



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Deinstitutionalization of institutions, of culture and of psychiatric techniques, with their budget

Evaristo Pasquale

Como citar: PASQUALE, E. Deinstitutionalization of institutions, of culture and of psychiatric techniques, with their budget. *In:* SADE, R. M. S. (org.). **Boas práticas:** caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017. p. 161-170.

DOI: <https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p161-170>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Deistituzionalizzazione delle istituzioni, della cultura e delle tecniche psichiatriche, col loro budget

Evaristo Pasquale

L'Ospedale Psichiatrico è l'istituzione civile più forte: negli ultimi secoli ha segnato netto il confine fra normalità e follia. E' diventato il capofila delle Istituzioni Totali (carceri, riformatori, Case per Anziani, Centri per immigrati clandestini).

Le culture Psicanalitica, Fenomenologica, Esistenzialista, Antropologica, Femminista, Umanistica, dei Diritti Umani..hanno relativizzato e scardinato questo confine. E lo psichiatra italiano Franco Basaglia, sostenitore di queste nuove idee, ha contribuito molto a questo scopo, combattendo contro questo simbolo potente di alienità ed esclusione delle persone fragili dal consesso umano, che faceva perdere potere e senso alla loro vita.

Basaglia ha letto e combattuto i passaggi di progressiva Esclusione Sociale delle persone svantaggiate: scuole speciali, riformatori, ghetti, carceri fino all'Ospedale Psichiatrico (Op); quindi nel lavoro all' interno dell'Op segue un filo teorico-pratico per eliminare l' esclusione/reclusione dei diversi.

Chiamato nel 1971 a dirigere l'OP di Trieste dal Presidente della Provincia (allora gestore politico-amministrativo dell'Op), convinto dalle sue idee innovative, dopo riflessioni quotidiane con la sua equipe, inizia a <https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p161-170>

smontare a gradi il Moloc Manicomiale, lottando contro culture e poteri professionali, politici, amministrativi, della stampa e della giustizia ..

Coinvolge professionali e ricoverati in assemblee quotidiane nei reparti per renderli coscienti della comune condizione di “prigionia” ed insieme umanizzano progressivamente le relazioni e le regole interne a Op e modificano le regole di ingresso e di uscita , intaccando regolamenti secolari.

Vengono ridotti i letti ed i padiglioni manicomiali con la contemporanea organizzazione di un’assistenza extraospedaliera attraverso visite domiciliari ai dimessi da Op e apertura di ambulatori diurni (poi CSM, Centri di Salute Mentale) nei quartieri per assistere-sostenere i dimessi (in famiglia o in appartamenti comunitari) ed i nuovi pazienti.

Poi viene creata una Reperibilità in Pronto Soccorso e successivamente un piccolo Servizio di Emergenza (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) nell’Ospedale Civile per filtrare le ricadute ed i nuovi ingressi in Op, iniziando a indirizzarli nei CSM.

Si comprano auto per le Visite Infermieristiche e Mediche Domiciliari quotidiane nel territorio, a cui anche i vecchi ricoverati in Op vengono progressivamente restituiti, coinvolgendo anche i Medici di Famiglia (Pubblici) nella assistenza complessiva ai loro pazienti, pur psichiatrici.

Si lavora per strutturare relazioni di fiducia non solo coi pazienti, ma con tutto il loro contesto familiare e comunitario, sensibilizzando i vicini ad una maggiore comprensione dei “matti” e spesso anche affrontando problemi di qualità di vita nella comunità.

Si elimina ogni forma di contenzione sia nel residuo dell’OP, sia in ogni luogo di assistenza psichiatrico, combattendo l’idea della pericolosità del folle con maggior informazione, presenza e coinvolgimento umano.

Si valorizzano i diritti civili delle persone, le loro scelte soggettive, talvolta da dialettizzare,..in qualunque luogo di assistenza o di vita.

Si completa la costruzione dei CSM nei quartieri (oggi 1per 50-100 mila abitanti), accessibili a tutti i cittadini perché il contesto di vita è un sostegno forte per le fasce deboli (IPS WHO, 1973).

