



SALUTE MENTALE/ A Trieste un incontro internazionale sulle politiche di inclusione

I semi di Basaglia nel mondo

Nasce una Conferenza mondiale permanente con oltre 40 Paesi

Una «rete delle reti» per portare nel mondo le «buone pratiche» di **Franco Basaglia** e per dire ancora una volta con forza: mai più manicomio. Ancora una volta da Trieste, quasi quarant'anni dopo, riparte la battaglia contro la «psichiatria del pessimismo», del rischio e della pericolosità che porta sempre con sé la tentazione di «istituzionalizzare» i pazienti e «medicalizzare» i disturbi mentali. Con nuove strutture che magari non si chiamano manicomio, ma molto gli assomigliano. E con strumenti di contenimento che tanto ricordano le camicie di forza di una volta.

A raccogliere la sfida, questa volta da portare se possibile in ogni angolo del mondo in tutti e cinque i continenti, sarà la «Conferenza mondiale permanente per la salute mentale». A proporla è stato il direttore del Dipartimento di Salute mentale dell'Organizzazione mondiale della Sanità, **Benedetto Saraceno**, al termine del meeting mondiale «Trieste 2010: Che cos'è salute mentale?», che si è concluso nel Parco



«Marco Cavallo», il cavallo di cartapesta di Trieste

di San Giovanni lo scorso 13 febbraio, proprio quello nel quale Basaglia «liberò i matti» aprendo l'Italia e la salute mentale a nuovi orizzonti di cura e di vita. Per cinque giorni, nei padiglioni e nelle sale del Parco, più di mille operatori del mondo della salute mentale, insieme a fami-

liari, volontari, professionisti, intellettuali e giornalisti, provenienti da più di quaranta Paesi dei cinque continenti, hanno dato luogo a un'analisi profonda e «fuori dagli schemi» dei nuovi confini che ha assunto oggi la salute mentale.

Saranno proprio questi 40

Marco Cavallo è ancora in piedi

E sattamente 37 anni fa, il 25 febbraio 1973, «Marco Cavallo» uscì per la prima volta dal manicomio di San Giovanni di Trieste: percorse via Giulia, via Battisti fino al colle di San Giusto dove lo attendono centinaia di persone per festeggiarlo. Ad accompagnarlo medici, pazienti e artisti che chiedevano case, lavoro, socialità. Era l'inizio di un lungo percorso di liberazione dai manicomio e di riconoscimento dei diritti che non conosce tregua ancora oggi. E che ha avuto sempre Marco Cavallo come porta-bandiera: un animale a suo modo mitico, costruito in cartapesta da Franco Basaglia e dall'artista Giuliano Scabia insieme con i pazienti dell'ospedale psichiatrico nel lontano 1973. Oggi quel grande cavallo turchese non è sbiadito. E dopo aver fatto il giro del mondo, come simbolo della rivoluzione basagliana culminata con la celebre legge 180, è tornato a casa di fronte al piazzale del Dipartimento di Salute mentale di Trieste.

Paesi i primi a impegnarsi nella «Conferenza mondiale permanente per la salute mentale», che farà riferimento a **Franco Rotelli**, attuale direttore uscente dell'azienda sanitaria triestina, e avrà il sostegno dell'Oms, «poiché - ha sottolineato Saraceno - appare perfettamente allineata

con gli obiettivi prioritari». La «Conferenza» ha già deciso le prime tappe del proprio cammino: dal 21 al 23 maggio la Conferenza sarà a Belgrado (Serbia), poi a giugno sarà a Lille (Francia) e a settembre a Sidney (Australia). Alla «Conferenza», però, non parteciperanno solo i Pa-

si presenti al meeting di Trieste (dall'Inghilterra al Brasile, dall'Australia alla Nuova Zelanda, dall'America Latina al Marocco, alla Giordania, al Giappone), ma anche Paesi che non hanno potuto inviare delegazioni, come Messico, Paraguay, Colombia, molti Stati dell'Europa orientale e balcanica o dell'ex Unione sovietica, come Armenia, Uzbekistan e Tajikistan.

