

La revisione della 180. Motivi perché essa non è necessaria.

di Lorenzo Toresini

La situazione in Alto Adige - Suedtirolo

Nella provincia Autonoma di Bolzano vi sono state delle arretratezze storiche relativamente all'introduzione dei servizi di salute mentale in quel territorio. Ciò è avvenuto prima del 1978. Il servizio psichiatrico veniva svolto, e ciò a partire dal 1918, data della separazione del Tirolo del Nord dal Tirolo del Sud, dal manicomio di Pergine, in Trentino, dove nessuno conosceva la lingua tedesca. Ciò avveniva però anche dopo il 1978, (anno in cui veniva aperto solo il primo SPDC nell'ospedale di Bolzano) fino a quando la Provincia Autonoma di Bolzano non adottava una delibera quadro di finanziamento della psichiatria. Ciò avveniva nel 1996. In ogni caso i Servizi di Salute Mentale sono stati introdotti in questa provincia dopo e in seguito alla legge 180 - 833 del 1978.

A Merano la Casa Basaglia, che ho l'onore di dirigere, si trova ed opera inserita in una rete di tre CSM e sei residenze psichiatriche protette, di cui tre sanitarie e tre sociali. La Casa Basaglia dispone di 24 posti letto, poi di quindici posti da "day center", dove le persone dimesse o meno dalla casa Basaglia, possono venire per seguire talune cure, basate soprattutto sul lavoro volontario, parzialmente retribuito o normalmente retribuito.

La casa viene gestita con le porte aperte. Anche l'SPDeC di Merano ha le porte aperte per i degenti dei 9 posti letto che ivi sono collocati. Le porte sono tuttavia aperte anche per i visitatori esterni, che sono incentivati ad entrare e a superare segregazione e stigma.

In realtà il Comprensorio Sanitario di Merano dispone in tutto di 73 p.l. di cui solo 9 ospedalieri. Inizialmente l'SPDC non c'era. I pazienti venivano portati, spesso con la forza, a Bolzano, a circa 30 Km di distanza. L'SPDC di Merano fu aperto nel 2001. Prima di allora e prima del 1999 i familiari effettivamente protestavano. Si era infatti determinato un ritardo storico nell'applicazione della 180, ora superato.

La casa Basaglia è di proprietà della Provincia Autonoma di Bolzano. In gestione all'Azienda Sanitaria, che a sua volta l'ha data in outsourcing ad un'ATI di cooperative di tipo A e di cooperative di tipo B. Nelle cooperative i pazienti lavorano e vi sono inseriti.

In realtà nella casa Basaglia di Merano i pazienti restano perché ha un senso per loro restare. Le porte chiuse sono il miglior incentivo a scappare. Non esiste lo scappare. In questa situazione la popolazione collabora, segnalando, interagendo con i pazienti ricoverati e in visita. Il coinvolgimento della popolazione è la via migliore per superare lo stigma e il pregiudizio. Questi ultimi hanno tanta parte nell'aggravamento supplementare della malattia mentale.

Bacino d'utenza 120.000. Spesa 7 milioni su 260 milioni, corrispondenti al 3% del budget sanitario complessivo del Comprensorio meranese. In linea con la media nazionale.

OPG dopo alcune incertezze nell'applicazione DPCM 1° aprile da parte della Prov.Aut. stanno rientrando tutti. Attualmente sono solo tre persone in OPG provenienti dal Comprensorio meranese. Altri 6 sono già rientrati nel passato e non costituiscono alcun problema di pericolosità.

Siamo in grado di dimostrare con i fatti che è la gestione, eccessivamente paternalistica o autoritaria, a rendere i pazienti pericolosi. I TSO eseguiti a Merano sono circa 20 all'anno. La durata del TSO in genere è sufficiente di una settimana. Raramente due settimane. Rarissimamente 3. Forse uno o due casi all'anno. Si riesce a gestire anche i TSO con la porta

dell'SPDC aperta. Legami come relazioni invece che legacci o cinghie di contenzione. Contenimento invece che contenzione. Non eccesso di psicofarmaci.