Si spostano tutte le competenze di cura, le risorse di budget e di personale dall'OP alla rete dei CSM 24h, organizzati in Dipartimento di Salute Mentale.

Amministrativamente in tutta l'Italia gli Op vengono chiusi definitivamente da una norma nazionale dopo quasi 20 aa dalla Legge 180/78, che sancisce il lavoro di apertura degli Op. Questa trasformazione enorme ed impegnativa dell'istituzione più violenta e costrittiva degli ultimi secoli ha richiesto lotte sociali e politiche..oltre che una cultura convinta di civiltà ed umanizzazione.

Esemplare fu il percorso di F. Basaglia a Trieste per l'attenzione alle persone ed ai loro diritti di cura reale, ma anche alla sostenibilità economica-politica del processo, chiudendo reparti mentre si aprivano strutture nel territorio e gli operatori dai reparti vi transitavano, ovviamente cooptati e coinvolti nel percorso.

La "Rivoluzione psichiatrica" collegata ai nuovi saperi e diritti che si stavano diffondendo progressivamente in Europa, America...ha cominciato a radicarsi parzialmente ed in modalità diverse anche in USA, Inghilterra, Spagna... e in Brasile; e si spera che le legislazioni e poi la trasformazione delle culture e dei Servizi diventi realtà anche in Argentina, in Cile ed in tutta l'America e poi altrove e che "la barbara carcerazione dei folli" scompaia.

Purtroppo con percorsi totalmente opposti l'istituzione manicomiale è stata anche l'esempio a cui i regimi politici più disumani dei vari continenti si sono rifatti per controllare i loro popoli nell'ultimo secolo in Europa, SudAmerica, Asia... (lager, gulag...), il che evidenzia che questi metodi "terapeutici" sono quelli che permettono il controllo più disumano possibile degli esseri umani.

Ora passiamo al funzionamento delle Nuove Istituzioni di Salute Mentale, nate dal lavoro di Trieste, che si raggruppano nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM), per verificare la loro efficacia nell'affrontare la sofferenza ed i disturbi delle persone, delle famiglie e delle comunità umane..partendo però dal rispetto e non dalla coazione e negazione dei loro diritti civili, aiutandoli anzi a recuperarli dove sono stati lesi, a riappropriarsi delle proprie abilità, interessi, desideri... con un percorso di

recupero, tendenzialmente accompagnato verso i comuni bisogni umani e di relazione, fuori dall'isolamento e dalla sofferenza.

Ci si coinvolge con i familiari delle persone, anch'essi in sofferenza per la condizione del congiunto, si accoglie il loro disagio e si cerca di accompagnare tutto il nucleo verso il possibile superamento dei problemi od almeno verso una condizione accettabile, costruendo terapeuticità con gesti sensati in quello specifico percorso.

Le nuove istituzioni "basagliane" comunitarie che soppiantano l'ospedale psichiatrico sono:

- il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'ospedale generale (uno ogni 200-300.000 abitanti) con pochi letti e brevi degenze per le emergenze; inoltre svolge consulenze psichiatriche in Pronto Soccorso e in reparti internistici.
- Il Centro di Salute Mentale 24h in ogni quartiere (uno ogni 50-100000 abitanti), con massimo otto letti per le persone in crisi del suo territorio; è il perno della nuova assistenza in salute mentale, svolge continuità di cura diurna interna e domiciliare per tutte le richieste del suo territorio e notturna per gli ospiti in crisi e per le consulenze. Svolge un'azione di regia per tutti i progetti di cura e di riabilitazione psichica per le persone della sua area dislocate ovunque (domicilio, case di riposo, reparti ospedalieri civili...); partecipa con gli altri attori sociosanitari pubblici alle iniziative locali per la prevenzione del malessere psicosociale dell'area (Mmg, Distretti sanitari per le cure mediche extraospedaliere, Servizi Sociali per sostegni economici ed abitativi...).
- Il Servizio di Abilitazione e Residenze, che coordina gruppi di convivenza inizialmente in appartamenti nell'ex Op e poi nella città, con un sostegno modulato alle carenze degli ospiti (abitazione, risocializzazione e attività ricreative, recupero di abilità ...) e team di inserimento lavorativo in Cooperative o aziende private.
- Dipartimento di Salute Mentale, che è il coordinamento di tutti i Servizi suddetti, del personale, dei progetti e del budget di S. M. in quell'area (200-500.000ab).