«Alla luce della straordinaria partecipazione di questi cinque giorni di meeting - ha sottolineato il direttore del Dipartimento Salute mentale di Trieste, **Giuseppe Dell'Acqua** - Trieste è stata candidata e voluta come luogo di riferimento per l'organizzazione e la promozione di percorsi formativi rivolti ai familiari di pazienti di tutta Italia». Tra i progetti ai quali si pensa di dar vita c'è anche l'attivazione di una Scuola internazionale di sviluppo umano e cooperazione, appoggiata dalle Nazioni Unite e costituita da una rete mondiale di strutture del Sud e del Nord.

Mar.B.

Argentina/ La marcia di Rìo Negro

Tutto è partito dalla Patagonia, nella provincia di Rio Negro, dove alla fine degli anni Ottanta un gruppo di giovani medici ha dato vita con la forza del proprio entusiasmo a un movimento che tanto assomiglia a quello che Basaglia riuscì a creare a Trieste all'inizio degli anni Settanta. «Anche se non conoscevamo Basaglia ci siamo accorti di aver fatto le sue stesse battaglie», spiega **Graciella Natella** coordinatrice della rete «Fuv» che riunisce operatori, utenti e familiari.

Le battaglie vinte sono state la chiusura del manicomio nel 1984, lo stop a nuovi ospedali psichiatrici e all'uso di mezzi di contenimento o all'elettroshock. In una sola parola: la «desmanicomializzazione». Che, anche grazie a una legge provinciale nel 1991 (la n. 2440), ha introdotto strumenti alternativi come una rete di servizi sul territorio e il recupero dei diritti dei pazienti attraverso la riabilitazione e l'integrazione. Con tanto di imprese sociali in cui sono coinvolti gli utenti (oggi si contano una ventina di esperienze sostenute dal Comitato internazionale per lo sviluppo dei popoli). Un'esperienza di successo che ora potrebbe presto diventare nazionale. Una legge è stata approvata già da una delle due Camere del Parlamento. E presto potrebbe incassare il via libera definitivo.

Islanda/ Reykjavik copia i «Csm»

L'idea è quella di copiare di sana pianta quei centri di salute mentale sul territorio immaginati da Franco Basaglia oltre trent'anni fa. Questa la proposta dell'«Icelandic mental health alliance», una importante e influente associazione di ex pazienti ed esperti, che dopo aver partecipato all'incontro di Trieste sulla salute mentale vuole convincere il Governo islandese a destinare almeno un terzo del budget dell'ospedale psichiatrico di Reykjavik per creare undici centri sul territorio, aperti ventiquattr'ore al giorno. Se il progetto dovesse andare in porto l'Islanda sarebbe tra i primi Paesi ad avere importato la legge 180. E nell'attesa del via libera di Reykjavik, nella cittadina di Keflavik c'è chi si è già mosso in questa direzione anche senza le necessarie autorizzazioni. Si tratta di un piccolo centro attivo da cinque anni, aperto dalla mattina alle quattro del pomeriggio. Una struttura che per il momento si basa tutta sull'entusiasmo degli operatori, ma che la crisi economica e l'aumento delle patologie depressive derivanti dalla disoccupazione sta rendendo sempre più utile, convincendo le istituzioni islandesi a ripensare l'intero sistema.

Brasile/ Quei seminari del 1979

«La legge 180 è un po' verde e gialla, i colori della bandiera brasiliana, i brasiliani l'hanno abbracciata con forza da subito». Chi lavora da anni nella psichiatria e nella salute mentale del Brasile non ha dubbi: la riforma voluta da Basaglia in Italia - spiegano da Trieste - ispirò e cambiò radicalmente l'assistenza ai pazienti psichiatrici. Anche perché alla fine degli anni Settanta lo stesso Basaglia fu invitato per una serie di seminari in Brasile. Incontri che allora ebbero una eco gigantesca e ancora oggi nessuno si è dimenticato.

La nuova legislazione psichiatrica arriverà soltanto nell'aprile del 2001, dopo 12 anni di dibattiti, perdendo per strada un po' di quella «ispirazione antimanicomiale» ma segnando una grande svolta per il Paese, disciplinando il ricovero coatto e prevedendo la graduale chiusura delle strutture psichiatriche di vecchio stampo. Nel 1979 si contavano 120mila posti letto per 70 milioni di abitanti. Oggi dopo la legge del 2001 si contano 39.567 letti, distribuiti in 226 ospedali, per soddisfare una popolazione di circa 170 milioni di brasiliani.

