistente sociale non può rimanere estraneo all'intero processo «terapeutico» e/o riabilitativo del paziente, al punto che nel lavoro di gruppo viene a cadere la rigida distinzione di ruoli e di competenze. Anche l'assistente sociale, come gli altri operatori, partecipa alle attività psicoterapeutiche o segue integralmente determinate situazioni, ad esempio, un nucleo famiglia.

La figura dell'assistente sociale viene così ad essere arricchita di nuove capacità di intervento. È collocata in genere in tutti i settori del servizio psichiatrico così come è presente anche in tutti gli altri servizi dell'USL. Costituisce il *Servizio sociale* in quelle Regioni dove questo è stato istituito. È questo un servizio autonomo, con compiti prevalentemente assistenziali e di intervento sociale, che collabora con i servizi sanitari dell'USL.

s. 4

10. Le altre figure

Nello svolgimento dei suoi programmi, il servizio psichiatrico si avvale di volta in volta di diverse *altre figure professionali* per determinate attività terapeutico-riabilitative: psicopedagogisti, tecnici della riabilitazione, «animatori», artigiani, istruttori professionali ecc.

Bisogna ricordare poi alcune altre figure sociali che possono avere notevole importanza nelle vicende del paziente psichiatrico.

Un ruolo particolare, ad esempio, hanno le *forze dell'ordine*: Polizia, Carabinieri, Vigili Urbani, a volte anche i Vigili del Fuoco. Quando si trattava di applicare la legge del 1904, queste figure hanno sempre avuto il compito ingrato di eseguire il ricovero «coatto», cioè di condurre a forza i malati mentali in manicomio, magari dopo averli «catturati» e ridotti all'impotenza. È facile immaginare il tipo di violenza burocratica e impersonale che in tal modo si esercitava sul malato, senza tener in nessun conto i suoi bisogni. Con la nuova legge le situazioni acute e gravi in quanto rappresentano pro-

blemi sanitari, dovrebbero essere affrontate dal personale del servizio psichiatrico dell'USL. Questo non accade ancora dappertutto e spesso è la forza pubblica che interviene per prima dove si manifesta una «crisi» che allarma l'ambiente.

Il carattere dell'intervento condiziona l'evoluzione del problema: quando è brutalmente repressivo, tutta la situazione viene esasperata; aumenta l'angoscia del malato e scatenata in lui reazioni di fuga e di difesa e non di rado «criminalizza» la sua vicenda. Può accadere infatti che un malato, terrorizzato, si ribelli all'intrusione della forza pubblica e finisca poi processato e condannato per «oltraggio e resistenza a pubblico ufficiale». Un intervento intelligente e di buon senso può essere invece molto positivo.

Anche i militi della Croce Rossa o delle diverse associazioni della Pubblica Assistenza vengono frequentemente a contatto con i malati mentali, specie nelle situazioni di emergenza-urgenza. Questi militi dimostrano spesso straordinarie capacità di comprendere le situazioni e di entrare in rapporto con il malato. Perché il loro ruolo possa essere valorizzato pienamente, occorre che nei corsi di formazione sia compresa anche una preparazione adeguata nel campo dell'assistenza psichiatrica.

Un ruolo molto particolare ha il *volontariato*, termine con il quale si comprendono studenti, obiettori di coscienza, associazioni laiche o religiose di vario tipo (ricreative-sportive). Il volontariato è una straordinaria riserva di energie che può completare molto bene l'opera del servizio psichiatrico. Non bisogna cadere nell'equivoco di sfruttarlo per colmare le carenze del servizio psichiatrico pubblico. I volontari invece possono svolgere una funzione utile molto concreta, collaborando alle iniziative che servono a riportare il paziente nella vita «normale», evitando così che sia la psichiatria ad occuparsi dell'intera esistenza dei pazienti. Ne sono un esempio le esigenze dell'impiego del tempo libero per le quali il paziente deve essere aiutato a frequentare nelle sedi normali spettacoli, biblioteche e simili.

11. I servizi per l'infanzia e l'età evolutiva

La tutela della salute mentale nelle prime età della vita pone delle esigenze particolari che influiscono anche sull'organizzazione dei servizi che devono occuparsene. In linea generale, il carattere particolare dei disturbi psichici in queste età e specialmente nell'infanzia e nella fanciullezza, sta nel fatto che essi si legano strettamente al processo di

sviluppo della persona in tutti i suoi aspetti psichici e fisici. Di conseguenza molto più che per l'età adulta diventa impossibile «curare» esclusivamente le sofferenze o le malattie psichiche senza tenere conto di tanti altri elementi che entrano in giuoco nel determinare lo stato di salute o di benessere. Il processo dello sviluppo dura dalle prime fasi della vita intrauterina fino a che non viene superata l'adolescenza. Durante tutto questo periodo lungo e delicato, il bambino (e poi il fanciullo e il ragazzo) presenta bisogni diversi e mutevoli; è sempre fortemente dipendente dall'ambiente (dalla famiglia prima e dalla scuola poi), dal quale viene influenzato in maniera decisiva. Numerosissimi eventi possono agire sulla sua persona e ripercuotersi, direttamente o indirettamente, sullo sviluppo psichico.

La psichiatria dell'infanzia e dell'età evolutiva si trova quindi ad affrontare dei problemi molto particolari. Specie nei primi anni di vita, esiste una stretta interdipendenza tra le funzioni psichiche e quelle neurologiche perché entrambe vanno incontro ad uno stesso processo di maturazione. Ecco perché, mentre nel campo degli adulti la «psichiatria» si è separata logicamente dalla «neurologia», per l'età evolutiva esiste un ramo specialistico della medicina che è unitario, la *neuropsichiatria infantile*.