1.500 visite domiciliari all'anno. Infermieri ma anche medici

Una revisione della l. 180 non appare in questa situazione necessaria. Si disse a suo tempo, a poca distanza del 1978, anno della promulgazione della legge 180 - 833, che poche situazioni di eccellenza non potevano costituire la regola. Oggi le situazioni di eccellenza sono la regola, ed esse si sono diffuse a macchia di leopardo in tutto il Paese. Macchie di leopardo che si sono via via sempre più allargate, a dispetto della contrazione costante delle risorse. Una revisione della legge 180 creerebbe confusione e perdite di tempo, in definitiva spreco di risorse. Si tenga per favore presente che i ritardi nella realizzazione della legge 180 e dei successivi PO nazionali sono da ascrivere a resistenze di natura politica locale e sostanzialmente ideologiche. Le critiche alla legge 180 iniziarono due anni dopo, nel 1980. L'allora Ministro Altissimo sosteneva che la legge non era applicabile perché in due anni non era stata ancora applicata. La legge 1904 nel 1978, dopo 74 anni, non era ancora stata interamente applicata. I manicomi mancavano ancora in determinate provincie, fra cui Matera e Bolzano. Sono riforme molto delicate e che necessitano di tempi lunghi. L'esperienza dell'Alto Adige lo sta a dimostrare. In un territorio influenzato dal pensiero e dalle pratiche vigenti in Austria. Un'Austria che per quanto riguarda la psichiatria è stata certamente molto influenzata dalle esperienze nostrane. Basta pensare che l'Austria fu il primo Paese d'Europa a varare l'Amministrazione di Sostegno (=Sachwalterschaft) e ad abolire l'Interdizione.

In Alto Adige vi è un ottimo rapporto con le Forze dell'Ordine e con i Comuni.

I pazienti non vengono abbandonati grazie anche a un servizio informatizzato che costituisce supporto al non perdere mai di vista alcun paziente. 90.000 prestazioni territoriali all'anno.

In Casa Basaglia vi è un appalto in cui la gestione è stata affidata ad un'ATI con un contratto di 3.700 in tre anni. Le due cooperative di tipo B che vi operano gestiscono la giardineria, la falegnameria, la lavanderia, il servizio pulizie, in gran parte in mano ai pazienti stessi, che collaborano con reciproca soddisfazione.

Riforma della legge 180

Il paradigma dell'ultimo

Una corretta impostazione in un Servizio di Salute Mentale prevede il fatto di porre in cima alle priorità la presa in carico dell'ultimo. Finché l'ultimo, il più grave dei pazienti di una determinata popolazione utente non sarà sufficientemente assistito, tutto il servizio risentirà della tentazione di guardare dall'altra parte rispetto ai casi più gravi e difficili. Questo è anche il senso di un Servizio Sanitario Nazionale. Questo significa però che il caso più spinoso, i casi che pongono maggiori problemi, i "più alti utilizzatori" verranno posti nel cuore del servizio stesso. Questo si intende come paradigma dell'ultimo.

Limitazione di libertà e diritti

La limitazione di libertà (TSO) non sarà dunque finalizzata alla pura e semplice segregazione, ma all'integrazione all'interno dei servizi territoriali stessi. Includendo fra questi le comunità alloggio protette o meno protette. La protezione non sarà tuttavia una blindatura, bensì rappresenterà i livelli di personale presenti, l'addestramento e l'impegno dello stesso ad assistere e convincere quotidianamente, diverse volte al giorno i soggetti più deboli.

La limitazione di libertà nel privato rappresenta un obbrobrio etico e giuridico. Si creerebbe un palese e pacifico conflitto di interessi che nemmeno la Thatcher negli anni della grande privatizzazione inglese ha mai preso seriamente in considerazione

nel Regno Unito. Va da sé che la Corte Costituzionale boccherebbe tale misura, ma ci metterebbe com'è noto almeno due anni, e nel frattempo si creerebbero confusione, disordine, false aspettative e via dicendo, di cui la rete funzionante dei Servizi di Salute Mentale di oggi non ha alcun bisogno. Ricerche di giuristi (Di Mora) hanno già analizzato la legittimità costituzionale dell'attuale TSO, dato che la limitazione di libertà per la nostra Costituzione è possibile solo per motivi giudiziari. L'attuale TSO comunque (rinnovabile di 7 in 7 giorni) viene alla fine comunque ammesso dato il bilanciamento di interessi fra la salute del cittadino, privato (il paziente) e pubblico (la collettività) e la salvaguardia del sacrosanto diritto alla libertà.

Non necessita quindi oggi in alcun modo di un TSO di 60 giorni, rinnovabile di 60 giorni in 60 giorni. Va da sé che la verifica ogni 7 gg rappresenta una ben maggiore garanzia per la tutela del diritto dei cittadini.