RAPPORTO DI «MENTAL HEALTH EUROPE»

I bisogni sociali dei malati ancora dimenticati

In Europa l'approccio alle malattie psichiche si concentra sull'aspetto medico, mentre troppo spesso vengono dimenticati i bisogni sociali dei malati. Inoltre il coordinamento, l'interazione e la comunicazione tra il settore sanitario e quello sociale sono spesso scarsi e i malati e le loro famiglie sono poco coinvolti nelle decisioni sulle cure e sugli altri tipi di intervento. Mentre in Italia sono esigui i risultati ottenuti nella lotta contro la stigma.

È quanto sostiene un rapporto di «Mental Health Europe» (Mhe), il network europeo che rappresenta associazioni, organizzazioni e individui impegnati nel campo della salute e del benessere mentale in Europa. Lo studio («From exclusion to inclusion the way forward to promoting social inclusion of people with mental health

problems in Europe») è stato pubblicato grazie al supporto della Commissione Ue. Nel rapporto viene illustrata la situazione relativa all'inclusione sociale delle persone con problemi mentali nei 27 Paesi dell'Ue. Come noto, l'esclusione sociale determina l'acuirsi dei disturbi mentali, che a loro volta intensificano le difficoltà di inserimento nella comunità, generando così un circolo vizioso. Lo studio è stato realizzato sulla base di rapporti nazionali preparati da membri del Mhe con esperienza nel settore dei disturbi mentali e dell'inclusione sociale.

Riguardo al nostro Paese il rapporto sottolinea che la legge 180 che ha portato alla chiusura degli ospedali psichiatrici ha rappresentato una au-

tentica rivoluzione culturale. Tuttavia, afferma lo studio, fin dall'inizio ci sono state difficoltà nel mettere la legge in pratica a causa della mancanza di risorse per la creazione di nuovi servizi nella comunità e per migliorare la cultura dell'inclusione. Inoltre la legge non è stata applicata in maniera efficace in tutte le Regioni.

In ambito educativo per Mhe esiste discontinuità nei progetti contro lo stigma e il pregiudizio. Poche le iniziative nelle scuole secondarie. D'altro canto, sostengono gli autori, i messaggi negativi sui media sono frequenti. Spesso, infatti, si dà eccessiva enfasi a casi di cronaca che vedono come protagonisti persone con disturbi mentali. Vengono poi evidenziate le difficoltà nell'accesso al lavoro, special-

mente nel lavoro a tempo pieno, e nella ricerca di case in affitto. Mancano, poi, servizi rivolti specificamente alle donne. Tra le buone pratiche per l'inclusione sociale vengono citati il mese della salute mentale, a ottobre, la creazione di gruppi di auto-aiuto e progetti a livello locale per fornire un'abitazione alle persone con problemi mentali.

Il rapporto si conclude con una serie di raccomandazioni rivolte agli Stati della Ue. Per gli autori servono azioni integrate in ambito sociale e sanitario e un maggiore interscambio tra i due settori. Dovrebbe, poi, aumentare la partecipazione delle persone con disturbi mentali ai processi decisionali che li riguardano. In ambito educativo servono servizi di suppor-

to per studenti con disturbi nelle scuole e nelle università e va promossa la prevenzione dei disordini mentali. In ambito lavorativo vanno informati i datori di lavoro sulle potenzialità delle persone con problemi mentali e va regolata la compatibilità tra lavoro e benefit sociali.

Una maggiore attenzione va dedicata ai bisogni dei migranti. Sul piano dei diritti civili bisogna far sì che le persone con disturbi siano informate dei propri diritti ed è necessario supportare la creazione di punti di contatto per la consulenza legale. È fondamentale, infine, che i problemi di salute mentale siano esplicitamente inseriti nei Piani di azione nazionali per l'inclusione sociale di tutti i Paesi.

Giacinto Severino

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALUTE MENTALE/ Il bilancio a 30 anni dalla riforma: cure migliori al Centro-Nord

Legge 180 solo in metà Italia

Centri aperti a singhiozzo e nell'80% dei casi ricoveri a porte chiuse



Dipartimenti di salute mentale con bacini di utenza che variano dai 100mila a un milione di possibili assistiti. Centri di salute mentale aperti più di 12 ore al giorno solo in pochi casi e servizi psichiatrici di diagnosi e cura che nell'80% dei casi chiudono a chiave la porta dei reparti, come ai tempi del manicomio.