Indicatori di questa organizzazione coesa di Servizi di Salute Mentale pubblici, verso un'unicità di risposta pubblica (non comune altrove, anche in Brasile, per la sovrapposizione di circuiti di cura statali, regionali, comunali, universitari.. complementari e non sostitutivi dell'internamento..), sarebbero potenzialmente trasferibili in ogni realtà:

1) una rete sanitaria unica e coerente sul territorio di Servizi Pubblici di Salute Mentale Comunitari (DSM) accessibili 24 ore, con ospitalità notturna ed organizzazione proattiva, totalmente sostitutiva dell'Op. Invece spesso si incontrano nel circuito psichiatrico: ospedali psichiatrici pubblici, reparti psichiatrici di Ospedali Civili o Cliniche Psichiatriche Universitarie , poliambulatori vari ecc contemporaneamente appartenenti a varie Istituzioni Pubbliche e Private diverse (Ospedali Civili, Cliniche Universitarie, Ospedali psych Privati, Servizi Comunitari di Municipalità, Strutture Benemerite...) senza alcun collegamento o coordinamento fra di loro, con risposte contraddittorie e quindi dannose, creando più mercato di cronicità che di salute. Le crisi psichiatriche non necessiterebbero prevalentemente di ricovero, ma di essere lette nel loro contesto ed affrontate non solo nei sintomi, ma nel senso più profondo ed evolutivo. Ed è fondamentale la continuità delle cure nei casi gravi, costruendo relazioni, percorsi abilitativi nell'integrazione con la comunità, facilitando l'accesso ai comuni diritti.. Anche i Servizi Comunitari richiedono continua autoriflessione per evitare meccanismi cronici.

2) tutta la riconversione del budget dell'Op, mentre si lavora per chiuderlo, nei Servizi del DSM, trasferibile in tempo quasi reale. Purtroppo finché rimane attivo anche solo parte dell'Op non si può trasferire il budget sulle nuove strutture, che quindi rischieranno di essere asfittiche e non poter svilupparsi, mentre l'Op resterà centrale.

3) la continuità dell'attenzione e dell'empatia per le persone con disturbi significativi ("mi interessa la persona e la sua storia di vita più che la malattia")(F. Basaglia), superando l'identità totalizzante della follia, con la costruzione intorno di reti reali di fiducia ed appoggio,

in un modello complesso di intervento biopsicosociale. Le patologie psichiche dipendono molto dal contesto e dalle sue potenzialità di affrontarle correttamente. La qualità dello “ sguardo dell’altro”, l’affettività.. più che i protocolli cambiano le persone.

4) per l’integrità psichica e fisica delle persone sofferenti e per la loro qualità di vita serve un progetto coi Servizi medici di cure fisiche con un’attenzione maggiore per pazienti psichici , spesso poco attenti ai loro disturbi fisici. Per cui è importante il coinvolgimento di MmG, Distretti Sanitari... ed anche sostegno sociale coi Servizi Sociali comunali, Case Popolari pubbliche, Associazioni di quartiere, Microaree...). Si è lavorato successivamente per collegare questo circuito sociale di poli diversi che, quando è fluido, produce risposte coerenti e integrate per un salto di qualità nella vita e nella salute delle persone.

5) una strategia riabilitativa continua nei suoi percorsi esistenziali reali (e non artificiali), particolarmente lavorativi, sia nel mercato del lavoro che in Cooperative Sociali, ma dentro relazioni sociali che rompano la cronicità’. Un luogo “psichiatrico” tende sempre a connotarsi come gestore e riproduttore di miserie, mentre altrove è più facile agire le contraddizioni con minore istituzionalità. Per cui le strutture psichiatriche del territorio devono essere attente e ben integrate fra loro e capaci di accompagnare la persona verso l’autonomia ed il lavoro, o il risultato di emancipazione per la persona rischia di essere scarso.

