

# Deistituzionalizzazione, riforma psichiatrica italiana e sua applicazione: evoluzione di una rivoluzione

*Deinstitutionalization and application of the Italian psychiatric reform: evolution of a revolution*

LORENZO BURTI

In Italia, come altrove, il processo di deistituzionalizzazione ha inizio negli anni '60, sull'onda di una più matura coscienza civile e umanitaria, ma assume subito una forte connotazione politica. Basaglia e collaboratori<sup>1</sup> attingono al movimento dell'antipsichiatria, ma con un pragmatismo inusuale sulla scena italiana riescono a far confluire la contestazione antipsichiatrica nel movimento di lotta per i diritti civili degli anni '60 e '70 e a inserire la liberazione del malato mentale nei programmi dei partiti progressisti assicurando così un'ampia base di validazione e supporto al processo di deistituzionalizzazione.

Allo stesso tempo lavorando in concreto sul manicomio, anzi *dentro* il manicomio, producono una serie di esperienze modello (Arezzo, Ferrara, Gorizia, Parma, Trieste, ecc.) che servono sia ad elaborare una *teoria* sul superamento del manicomio (Basaglia, 1968, 1973; Basaglia & Ongaro Basaglia, 1971, 1975) che a fornire una base di conoscenza *pratica* per l'impostazione della riforma nazionale del 1978.

Fattori contingenti ben noti (proposta di referendum da parte del Partito radicale) fanno sì che venga stilata e promulgata in tempi brevi la legge di riforma nota come Legge 180. Questa passa con la più larga maggioranza in Parlamento e con l'approvazione diffusa dell'opinione pubblica già sensibilizzata come si è detto. Diffusa è anche l'approvazione degli operatori, primi fra tutti gli psichiatri, che da decenni premono per una riforma che liberi final-

mente la psichiatria dal ghetto manicomiale e la metta alla pari delle altre discipline mediche sotto il profilo del prestigio e degli aspetti anche più concretamente contrattuali e sindacali.

Deistituzionalizzazione e riforma risaltano ancora di più tenuto conto del ritardo culturale e organizzativo della psichiatria italiana del dopoguerra rispetto ad altri Paesi avanzati. Solo nel 1976 diventa effettivo nell'ordinamento universitario l'affrancamento della psichiatria dalla neurologia in conformità agli standard previsti dalla Comunità Europea e l'ap-proccio neurologico continua a dominare la maggior parte delle scuole mentre gli orientamenti psico e socioterapici sono prevalentemente ancora di importazione. Ma questo stesso ritardo può anche rendere conto del carattere radicale della riforma: le idee e le forze progressiste del movimento antistituzionale non devono misurarsi con altri modelli moderni<sup>2</sup> per trovare un'alternativa ad un sistema protomanicomiale che tutti, in pratica, desiderano superare.

Vale la pena ricordare i punti più originali e radicali della Legge 180:

— obiettivo della riforma è il blocco dell'accesso al manicomio piuttosto che la dimissione dei pazienti: la prevenzione della istituzionalizzazione piuttosto che la deistituzionalizzazione;

— i nuovi servizi non vengono semplicemente aggiunti al manicomio (come è successo negli altri Paesi con il rischio di reclutare nuova utenza senza intaccare il monopolio asilare nel trattamento dei casi più seri), ma sono *sostitutivi* del manicomio stesso, il cui accesso è chiuso per sempre; le norme sull'impiego del personale psichiatrico esistente per dotare i

Indirizzo per la corrispondenza: Professor L. Burti, Cattedra di Igiene Mentale, Istituto di Psichiatria, Ospedale Policlinico, 37134 Verona.

Fax (+39) 045-500873.

<sup>1</sup> Iniziative di matrice diversa sono pure presenti, attive e propositive, ma il movimento antistituzionale promosso da Basaglia e collaboratori, poi costituitosi in Psichiatria democratica, rimane, credo, l'espressione più tipica e incisiva della deistituzionalizzazione italiana.

