

Possiamo ancora
cambiare?

I SERVIZI DI SALUTE MENTALE COME LABORATORIO

A CURA DI
GIOVANNA DEL GIUDICE, ANGELO FIORITTI,
FRANCO ROTELLI, GIUSEPPE SACCOTELLI

L'approccio alla sofferenza mentale corre oggi il rischio di essere sempre più medicalizzante. È un rischio figlio dello «spirito del tempo», che tende a enfatizzare le basi biologiche del disagio e ad allargare la definizione di «malattia mentale» a forme di sofferenza che in realtà derivano dalle condizioni di vita delle persone. Al rischio di medicalizzazione si unisce oggi anche un altro rischio: che la sofferenza mentale sia trattata come problema di ordine pubblico più che di salute; di qui il mandato di controllo sociale di cui sembra investita la psichiatria. In questo quadro i servizi e gli operatori sociali e sanitari che lavorano in questo settore sono oggi di fronte a un bivio: rafforzare una logica ambulatoriale e contenitiva o riaprire spazi di ricerca di senso del proprio lavoro?

SOMMARIO

Che tipo di servizi vorrei se andassi fuori di testa? (p. 33)

Ancora matti da legare? (p. 41)

Riportare i servizi di salute mentale a contatto con le sfide dell'oggi (p. 50)

I servizi di salute mentale oltre la logica dell'ambulatorio (p. 56)

Nel 2008, in occasione dei trent'anni della legge 180, la rivista ha avviato un dibattito sullo stato e sulle prospettive dei servizi di salute mentale e, più in generale, di un approccio territoriale e di comunità alla sofferenza psichica (tutti i materiali pubblicati sono consultabili su <http://animazionesociale.gruppoabele.org>). La legge 180 del 1978 (meglio conosciuta come «legge Basaglia»), com'è noto, ha sancito la chiusura dei manicomi e spostato progressivamente sul territorio l'intervento relativo alla sofferenza mentale, con la creazione di una rete di servizi diffusi sul territorio e con la partecipazione di associazioni, cooperative sociali e risorse della comunità sociale.

Si è trattato di una rivoluzione, secondo l'OMS «uno dei pochi eventi innovativi nel campo della psichiatria su scala mondiale». Eppure come tutte le rivoluzioni, una volta raggiunto l'obiettivo tanto voluto e cercato (una legge che sancisse «mai più il manicomio» e che restituisse ai cosiddetti matti la possibilità di restare cittadini, titolari dei propri diritti, di avere la speranza di rimontare il corso delle proprie esistenze, perfino di guarire), la vera sfida è stare nei tempi lunghi della storia, nella minuziosa e quotidiana costruzione e manutenzione di processi.

Per questo, periodicamente, ha senso dedicarsi a fare il punto sui servizi di salute mentale, a rivisitare che cosa ne è delle scommesse di un approccio alla salute e alla sofferenza psichica che, senza negare l'utilità dei farmaci, non riduce però il dolore mentale a faccenda medica e la sua cura a somministrazione psicofarmacologica, ma considera anzitutto l'uomo come un soggetto di senso (e non solo un «apparato organico» come fa la medicina).

Come ben ha sintetizzato Umberto Galimberti in un articolo di alcuni anni fa, commentando la diffusione dilagante di una psichiatria organicista che sopprime l'ascolto, disumanizza l'uomo, riducendolo a «caso» da rubricare in quei quadri nosologici dov'è l'efficacia del farmaco a decidere la diagnosi: «Ma è davvero credibile che, negando istituzionalmente la soggettività del folle, sia possibile guarirlo, cioè restaurarlo nella sua soggettività?» (*Il sogno di Basaglia*, «la Repubblica», 29/8/2005). La rivista, dalla sua angolatura attenta a un approccio sociale e di comunità ai problemi, ha offerto in questi due anni materiale utile per operare una ricognizione di quest'area di lavoro (un tempo centrale nel lavoro sociale ed educativo, ultimamente più periferica) e per rilanciare ipotesi attorno a cui reimmaginare il futuro dei servizi di salute mentale in una logica di laboratorio, non solo di ambulatorio. Anche quest'inserto costituisce una tappa in questa direzione. Abbiamo chiesto a quattro autorevoli operatori della salute mentale italiana (Franco Rotelli, Giovanna Del Giudice, Angelo Fioritti, Giuseppe Saccotelli) di connettersi al dibattito promosso da Animazione Sociale. Un dibattito che approderà a un convegno nazionale nel marzo 2010, promosso dall'ASL BAT (Barletta - Andria - Trani) della Regione Puglia.