La complessità dei bisogni nella tutela della salute mentale nelle varie fasi dell'età evolutiva fa sì che il neuropsichiatra infantile debba lavorare in stretta collaborazione con diverse altre figure professionali: il medico pediatra, lo psicologo, l'educatore, gli esperti del linguaggio, quelli della rieducazione motoria e così via.

Nella pratica, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e quindi delle USL l'attività rivolta alla tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'età evolutiva può essere organizzata in modi diversi. Se si prende in considerazione il problema della salute mentale lungo tutto l'arco della vita del cittadino, si può immaginare un unico servizio psichiatrico che se ne occupa dalla nascita fino all'età avanzata e nel quale il neuropsichiatra infantile lavora a fianco degli operatori della psichiatria per adulti. Se invece si prende in considerazione l'età evolutiva nella sua globalità, vi sarà un servizio destinato a tutti i problemi della salute di questa età; esso comprenderà il neuropsichiatra infantile insieme con altre figure professionali che abbiamo ricordato.

Ognuna delle due soluzioni presenta lati positivi e negativi. Le singole Regioni italiane hanno scelto soluzioni diverse a seconda

delle realtà locali e delle rispettive impostazioni politiche e tecnico-sanitarie.

Nell'impossibilità di fornire un quadro generale ed omogeneo dei servizi per l'infanzia e per l'età evolutiva valido per tutto il territorio nazionale, offriamo al lettore un esempio con la struttura dei Servizi che si è data la Regione Emilia-Romagna.

Nella Regione Emilia-Romagna con legge regionale n. 1/80 si prevede che le prestazioni sanitarie e sociali nei confronti dell'infanzia e dell'età evolutiva fino ai diciotto anni, siano globalmente organizzate in un servizio autonomo denominato: *Servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva, per l'assistenza alla famiglia* o, detto più brevemente *Servizio materno-infantile*.

Questo servizio può essere articolato in 5 settori:

1. Il *Consultorio familiare* nel quale vengono affrontati i problemi della coppia, della sessualità, della contraccezione, dell'aborto volontario (come previsto dalla legge), della tutela della gravidanza, della maternità, nonché le problematiche minorili (quelle, ad esempio, derivanti dalla separazione dei genitori ecc).
2. Il *Consultorio pediatrico*, che si occupa dei bambini da zero a tre anni in collegamento con il luogo della nascita del bambino e con il pediatra di famiglia al quale vengono richieste dal SSN anche prestazioni di prevenzione come, ad esempio, le vaccinazioni. La funzione del Consultorio pediatrico è molto importante perché costituisce il primo filtro per controllare lo sviluppo nel corso dei primi tre anni e per individuare le situazioni sospette già nel bambino neonato e durante il primo anno di vita. In questo primo periodo infatti sono previste visite periodiche con la compilazione di una cartella pediatrica nella quale vengono annotate le tappe dell'accrescimento del bambino. Tale servizio pediatrico individua tempestivamente i bambini che presentano dei sospetti o dei «rischi» di anormalità nel loro sviluppo. In tali casi viene richiesto l'intervento del medico specialista per i vari tipi di disturbi. Nel caso di alterazioni neuro-motorie o dello sviluppo mentale o affettivo, specie nei rapporti con la madre, interviene il medico neuropsichiatra infantile. Il pediatra di questo servizio ha l'obbligo anche del-

l'intervento preventivo e di consulenza pediatrica negli asili nido.

3. Il *settore medico-scolastico*, che prosegue la funzione di prevenzione e di filtro per i bambini di età scolare (dai tre ai quattordici anni) agendo direttamente nelle istituzioni educative e scolastiche. Si tratta di un servizio organizzato a rete su tutto il territorio, strettamente legato ai vari plessi scolastici. Il servizio, svolto da un medico scolastico e da un'assistente sanitaria visitatrice, ha tra gli altri compiti di carattere igienico-sanitario, la funzione di prima valutazione sulle segnalazioni che provengono dalla scuola per difficoltà di apprendimento legate o no ad handicap, oppure per disturbi gravi del comportamento e anche per disturbi sensoriali o neuromotori.

4. Il *settore dell'intervento medico psico-sociale*, che conta su diverse figure professionali: neuropsichiatra infantile, psicologo, terapeuta della riabilitazione o fisioterapista, logopedista o terapeuta del linguaggio, assistente sociale, educatore od operatore sociale per l'infanzia. Tali persone agiscono come équipe per fronteggiare i problemi connessi con un anormale o non regolare sviluppo neuromotorio, mentale, affettivo del bambino in termini di prevenzione, di intervento precoce, di cura e di riabilitazione.

L'intervento di questo servizio può essere richiesto direttamente dalla famiglia, dal medico (generico o pediatra) di famiglia, dal Consultorio pediatrico, dalle istituzioni educative e scolastiche per mezzo del servizio medico-scolastico, da altri servizi dell'USL, specialistici oppure ospedalieri.

Il servizio medico psico-sociale viene distribuito in ogni distretto sanitario in cui c'è un Poliambulatorio di base che è il luogo di riferimento per il cittadino.

Tale servizio interviene per i seguenti tipi di problemi: handicap neuromotori, handicap sensoriali, handicap psichici (dalla insufficienza mentale ai ritardi nello sviluppo psicomotorio o del linguaggio, o dell'apprendimento, ai disturbi affettivo-relazionali, ai disturbi del comportamento finò alle malattie neuropsichiche di lunga durata).

5. Il *settore ospedaliero* comprende i reparti di medicina neonatale e i reparti pediatrici in stretto collegamento con i servizi che operano sul territorio.

s. 5