<sup>2</sup> La *psichiatria di settore*, che dà vita a diverse esperienze (Bologna, Firenze, Padova, Pesaro, Varese) e che pure impronta la minoriforma rappresentata dalla *Legge Mariotti* del 1968, non riesce poi a promuovere un effettivo rinnovamento del sistema psichiatrico e viene quindi oscurata dal movimento antistituzionale.

nuovi servizi territoriali sottolineano l'ideale di riconversione del sistema;

— nelle disposizioni sul trattamento obbligatorio (che comunque può avvenire solo in ospedale generale) cade il concetto di pericolosità: la 180 è una legge sanitaria, si occupa della cura, non della custodia;

— entro l'anno la riforma viene assorbita nella legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, completando l'inquadramento della psichiatria nel nuovo assetto della medicina pubblica.

Allo stato attuale gli effetti della riforma possono essere riassunti come segue:

— il numero dei ricoverati in ospedale psichiatrico (OP) è ridotto a meno della metà;

— il blocco dei ricoveri in OP previene la istituzionalizzazione di nuovi pazienti e la reistituzionalizzazione dei dimessi...

— ... senza un sensibile incremento dei ricoveri nei servizi di diagnosi e cura e nelle cliniche private (De Salvia, 1983);

— è disponibile su tutto il territorio nazionale una rete di servizi di diagnosi e cura in ospedale generale e di servizi territoriali; nonostante disomogeneità e carenze locali tali servizi sono disponibili a più dell'80% della popolazione italiana nelle rispettive USL<sup>3</sup>.

La comparsa sulla scena internazionale di una riforma così innovativa e radicale evoca risposte entusiastiche (Lacey, 1984; Mosher, 1982, 1983a, b) e violente opposizioni (Jones & Poletti, 1985, 1986). Sembra che si faccia fatica a credere che un'intera nazione abbia preso alla lettera e messo in pratica le raccomandazioni della WHO in tema di superamento del manicomio, sulle quali del resto tutti sono d'accordo, almeno finché rimangono a livello di dichiarazioni di principio.

Gli stessi autori italiani impegnati nel sostenerla e nell'applicarla usano toni piuttosto cauti; si soffermano, peraltro giustamente, sui ritardi di applicazione, ma finiscono così per alimentare l'impressione che la riforma non sia semplicemente *incompiuta* perché tuttora in corso, quanto precocemente *abortita* (Crepet, 1989; Ongaro Basaglia, 1985).

L'applicazione di una riforma di tale portata non può che essere un lungo «viaggio in un territorio per

gran parte inesplorato», viaggio per di più intrapreso senza una programmazione nazionale e senza un'adeguata copertura finanziaria.

La riforma certamente stimola la sperimentazione di nuove modalità di approccio impensabili un decennio prima. Nella sola esperienza triestina, tanto per citare una delle più note e studiate anche da parte di osservatori internazionali (Bennett, 1985), vengono sviluppate, perfezionate, utilizzate correntemente e replicate poi in numerosi altri servizi, in Italia e all'estero, svariate forme di intervento territoriale: dall'ospitalità in OP dei pazienti non immediatamente sistemabili all'esterno, ai centri di salute mentale polifunzionali (che offrono dall'intervento di crisi, con possibilità di accoglimento, alla riabilitazione), alle cooperative di lavoro fino all'impresa sociale, ecc.

Trattandosi di forme di intervento chiaramente non mediche corrono il rischio di essere squalificate dall'osservatore, straniero o nostrano, che identifichi la bontà di un servizio con l'aderenza al modello medico. A torto, commenta Lovell (1986), trattandosi invece di forme *altamente sofisticate* di risposta a problemi psichiatrici che rinviano al sociale.

Una ricaduta ancora poco studiata è l'evoluzione della immagine pubblica della follia operata dalla riforma e dalla mutata pratica territoriale. Va notato come l'immagine fornita dai media non sia rappresentativa: tende infatti ad essere ad effetto, quindi stereotipa e conservatrice (Ramon, 1990).

Una frequente obiezione al modello territoriale, espressa anche nell'intervento della Bachrach, riguarda la *mancata evidenza* di una sua *superiorità*. Occorre chiedersi: *superiorità in che termini?* Il manicomio risulta imbattibile quanto a custodire larghe masse di devianti al minimo costo per la società (Perrow, 1970). Ma nel momento in cui la coscienza civile rifiuta di accontentarsi della custodia ed esige un approccio terapeutico, lo stesso ospedale psichiatrico riformato diventa eccessivamente costoso<sup>4</sup> pur rimanendo antiterapeutico. La deistituzionalizzazione ha quindi a che fare con una questione di scelta di priorità in base a considerazioni civili e umanitarie. In questi termini il modello territoriale è *superiore* per definizione.