Da leggere unitamente all'inserto sono i «walkie-talkie» di questo numero, che ospitano un confronto a più voci tra tre generazioni di operatori psichiatrici: Luigi Ferrannini, oggi segretario nazionale della Società italiana di psichiatria, Paolo Francesco Peloso e Claudia Masala che lavorano al Dipartimento di salute mentale di Genova.

INTERVISTA A FRANCO ROTELLI A CURA DI ANNA POMA

Che tipo di servizi vorrei se andassi fuori di testa?

Una domanda semplice per capire di che servizi di salute mentale c'è bisogno oggi

Un concetto caro a Basaglia era quello di «utopia della realtà». Basaglia diceva che, per non essere dei semplici amministratori dell'esistente, dobbiamo diventare degli utopisti. Non facendo

dell'utopia astratta, ma un'utopia che pungoli la realtà, la costringa a rivedersi alla luce di ipotesi e interrogativi. Talvolta bastano interrogativi molto semplici per rimettere in moto un pensiero sul

proprio lavoro o per riaprire il dialogo con un'opinione pubblica che oggi dà ai servizi psichiatrici un forte mandato di controllo sociale, dimenticando che tutti possiamo dovervi ricorrere.

Chi opera nell'ambito della salute mentale constata spesso come, nella percezione collettiva, la follia continui a essere un tabù. E come i cosiddetti «matti», cioè le persone che soffrono di un disagio mentale, rischino ancora – se non più la reclusione, almeno in Italia – l'esclusione, l'invalidazione o, quando va bene, l'adattamento coatto. Qualcosa, insomma, che chiede loro di azzerare completamente l'esperienza di cui sono portatori, di farla sparire, di non portarla mai in scena. Come se non vi fosse in essa alcun valore aggiunto, nessuna possibilità di lasciarsene almeno interrogare.

Di questo non si parla mai. Si parla invece di follia e di matti, ma in forme che confermano e alimentano questa deriva, questo imbuto. Se ne parla, per esempio, all'interno di rigide cornici specialistiche, con un linguaggio oggettivante che spaventa chiunque se lo veda ritagliato addosso; oppure all'insegna di un disimpegno che sembra autorizzare qualsiasi discorso senza che nessuno poi ne risponda davvero.

Abbiamo perciò pensato – come cooperativa sociale che lavora nel campo della salute mentale – di creare un'occasione – il Festival dei Matti – per riportare in «piazza» questo tema, e risocializzarlo. Per sottrarlo al sequestro degli addetti ai lavori e dare parola a esperienze che

altrimenti non l'avrebbero. Per far incontrare storie, biografie e riflessioni che si sono distinte perché capaci di rovesciare i luoghi comuni sulla follia e sulle persone che la vivono. Per contribuire a contaminare confini, smontare tabù e diffidenza, cercare di capire come la normalità e la follia possano rappresentare l'una lo specchio dell'altra e interrogarsi a vicenda.

Questa è la nostra sfida: costruire un'impresa sociale che metta in gioco tutto questo costituendo anche un'opportunità di formazione e di lavoro, duratura e non «di scarto», per persone che hanno vissuto l'esperienza della sofferenza mentale. Persone, già nel numero zero del Festival, hanno lavorato con noi nel costruirlo, nelle produzioni, negli spettacoli. Persone la cui voce è fondamentale in questo dibattito.

* Questa conversazione si è svolta all'interno del Festival dei Matti «numero zero», il 9 ottobre 2009, presso il Teatro Goldoni di Venezia. Abbiamo chiesto ad Anna Poma, presidente della cooperativa sociale Con-tatto di Venezia che ha ideato e promosso il Festival, di adattarla in intervista per Animazione Sociale. Abbiamo infatti pensato che in quest'inserto, dedicato a proseguire il dibattito sui servizi di salute mentale a oltre trent'anni dalla legge 180, fosse interessante connettersi con il Festival, la cui finalità è anch'essa quella di animare un pubblico dibattito sui temi della salute mentale e della cura del disagio psichico.