Si fa presente che la legge 1904 vietava espressamente agli psichiatri dei manicomi di richiedere all'autorità competente (Magistrato o Questore) l'emissione di un'ordinanza di ricovero coatto. E ciò perché allora esistevano diversi manicomi privati e si voleva evitare esattamente questo conflitto d'interessi.

In ogni caso tali misure "autoritarie" sono pur sempre demandate alla discrezionalità e alla professionalità del medico e dei medici. Si può prevedere che si creerebbe una situazione in cui ad un tale strumento non si farebbe ricorso se non in una misura forse estremamente limitata. E ciò anche per l'evidente indisponibilità oggi delle Amministrazioni locali ad accreditare tale spesa sostanzialmente inutile. La Provincia Autonoma di Bolzano ha un deficit uguale a zero, e tale risultato è ottenuto anche con tali attenzioni alla spesa, in cui i servizi sono coinvolti.

Si può inoltre prevedere che, se passasse la misura dei TSO di 60 giorni rinnovabili si creerebbe una situazione di professionisti che dichiarerebbero la propria OBIEZIONE di COSCIENZA.

Il contratto di Ulisse non è necessario. Se il paziente ha bisogno di essere curato lo si cura anche se ha cambiato idea. Al massimo basta un'Amministrazione di Sostegno già esistente.

Le 8 proposte di legge affermano di non volere riaprire i manicomi, ma di fatto i TSO Prolungati rappresentano una forma di segregazione coatta che reintroduce i vecchi concetti e le pratiche di allora.

Non sono necessari i TSOP, ma neanche i TSOUrgenti. Se si chiede un TSO lo si può avere e realizzare in poche ore dappertutto. Se i V.V.U.U. non sono sufficienti le F.F.O.O. collaborano in tutta Italia e sono sempre molto professionali. In attesa del TSO si determina, se veramente c'è un'urgenza, lo stato di necessità (art.54 c.p.).

La continuità terapeutica. I pazienti seguono un percorso. Gli stessi terapeutici, medici, psicologi, assistenti sociali e infermieri, in ciascun team, seguono i pazienti dentro e fuori. Sanno tutto di lui e sono in grado di negoziare e di mediare con lui e con il suo ambiente. I trattamenti diventano più "miti", si riducono le ragioni di esercitare una violenza. Vi è un rapporto costante con il medico di famiglia. Si tratta di entrare in una situazione "negoziabile" con il paziente. Un TSO con invio a distanza spezzerebbe questa continuità terapeutica, con effetti deleteri sulla salute del paziente, che al rientro dovrebbe re-iniziare il percorso di cura e riabilitazione daccapo relativamente al proprio ambiente.

La legge 180 ha avuto un periodo di prova con la legge 431 del '68, che istituiva i CIM, l'articolo 4 e il superamento della perdita dei diritti civili. La 431 superava per prima il paradigma pregiudiziale dell'incapacità assoluta del paziente psichiatrico di comprendere la propria situazione.

Costi

Un giorno di degenza ospedaliera può costare dalle 400 alle 500 € al dì. In una clinica privata potrebbe costare forse la metà: poniamo 250 € al giorno. 60 giorni sono 15.000. Supponiamo che tali casi avvenissero in un territorio di 120.000 abitanti (quale quello di Merano) 20 volte all'anno, avremmo $15.000 \times 20 = 300.000$ € all'anno. Se la popolazione nel Paese è di 57.000.000, diviso per 120.000 avremmo 475 unità territoriali, poniamo, come quella di Merano. Ne risulterebbe una spesa in più di Una spesa in più di $475 \times 300.000 = 142.500.000$ € in più per la psichiatria nel Paese.

Basterebbe questa cifra per scoraggiare ogni maldestro tentativo di (contro)riformare la legge 180.

Negli anni '80 vennero dall'Inghilterra alcuni esponenti del partito laburista inglese protestando il loro dissenso nei confronti della de istituzionalizzazione che stava precedendo di pari passo nel loro oltreché nel nostro paese. Essi preconizzarono che ci sarebbero stati un tagli nel budget, come conseguenza della deistituzionalizzazione che stava progredendo in G.B. I fatti dimostrano che avevano ragione loro. Ma tornare a istituzionalizzare la psichiatria (perché di questo si tratterebbe) significherebbe riaumentare il budget a livelli oggi scarsamente proponibili.