6) favorire l’incontro fra normalità e diversità (che in parte può rimanere nelle persone in aspetti poco accettati o originali), riconoscendo diritto all’inclusione ad entrambe. Rompere l’incomprensibilità, la paura della diversità’, i passaggi esistenziali bloccati o destinati solo al consumo..., facendo ripartire la costruzione di realtà per la riproduzione sociale, le pratiche di comunità, le contaminazioni, le narrazioni, le potenzialità di connessioni ed umanizzazioni dentro una dimensione temporale ed un habitat... Ma l’armonica complessità di questi poli è molto difficile da raggiungere.

7) lavorare per la deistituzionalizzazione, e mantenersi fedeli agli obiettivi originari, quindi combattere l'istituzionalizzazione, cioè l'involutione che ogni struttura e gruppo umano, anche se nuovi, rischiano di subire/favorire nel tempo per ansia di controllo o per inerzia, compromessi, cronicizzazione.. e poi inglobare assoggettando ai suoi meccanismi le persone più fragili. "Mi interessa la persona più che la malattia"(F.Basaglia)

Ora per continuare ad essere pedagogico rispetto al mio obbiettivo di facilitare i percorsi professionali a chi lavora in strutture completamente diverse da quelle di Trieste, può essere utile evidenziare le discriminanti positive ubiquitarie delle categorie del nostro operare, fra operatività Manicomiale e Comunitaria per riconoscere e facilitare la scelta pratica di lavorare ogni giorno verso Servizi di Salute totalmente sostitutivi all'O.P.

1. Eziopatogenesi: dalla Medicina Positivistica che vede malattie ad eziopatogenesi cerebrale ed evoluzione infausta, pericolosità da contenere fisicamente o chimicamente.. indirizzarsi invece verso la lettura di un disturbo multifattoriale con vulnerabilità variabile proporzionale agli stress esistenziali, e per affrontarlo accentuare le risorse personali ed ambientali. Riuscire a "leggere l'alterità più che l'alienità, la differenza più che l'incomprensibilità, coinvolgendo il contesto nell'interpretazione della crisi psicotica per evitare il sequestro specialistico e mummificante. Bisogna ristabilire la cultura della diversità, che non è infermità, della malattia che non è incomprensibilità e dei momenti incomprensibili che non sono cronici ed irreversibili..verso possibilità alternative di interpretazione della follia"(A.Gaston). "La schizofrenia non esiste al principio della evoluzione, ma solo alla fine" in una lettura di carriera predefinita(H. Ey).

2. Terapia e Riabilitazione: lungo internamento(talora indefinito) in OP con terapie fisiche di isolamento, contezione, shock, ergoterapia, abuso di psicofarmaci..versus cura biopsicosociale, con

breve trattamento (ospedaliero?) farmacologico e poi riabilitazione psicosociale e “accompagnamento” nel suo percorso esistenziale.

3. Luoghi di cura: Op o Cliniche Private o Ambulatori per indefiniti trattamenti farmacologici versus DSM coi loro diversificati luoghi volontari di cura nella comunità.

4. Attori della cura diversificati: in Op ruoli prevalentemente per psichiatri e infermieri custodi e stigmatizzanti; nella Comunità oltre a Medici ed Infermieri con ruolo minore di controllo, anche familiari, amici, psicol, ass soc, , volontari, accompagnatori, helpers..ed il clima di una comunità libera.

5. Prognosi: il potere fondante del sistema manicomiale va oltre la resistenza culturale della iniziale “tara ereditaria” e dello stigma, organizzando la gestione istituzionale della “inguaribilità” su meccanismi di negazione e annichilimento delle persone e non di cura versus almeno parziale recupero proporzionale al contesto sociofamiliare esterno.

6. Diritti: in Op nessun diritto (internato perché pericoloso, “interdetto” dai diritti civili) versus diritti di cittadinanza come tutti nella Comunità, se non soggetto a TSO (obbligo di cura per 1 settimana, ev ripetibile) o interdetto dal Tribunale per incapacità a gestire i beni o in AdS (Amministrazione di sostegno) per supporto alla propria gestione (leggi italiane).