Per il nostro primo incontro abbiamo chiamato Franco Rotelli, uno dei collaboratori più stretti di Franco Basaglia, che dal '70 all'80 lo ha affiancato nella chiusura del manicomio di Trieste e nella costruzione dei primi centri di salute mentale, proseguendone poi il lavoro alla guida del Dipartimento di salute mentale (DSM) di quella città.

Oggi direttore generale dell'ASL 1 triestina,

ha dedicato tutta la vita alle pratiche di deistituzionalizzazione e all'ideazione di servizi illuminati, centrati sul territorio, indirizzati a favorire il protagonismo, la cittadinanza, il ripristino dei legami sociali.

Con lui abbiamo parlato di «Utopia della realtà», un concetto molto caro a Franco Basaglia, a cui è dedicato il Festival insieme alla moglie Franca Ongaro.

Dopo la 180 c'è un pezzo di libertà per tutti

Domanda. *Basaglia diceva che, per non essere dei semplici amministratori dell'esistente, per sottrarci all'inerzia del reale e cambiare il mondo, dobbiamo diventare degli utopisti. Non però facendo dell'utopia astratta ma un'utopia che pungoli la realtà, che la costringa a rivedersi e a trasformarsi tenendo conto della soggettività di tutti. Evitando che alcuni tratti dell'identità – il sesso, il colore della pelle, a volte il dissenso, certamente il dolore – si trasformino in disuguaglianza di opportunità, di diritti e di valore. Storicamente sono stati i matti i primi a subire questa discriminazione. In che modo l'utopia della realtà, il lungo lavoro cominciato da Franco Basaglia e proseguito da ciascuno di voi, permette di sottrarsi a questo esito apparentemente inevitabile?*

Risposta. Mi sto chiedendo se tanta gente sia venuta qui stasera per capire qualcosa di più del fascino e nello stesso tempo della dannazione che c'è in queste parole.

Il titolo «Festival dei Matti» è seduttivo perché ciascuno di noi è incuriosito dalla possibilità di essere un po' matto essendone però altrettanto spaventato. Ciascuno vorrebbe essere matto *quel tanto che basta* per divertirsi, essere diverso, divergere, senza però pagarne il dazio. Perché tutti noi avvertiamo, invece, che la follia paga un dazio enorme alla società, qualunque cosa si intenda con questa parola.

Allora questo è il punto: come la società oggi reagisce a queste questioni? Come le gestisce?

Ovviamente noi scontiamo alcune ovvietà: negli anni in cui in Italia c'è stata la radicale trasformazione che ha portato, in tempi piuttosto brevi, da una vecchia legge carceraria all'eliminazione di qualunque statuto speciale per le persone malate di mente e alla chiusura dei manicomi, un movimento sociale, una grande cultura del cambiamento giocava in questo Paese.

Giocava a tutto campo, su tante questioni, da quelle squisitamente di lotta sociale a quelle di ampliamento dello stato delle libertà. Quella trasformazione è stata possibile perché l'intelligenza di un uomo, Franco Basaglia, e la cultura di un gruppo hanno potuto incrociare un grande movimento, una grande volontà di trasformazione sociale, culturale e politica.

Domanda. *In che modo la legge 180 incarna questa trasformazione?*

Risposta. Qualcuno sostiene che questa legge non abbia prodotto granché, che sia una legge mezza fallita. Io naturalmente appartengo a coloro che ritengono sia stata e sia tuttora un enorme successo, per l'Italia e per il mondo. Con la 180, per la prima volta, viene stabilito che chiunque ha diritto, che i matti sono portatori di diritti. E che nessuno più è escluso dal poter essere nel diritto.

Fino a quel momento una categoria di persone – i matti, appunto – veniva esclusa a priori da qualsivoglia diritto, e niente poteva garantire che il limite di questa categoria venis-

se ampliato mettendo a rischio la libertà di tutti. Da quando questo limite è stato cancellato, un pezzo di libertà in più c'è per tutti.

Forse anche stasera siamo alla ricerca di un barlume di libertà in più, di un barlume di pensiero che ci faccia immaginare che, incrociando qualcosa che viene negato al mondo della ragione, alle abitudini quotidiane, ad una

razionalità triste, ottusa, troppo chiusa e ferma su se stessa, il nostro stato delle libertà possa ampliarsi.