La situazione attuale della riforma va inquadrata nella ben nota crisi del *welfare*, a sua volta parte di una crisi più vasta, politica e istituzionale. Credo si

<sup>3</sup> A paragone di altri Paesi, come gli Stati Uniti, risultano attivati solo 750 centri di salute mentale sui 2000 previsti (Mosher & Burti, 1989), si può dire che la riforma italiana è applicata: nel 1984, a fronte di 694 USL, sono già funzionanti 675 servizi territoriali (Frisanco, 1989a).

<sup>4</sup> L'assistenza intraospedaliera assorbe il 70% e più dei fondi destinati alla psichiatria in Italia e all'estero (Mosher & Burti, 1989).

possa a buon diritto affermare che all'interno della «malasanità» italiana la psichiatria non sfigura, avendo nel frattempo sviluppato una rete capillare di servizi in ospedale generale e sul territorio, integrato gli organici e acquisito una esperienza sul campo ormai consolidata. Stupisce anzi come quest'ultima non si sia tradotta in una concettualizzazione altrettanto ricca. Vengono sempre riproposti i modelli classici: biologico, psicoanalitico, comportamentale-cognitivo, relazionale-sistemico, con isolati tentativi di integrazione (Siani *et al.*, 1990). Niente di veramente nuovo, nato dalla riforma, se si eccettua l'*impresa sociale* (Gallio, 1991), e l'introduzione, però dall'estero, del *self-help* (Chamberlin, 1978).

Di grande successo gode la riabilitazione: un'area eterogenea dove sono confluiti modelli ancora di importazione (Anthony, Fallon, Liberman, Spivak, ecc.), l'esperienza dei centri diurni, peraltro ancora eccessivamente improntati al modello medico e all'intervento di crisi, nonostante segnali contrari (Frisanco, 1989b), istanze di residenzialità protratta più o meno dissimulata e fatta passare per riabilitativa (Burti *et al.*, 1991). Eppure la riabilitazione, con la sua attenzione al polo abilità-disabilità anziché salute-malattia, alle caratteristiche sane, anziché patologiche dei pazienti, al ruolo del contesto sociale e assistenziale nel decorso della malattia mentale (Ciompi, 1984; Jablensky, 1980), a quello della qualità della vita, possiede potenzialità euristiche ancora solo parzialmente sfruttate.

E infine, il grosso problema tutt'ora sul tappeto è quello dell'incompiuta demanicomializzazione. Intendo con questo termine sia il mancato superamento del cosiddetto «residuo», che i vari stratagemmi per continuare ad utilizzare gli OP, specie quelli privati del Sud (Rizzi, 1993), che la lungodegenza sommersa, fenomeno la cui consistenza ancora ci sfugge. In una recente ricerca effettuata in Piemonte (Munizza, 1994) risulta che, oltre al residuo in OP, circa 1800 pazienti psichiatrici della regione si trovano ospitati in strutture residenziali pubbliche e private di vario tipo.

Anche la comunità alloggio (spesso definita con i termini ammiccanti di «terapeutica» o «riabilitativa»), cioè la modalità di accoglimento meno istituzionale, rischia poi di fatto per diventarlo: nella ricerca citata varie strutture private presentano caratteristiche tipiche di un reparto ospedaliero.

Ma forse quella stessa crisi del *welfare* che ci preoccupa contribuirà a stimolare l'esperienza accumulata, l'ingegno e l'iniziativa e a indirizzare la psichiatria pubblica verso modelli meno assistenziali e

più «imprenditoriali» (Gallio, 1991) con un maggiore coinvolgimento e protagonismo del privato, del volontariato e dell'associazionismo degli utenti stessi.