Oggi che torna di nuovo alla ribalta il dibattito sulla legge 180 a oltre 30 anni dalla sua battesimo - è appena partito alla Camera l'esame di cinque Ddl di riforma (vedi articolo qui sotto) - è difficile tracciare un bilancio dettagliato di quella riforma rivoluzionaria, visto che mancano dati ufficiali aggiornati. Ma quelli disponibili (dall'Istat all'Iss fino ai report «progress») parlano ancora una volta di una Sanità a più velocità anche per la salute mentale dove i servizi sul territorio, tanto evocati da Basaglia, spesso sono un miraggio e dove a volte la tentazione di ricorrere alla contenzione con il Tso diventa la soluzione più facile, soprattutto in certe Regioni (specie nel Sud, con l'eccezione vista dell'Emilia).

In Italia si contano, a esempio, 190 Dipartimenti di Salute mentale: 77 (il 41%) servono una popolazione tra i 100mila e i 250mila abitanti mentre 68 (36%) variano tra i 250mila e i

Regione	Pazienti visitati	
	Fuori dal Csm	In sede Csm
V. d'Aosta	8%	92%
Sardegna	10%	90%
Pa Bolzano	12%	88%
Calabria	12%	88%
Sicilia	17%	83%
Abruzzo	17%	83%
Campania	17%	83%
Lombardia	18%	82%
Veneto	19%	81%
Umbria	19%	81%
Puglia	21%	79%
Piemonte	22%	78%
Italia	24%	76%
Lazio	25%	75%
Marche	26%	74%
Emilia R.	26%	74%
Toscana	27%	73%
Liguria	34%	66%
Pa Trento	44%	56%
Friuli V.G.	74%	26%

500mila abitanti (soprattutto al Sud). Quattro dipartimenti del Meridione hanno, infine, un bacino di competenza che supera addirittura un milione di persone. Sono distribuiti meglio sul territorio i 707 Centri di salute mentale, con l'eccezione del Molise

Regione	Personale nei Csm	
	Pers./10.000 ab.	Diff. risp. standard *
V. d'Aosta	1,6	-51
Veneto	1,6	-51
Abruzzo	1,7	-50
Lombardia	1,7	-50
Marche	1,8	-49
Basilicata	1,8	-49
Puglia	1,9	-48
Sicilia	2,0	-47
Piemonte	2,1	-46
Pa Bolzano	2,4	-43
Lazio	2,5	-42
Italia	2,6	-41
Calabria	2,8	-39
Emilia R.	2,8	-39
Sardegna	2,9	-38
Liguria	3,0	-37
Umbria	3,2	-35
Pa Trento	3,4	-33
Campania	3,5	-32
Toscana	3,8	-29
Friuli V.G.	4,9	-18

dove non ne risulta attivato nemmeno uno. Ma qui il problema sono gli orari (i Csm dovrebbero essere aperti almeno 12 ore per 6 giorni a settimana) e il personale che spesso è insufficiente. Ebbene solo 112 Csm (15,8%) sono aperti almeno 72 ore su 6 giorni

Regione	Tso per 100mila abitanti		
	2004	2005	2006
Piemonte	17,8	18,0	18,2
V. d'Aosta	18,6	17,7	12,9
Lombardia	16,8	16,7	15,7
Trentino A.A.	9,5	9,8	11,4
Veneto	10,3	11,3	11,3
Friuli V.G.	7,4	6,8	5,7
Liguria	11,6	16,0	17,1
Emilia R.	21,8	23,0	28,3
Toscana	9,4	6,7	7,6
Umbria	19,1	24,9	23,7
Marche	16,7	19,2	14,7
Lazio	18,7	14,1	14,3
Abruzzo	23,1	20,1	24,4
Molise	15,9	9,3	10,0
Campania	16,9	17,9	16,0
Puglia	22,6	22,9	18,8
Basilicata	6,9	7,7	6,6
Calabria	17,1	14,5	15,5
Sicilia	26,9	27,4	29,1
Sardegna	28,3	24,9	20,4
Totale	18,0	17,7	17,6