Siamo qui per vedere se è possibile ampliare questa razionalità e questa libertà, ma allo stesso tempo terrorizzati dall'idea che questo ampliamento comporti dispersioni e perdite non accettabili.

Dirlo con 2500 rose

Domanda. *Possiamo garantirci da questo rischio?*

Risposta. Io penso che non sia dato a nessuno di noi di poter scegliere cosa può accadere, ma solo di poter partecipare a qualcosa che il mondo intero fa, agisce o non agisce, a qualche cosa che ci ricostituisce come un grande corpo in movimento. Su questo sfondo ciascuno può impazzire perdendosi, può impazzire ritrovandosi, può impazzire massacrandosi, può impazzire conquistando nuovi confini di pensiero, di libertà e di consapevolezza.

In Italia, nell'interazione tra malattia mentale e istituzioni, è avvenuto un processo di trasformazione radicale, quasi impensabile in altri Paesi, proprio a partire dalla consapevolezza che quei soggetti che avevamo di fronte, massacrati dentro a quegli istituti, erano la negazione di una speranza per tutti. La negazione della speranza che, andando oltre una razionalità micagnosa, si possa, si potrebbe e dovrebbe poter conquistare ogni volta e in ogni tempo qualcosa di più per tutti.

Domanda. *Una normalità diversa?*

Risposta. Una normalità più larga, più ricca, che incorpori, appunto, la consapevolezza delle differenze senza farne motivo di disuguaglianza. Pochi giorni fa abbiamo festeggiato, dentro l'ex ospedale psichiatrico di Trieste, una bella storia: la presentazione alla città di un roseto di 2500 rose, diverse, messe lì a indicare quanta infinita diversità ci può essere nella bellezza e

quanta bellezza ci può essere nell'infinita diversità. E le rose, che precedono l'uomo, una delle poche piante nella storia, ci dicono esattamente questo.

E allora lì era giusto che tutte queste rose venissero piantate anche se qualcuno dirà che una volta Franco Basaglia, parafrasando la frase di Brecht «quando i cadaveri cominciarono a puzzare Iacopo comprò un'azalea», ebbe a dire che quando non hai più niente da dire compri un fiore per coprire il fatto che non hai più niente da dire.

Probabilmente questo in parte è vero per noi, perché quello che possiamo dire possiamo dirlo se siamo in tanti a dirlo e non ha più nessun senso, nessuna voce, non esiste più, se diventiamo troppo pochi a dirlo. Non c'è più parola e certamente i tempi in cui viviamo ci fanno immaginare che di parole ce ne siano ben poche in giro e che, dentro le parole, ci sia ben poco senso; che ciascuno sia terrorizzato dalle parole dotate di senso piuttosto che innamorato della possibilità di dar senso alle parole.

Ma poi pensiamo anche che in parte non sia così, nel senso che abbiamo ancora l'orgoglio di dire che abbiamo costruito una pratica che ha avuto successo. Una pratica di trasformazione, reale, concreta, inimmaginabile prima, che ha detto che si può vivere tutti fuori, tutti insieme. Che ha detto che l'esclusione sociale, che pure pullula nelle nostre strade, nelle nostre vite, nei nostri condomini e nella nostra realtà, può essere contrastata e in modo molto radicale.

Domanda. *Ma questo è davvero accaduto?*

Risposta. Lo sguardo che oggi abbiamo nei confronti del matto è uno sguardo profondamente diverso oggi, checché ciascuno ne pensi, dallo sguardo di alcuni anni fa. E la presenza del matto nelle città, nelle strade, anche laddove i servizi siano deboli, è tutta un'altra storia.

Noi però pensiamo che un contratto sociale serio implichi che i servizi esistano davvero, ed esistano nella loro versione di *arricchimento della normalità* e non nella versione di impoverimento della normalità.

Abbiamo assistito negli anni a questa triste vicenda: a ciò per cui ci sarebbe stato bisogno del massimo della ricchezza, della qualità, di una complessità di risposte articolate e di bellezze multiple, è stato dato esattamente il contrario. Per decenni nei manicomi si è operato sull'impoverimento, il deterioramento, la sottrazione, il portar via alle persone ogni cosa: i diritti, i vestiti... anziché dare a chi stava peggio il massimo delle opportunità e degli strumenti, il massimo delle risorse che la ricchezza dell'uomo può determinare e che per noi è ancora la strada principale da percorrere nel rapporto con.