7. Modello Culturale: le istituzioni presenti in un Paese riproducono intorno a sé il proprio modello culturale; finché permane anche solo un reparto di Op, che è l’istituzione più forte nel settore, irradierà il suo diritto e le sue regole a difendere la comunità da una patologia potenzialmente criminale e non curabile, controllabile solo lì nella commistione di interventi repressivi, sedativi, moralistici, con prognosi infausta e senza prospettive alternative.. Queste regole sono comuni all’etica medica degli infermieri-secondini e degli altri lavoratori dell’istituzione. Gli eventuali Servizi Psichiatrici Territoriali non potrebbero ignorare un Op operante nel loro territorio, che fagocita i loro pazienti con una dinamica conflittuale con la loro, che rilancia lo stigma, impedendo il cambiamento degli

atteggiamenti sociali. Così non lo sostituiscono, ma solo ne diventano complementari e quasi succubi.

Ora invece operatori sociosanitari, familiari e cittadini... giustificano il diritto istituzionale alla sopravvivenza delle persone umane con disturbi psichici dentro la comunità, e quindi il diritto a riappropriarsi della follia come condizione umana.

“Il buono della psichiatria è sempre venuto da altrove. Dal suo interno essa non ha elaborato che pratiche perverse, saperi dissociati dall’oggetto, in una tragica caricatura di rapporti umani” (ROTELLI, 1994).

8. Politiche di cambiamento: difficoltà di budget e rischio involutivo nel mantenere la contemporaneità dei due sistemi, di quello manicomiale e di quello comunitario. Se lo smontaggio degli schemi deve essere inizialmente a piccoli passi per coinvolgere e rispettare i ritmi delle persone, oltre che la burocrazia.. poi se lo switch non accelera(periodo di trasformazione di strutture e fondi assistenziali), diventa troppo lento, incerto, non convinto e rischia la retromarcia. Basaglia col suo gruppo credette nell’utopia, coinvolse il contesto, accelerò e raggiunse l’obiettivo più civile del suo tempo.

Però nessuno è perfetto ed in Italia abbiamo ancora aperto il problema OPG :nelle Corporazioni Mediche prevalentemente psichiatriche e medicolegali si è aperto negli ultimi tempi un dibattito arretrato sulla nuova legge sugli OPG (5 Ospedali Psichiatrici Giudiziari con totale circa 1400 internati), strutture sotto l’amministrazione del Ministero della Giustizia e non della Sanità.

Si sta battagliando in Parlamento, che ha già legiferato (L.9/2012 e DL52/2014) per chiuderli, e settori medici a difesa corporativa su basi pseudo diagnostiche, restii su chi (Psichiatri dei Dsm o dei Sert-Tossicodipendenza, Medici Legali) e dove vigilare i “folli” che compiono reati.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- DEL GIUDICE, G. P.; REALI, E. M. How can mental hospital be in psychiatry in transition. In: RAMON, S.; GIANICHEDDA, M. G. *How can mental hospital be in psychiatry in transition*. London: Pluto, 1988.
- EVARISTO, P. *Manual del Operador en Salud Mental Comunitaria*. La Havana: Cooperacion Italia-Cuba, 2000.
- _____. *Psiquiatria y Salud Mental*. Trieste: Asterios, 2000.
- _____. La Reforma Psiquiatrica hoy dia en Trieste y Italia, Madrid: AEN, n. 110/2011. In: LEON, N. et al. *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo, 2013
- FOUCAULT, M. *Il potere psichiatrico*. Itália: Feltrinelli, 2004.
- GASTON, A. *Genealogia dell'alienazione*. Itália: Feltrinelli, 1987.
- MEZZINA, R.; TORESINI, L. *La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee*. Bolzano: Verlag, 2010.
- PICCIONE, R. *Manuale di Psichiatria*. Roma: Bulzoni, 1996.
- ROTELLI, F. *Per la normalità*. Roma: d.E, 1994.
- WARNER, R. *Schizofrenia e guarigione*. Roma: Feltrinelli, 1994.