la settimana. Tra questi ci sono i Csm del Friuli e alcuni campani e sardi che sono aperti addirittura 24 ore al giorno, 7 giorni su 7 e sono dotati di 6-8 posti per l'accoglienza diurno-notturna delle persone che ne hanno bisogno. L'apertura media in Italia è inve-

ce di 61 ore settimanali, ma nei prefettivi e festivi i centri hanno un orario ridotto o decidono addirittura di chiudere i battenti. Normalmente per accedere ai servizi dei Csm si attendono 8 giorni, ma in 82 centri servono dalle 2 settimane fino ad addirittura 75 giorni di attesa. Il personale varia parecchio da Regione a Regione: in otto (Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Marche, Abruzzo, Puglia, Basilicata e Sicilia) lavorano 1,5-2 operatori per 10mila abitanti. In altre quattro Regioni (Pa Trento, Toscana, Umbria e Campania) ci sono oltre 3 operatori. In Friuli sono, invece, ben cinque per 10mila abitanti.

Infine in Italia (Sicilia esclusa), ci sono circa 4.100 letti nelle strutture pubbliche (tra servizi psichiatrici di diagnosi e cura e cliniche universitarie) con una media circa 13 posti per struttura. Le case di cura, in 10 tra le 20 Regioni censite, sono 54, con 4.862 letti e con una media di 90 posti per struttura. Con Lazio, Campania e Calabria che contano il minor numero di letti nelle strutture pubbliche. Nel Paese di Basaglia spicca infine un dato: nell'80% dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura le porte d'ingresso sono chiuse a chiave.

pagina a cura di
Marzio Bartoloni

IL RELATORE DELLA PROPOSTA DI REVISIONE CARLO CICCIOI (PDL)

«Principi giusti, ma norme invecchiate»

«Vogliamo andare oltre la legge Basaglia, non la vogliamo né restaurare né rinnegare». Carlo Ciccioi, deputato Pdl e per 15 anni psichiatra nelle strutture pubbliche, è il relatore della proposta di legge che punta a modificare la legge 180 «modificando quelle norme - spiega - che dopo quasi 32 anni sono ormai non più in linea con i tempi».

Per molti questa legge è quasi "sacra".

È una legge storica perché ha chiuso i manicomi che nessuno vuole assolutamente riaprire. Ma è anche una legge modesta per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica che in questi 30 anni è cambiata parecchio.

In che modo?

Non si può non riconoscere, a esempio, il ruolo che hanno oggi gli psico-farmaci che non solo intervengono sui sintomi, ma ormai curano e riabilitano i malati mentali. Una volta il manicomio era quasi l'unica risposta.

Cosa suggerisce dunque?

Di fronte alla possibilità di una cura reale è necessario prevedere che il diritto alla salute, previsto in Costituzione, possa diventare forzoso.

Come?

Con alcuni esperti e addetti ai lavori abbiamo pensato a un nuovo strumento: il «trattamento sanitario prolungato», fino a sei mesi se

In pista audizioni e cinque Ddl

La commissione Affari sociali della Camera ha avviato a inizio febbraio l'esame di cinque proposte di legge di revisione della legge 180 del 1978 (919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioi e C. 2831 Jannone). Sono previste varie audizioni di esperti ed operatori del settore prima di avviare, in Comitato ristretto, la messa a punto di un testo unificato.

«Il nostro obiettivo - sintetizza il presidente dell'organismo di Montecitorio, Giuseppe Palumbo - è migliorare la Basaglia, tutti riconoscono che ci sono Regioni che hanno centri di assistenza e altre no. Nessuno vuole tornare ai manicomi - premette Palumbo - ma vogliamo migliorare l'assistenza ai malati e alle famiglie». D'altronde, continua Palumbo, «sono passati trent'anni. Sono cambiate tante cose anche sul profilo medico». L'iniziativa mette subito in allarme il Pd: «È una questione delicata - avverte Anna Margherita Miotto - l'esigenza sollevata è giusta, ma temiamo una risposta sbagliata». Ossia? «È vero che non ovunque ci sono strutture adeguate, soprattutto per la fase successiva alla diagnosi e cura che si occupa della fase acuta, ma prima di buttare il bambino con l'acqua sporca dovremmo chiederci perché la legge 180 non sia stata applicata dappertutto con la stessa efficacia». Il timore dei democratici è presto detto: «La maggioranza vuole sostanzialmente riprodurre una logica segregante, non saranno i manicomi, ma comunque strutture istituzionalizzate per i malati. Noi non vogliamo tornare indietro».

serve, da effettuare a domicilio o in luoghi di cura definiti che non siano l'ospedale.