Domani sera quando vedrete lo spettacolo di Claudio Misculin ⁽¹⁾ e altre persone di Trieste che hanno lavorato sul testo, avrete l'evidenza di come un percorso umano possa essere fatto dentro la qualità del gesto artistico, poetico, nella ricchezza di un lavoro, di una qualità, di una relazionalità ricca. Bene, per questi servizi, ricchi di queste cose che non esistono quasi da nessuna parte, io credo che un festival di questo tipo possa dare un contributo.

Domanda. *Hai parlato dei servizi che sottraggono e dei servizi che offrono. Potresti spiegarci meglio?*

Risposta. Io penso che le persone che sono in questa sala, anche se non hanno l'esperienza, se non fanno questo mestiere, possano rispondere da sole. Che tipo di servizi uno vorrebbe se andasse fuori di testa, se l'angoscia lo portasse a travalicare la possibilità di controllare quello che fa? Che cosa ci immaginiamo che sarebbe bene fare di fronte a qualcuno che è portatore di una sofferenza di questo tipo?

Io credo che tutto ciò di cui disponiamo debba essere messo in campo. Quando vedo ambulatori con prenotazione quindici giorni prima, per mezz'ora di colloquio; quando vedo dei servizi psichiatrici negli ospedali generali blindati, con le telecamere, molto spesso con le persone legate al letto, ebbene dico «siamo ancora là».

Siamo ancora a voler deprivere la privazione, a voler rispondere con la sottrazione a ciò che domanda invece potenza, ricchezza. Domanda di mettere in campo tutto ciò di cui siamo capaci. Perché siamo capaci di costruire teatri, di produrre fiori, musica, azioni ricche tra di noi. Siamo capaci di innamorarci, di vestirli bene, di mangiare bene, di bere bene, siamo capaci di stare in tanti a cercare di cantare o a cercare di aiutarci. Siamo capaci di farlo. E allora perché non dovrebbero essere questi i servizi di cui c'è bisogno e che la 180 richiedeva e richiede? E perché non possiamo immaginarci che questi servizi ci siano davvero?

Io credo che in molti luoghi d'Italia pezzi di tutto ciò ci siano e che lì si coltivi un'immagine del sociale, del futuro, della sanità, della medicina, delle politiche che in qualche modo segna come un cammino di luce la strada per tutte le altre politiche sociali e sanitarie di questo nostro Paese.

Più che in ospedali, oggi serve investire in relazionalità

Domanda. *Quale strada indicano questi servizi alla medicina?*

Risposta. La medicina deve aprirsi, ormai lo sanno tutti, alle questioni delle malattie di lunga

durata. Non può ridursi a giocare con l'acuzie e con gli ospedali, quando ormai in una città

⁽¹⁾ *Stravaganza. Noi siamo gli errori che permettono la vostra intelligenza*, di Dacia Maraini, con l'Accademia della Follia, Trieste, regia di Claudio Misculin.

come Trieste, ad esempio, su 240.000 abitanti ci sono 12.000 diabetici, ci sono 10.000 portatori di tumori. Anziché i piccoli o i grandi ospedali concepiti per l'acuzie, serve un altro contratto sociale, serve una relazionalità più ricca. Perché se non costruiamo una rete di servizi tutte queste migliaia di persone avranno lo stesso destino dei matti abbandonati per le strade.

Occorre invece una rete che convochi insieme ciò che formalmente uno Stato deve dare e ciò che, informalmente, ciascuno di noi deve mettere in campo nella ricchezza delle relazioni. Questo è un problema che non possiamo più eludere quantomeno per via della rivoluzione demografica, dell'innunerevole quantità dei grandi anziani. Oggi dobbiamo reimmaginare un contratto sociale in cui la parola «servizio» abbia un significato diverso da quello abituale. I segnali che vengono proprio dalla storia della psichiatria, che è stata forse la più drammatica, caricaturalmente negativa, ci dicono come potrebbe essere un altro contratto sociale per tutte queste questioni.