## BIBLIOGRAFIA

- Basaglia F. (a cura di) (1968). *L'Istituzione Negata*. Einaudi: Torino.
- Basaglia F. (a cura di) (1973). *Che Cos'è la Psichiatria?* Einaudi: Torino.
- Basaglia F. & Ongaro Basaglia F. (1971). *La Maggioranza Deviante*. Einaudi: Torino.
- Basaglia F. & Ongaro Basaglia F. (a cura di) (1975). *Crimini di Pace*. Einaudi: Torino.
- Bennett D. H. (1985). The changing pattern of mental health care in Trieste. *International Journal of Mental Health* 14, 70-92.
- Burti L., Siani R. & Siciliani O. (1991). *Riabilitazione Psicosociale*. Franco Angeli: Milano.
- Ciompi L. (1984). Is there really a schizophrenia? The long-term course of psychotic phenomena. *British Journal of Psychiatry* 145, 636-640.
- Chamberlin J. (1978). *On Our Own: Patient-controlled Alternatives to the Mental Health System*. McGraw-Hill: New York (tr. it. *Da Noi Stessi: un Contributo per l'Auto-aiuto Psichiatrico*. Aldo Primerano: Roma, 1990).
- Crepet P. (1989). La transizione dell'assistenza psichiatrica in Italia: nuovi elementi per una sua valutazione epidemiologica. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 113, 606-630.
- De Salvia D. (1983). Lo sviluppo dell'assistenza psichiatrica in Italia: uno studio valutativo. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 14/15, 22-28.
- Frisanco R. (a cura di) (1989a). *Il Dopo 180: Primo Bilancio di una Riforma*. Edizioni Ter: Roma.
- Frisanco R. (a cura di) (1989b). *Utenza Psichiatrica e Servizi*. Edizioni Ter: Roma.
- Gallio G. (a cura di) (1991). *Nell'Impresa Sociale*. Edizioni «e»: Trieste.
- Jablensky A. (1980). Symptoms, patterns of course and predictors of outcome in the functional psychoses: some nosological implications. In *Epidemiological Impact of Psychotropic Drugs* (ed. G. Tognoni, C. Bellantuono and M. H. Lader). Elsevier: Amsterdam (tr. it. Sintomi, modelli di decorso e predittori di esito nelle psicosi funzionali: alcune implicazioni nosologiche. *Fogli di Informazione*, n. 87/88, 303-325).
- Jones K. & Poletti A. (1985). Understanding the Italian experience. *British Journal of Psychiatry* 146, 341-347.
- Jones K. & Poletti A. (1986). The Italian experience reconsidered. *British Journal of Psychiatry* 148, 144-150.
- Lacey R. (1984). Where have all the patients gone? *Guardian*, 4 luglio.
- Lovell A.M. (1986). The paradoxes of reform: reevaluating Italy's mental health law of 1978. *Hospital and Community Psychiatry* 37, 802-808.
- Mosher L.R. (1982). Italy's revolutionary mental health law: an assessment. *American Journal of Psychiatry* 139, 199-203.
- Mosher L.R. (1983a). Radical deinstitutionalization: the Italian experience. *International Journal of Mental Health* 11, 129-136.

- Mosher L.R. (1983b). Recent developments in the care, treatment and rehabilitation of the chronic mentally ill in Italy. *Hospital and Community Psychiatry* 34, 947-950.
- Mosher L.R. & Burti L. (1989). *Community Mental Health: Principles and Practice*. Norton, New York: (tr. it. *Psichiatria Territoriale: Principi e Pratica*. Feltrinelli: Milano, 1991).
- Munizza C. (1994). Residenzialità e riabilitazione. La situazione nella Regione Piemonte. Relazione presentata alle *Giornate Psichiatriche «A che punto è la psichiatria»*, Folgaria (TN), 6-12 febbraio 1994.
- Ongaro Basaglia F. (1985). Italy's aborted psychiatric reform. *International Journal of Mental Health* 14, 9-21.
- Perrow C. (1970). *Organizational Analysis: a Sociological View*. Tavistock: London.
- Ramon S. (1990). Media, mental distress and mental health: methodological and conceptual issues. Relazione presentata ai *Mental Health Research Network Seminars Series*, London School of Economics, 25 maggio 1990.
- Rizzi P. (1993). La questione psichiatrica in Basilicata. *Fogli di Informazione*, n. 160, 1-6.
- Siani R., Siciliani O. & Burti L. (1990). *Strategie di Psicoterapia e Riabilitazione*. Feltrinelli: Milano.