E se il paziente è contrario?

Chi soffre di gravi malattie mentali spesso neanche riconosce di essere malato.

Per questo deve essere possibile intervenire anche contro la sua volontà o acquisendo il suo consenso in modo anticipato quando ancora non si trovi in gravi condizioni, stabilendo una sorta di patto preventivo.

IL SOCIOLOGO FRANCESE ROBERT CASTEL

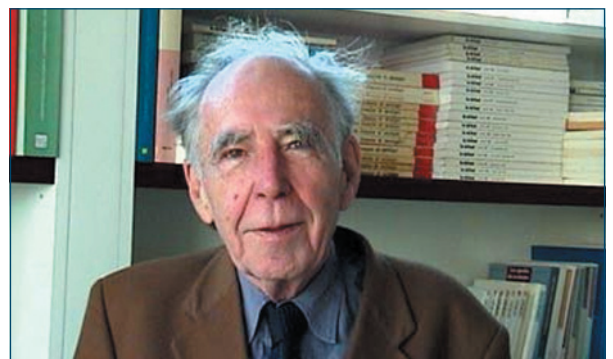
«L'insicurezza influenza la psichiatria»

Sul finire degli anni Sessanta era entrato in contatto con Basaglia instaurando con lui, nel periodo triestino, un grande sodalizio umano e intellettuale. Oggi Robert Castel, sociologo e direttore della «Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales» di Parigi, ricorda con grande nostalgia quegli anni: «Da lui ho imparato molte cose e ho una grande riconoscenza. Abbiamo lavorato molto insieme e sono venuto più volte a Trieste». Allievo di Pierre Bourdieu e Michel Foucault, Castel negli ultimi anni si è dedicato all'analisi delle dinamiche di esclusione sociale delle società contemporanee sempre più alle prese con il problema della sicurezza.

Cosa la colpì di quell'esperienza?

Era qualcosa di veramente nuovo per quell'epoca. Negli anni Sessanta e fino agli inizi degli anni Settanta tutta la psichiatria italiana e anche francese era dominata dal manicomio e dall'ospedale psichiatrico. Anche gli psichiatri che avevano idee relativamente più avanzate non avevano il coraggio di attaccare questa specie di fortezza che era l'ospedale psichiatrico. Credo che il coraggio di Basaglia sia stato di mettere questo problema al centro di tutto.

Quella battaglia fu aiutata dal clima di emancipazione e crescita dei diritti



Il sociologo francese Robert Castel

che si respirava allora?

Sì, la lotta contro l'ospedale psichiatrico ebbe all'epoca una certa popolarità perché a quel tempo rappresentava un simbolo dell'autoritarismo da demolire. E rientrò a pieno titolo nella battaglia per il riconoscimento dei diritti a tutti i cittadini, compresi i pazienti con disturbi mentali.

L'attuale clima di insicurezza contribuisce a rendere di nuovo popolare una psichiatria favorevole all'istituzionalizzazione del paziente?

Sì, credo che il senso di precarietà e insicurezza sociale ed economica che contraddistingue questi tempi giochi a favore di questo rifiorire di idee che sembravano superate.

In che modo?

C'è la tendenza a considerare certe categorie di malati mentali prima di tutto come persone pericolose per la si-

curezza collettiva e a trattarli in modo, diciamo, repressivo piuttosto che come malati bisognosi di cure.

Faccia qualche esempio.

Attualmente in Francia ci sono politiche penali molto restrittive che sfortunatamente sono anche abbastanza popolari. Sia per i pazienti con disturbi mentali che per gli immigrati. E questo accade perché c'è una crescente domanda di sicurezza, di legalità. Purtroppo prevale l'idea che se si è veramente fermi ed energici con misure restrittive si riesce a contrastare il rischio di violenza.

Come si fa a prevenire questo clima di insicurezza?

Garantendo un minimo di diritti sociali a tutti. Per la salute mentale credo che sia importante la presa in carico del paziente a livello locale, il più vicino possibile alla sua comunità e al territorio in cui vive.