Domanda. *Sta emergendo tutta la complessità di questi temi grazie alle tue parole. Parole inusuali e sconosciute al mondo dei tecnici che non ci parlano mai della vita, ma sempre e solo della «malattia», un concetto riduttivo in cui nessuno si riconosce fino in fondo. Eppure queste parole e questa scienza oggi sono persino più forti di un tempo. Scrive Umberto Galimberti: «Basaglia sapeva benissimo che non bastava chiudere l'istituzione manicomiale e porre fine alle vite bruciate tra le sue mura, silenzioso olocausto consumato nel nome della scienza, per ottenere dalla società una rivisitazione dei suoi rapporti con le figure della follia e più in generale del disagio. A ciò si deve aggiungere che la scienza oggi si è fatta più esigente, più asettica, persino più pulita anche se decisamente più invasiva di quanto non*

fosse l'istituzione manicomiale. Oggi ad essere minacciata è la società come istituzione totale dove troppi individui, nel tentativo di gestire meglio i propri umori, preferiscono, alla relazione sociale, il ricorso quotidiano alle pillole, fino a trasformarsi in robot chimici sempre all'altezza delle loro prestazioni nel cupo silenzio della loro anima». Sei d'accordo con questa lettura?

Risposta. Io penso che la questione cruciale sia quella dei confini delle nostre relazioni. Come possiamo spostarli, come possiamo giocare tra dipendenza e indipendenza la relazione tra di noi? Da un lato, dobbiamo immaginarci, come percorso auspicato e auspicabile, di favorire capacitazione, acquisizioni di competenze, abilità, opportunità, capacità di reagire, perché *la salute è un progetto* e noi dobbiamo produrre le condizioni per attrezzare questo progetto. Dall'altro, dobbiamo chiederci se continuare a essere dipendenti l'uno dall'altro o se riteniamo che il massimo della nostra umanità consista nella conquista di una radicale indipendenza l'uno dall'altro, di un'autonomia totale e globale.

Sembra una domanda retorica o senza risposte o con risposte già ovvie. Non credo che così sia perché la domanda che Basaglia in qualche modo si pose già a Gorizia riguarda proprio il limite della comunità, come luogo in cui ci si arricchiva, in uno scambio continuo, in termini di diritti, di cultura, di risorse. Vedo qui in sala Nico Casagrande che è l'unico che ha vissuto quell'esperienza e che ancora è attivo. Ebbene credo che avrà nostalgia di quell'ambito, di quella cultura, della possibilità di costruire democrazia dentro un contesto che lo permetteva perché dentro le mura non si poteva fare altro che passare il tempo a discutere. Ed era un buon modo per passare il tempo, certamente il miglior modo possibile. Però ovviamente era dentro le mura.

Una rivoluzione fatta a metà

Noi abbiamo scoperto con la caduta dei muri che dentro le mura non nasce mai un

uomo nuovo, né una cultura nuova o un futuro vero. Per questo abbiamo deciso che tutti

i muri debbano essere abbattuti anche se ne stiamo pagando tutti quanti il prezzo. La caduta dei muri ci ha trovati impreparati sul piano del rapporto tra dipendenza e indipendenza. Non erano preparati a questo coloro che abbiamo tirato fuori dai manicomi né le loro famiglie. Non era preparata la popolazione quando il muro che attraversava la Germania è stato cancellato. Né gli uomini e le donne quando è caduto il muro che li divideva.

Per questo la trasformazione radicale dei nostri corpi, delle nostre dipendenze e delle nostre indipendenze che segue la caduta dei muri deve diventare oggetto di un dibattito vivo, reale, costante. Un dibattito, purtroppo introvabile oggi, sulla tragicità delle rivoluzioni fatte a metà, sulla tragicità dei percorsi che dicono della liberazione ma non arrivano a compiersi e neanche a dirsi di un futuro più compiuto.

Domanda. *La rivoluzione nel campo della salute mentale si è compiuta?*

Risposta. In questo campo abbiamo avuto il coraggio di fare un cambiamento radicale e di dire anche di un futuro più compiuto. Abbiamo messo in piedi delle macchine, dei servizi, delle realtà che indicano la possibilità del completamento di un percorso. In altri campi e settori questo non è avvenuto e non sta avvenendo, soprattutto non se ne avverte il problema e a me questo angoscia più di qualsiasi altra cosa.

Penso che siamo qui stasera alla ricerca di qualcuno che prenda sul serio i problemi seri, quelli veri. Perché i matti, l'abbiamo sempre detto, sono gli unici che prendono sempre sul serio tutto e forse è per questo poi che gli va così male.

Quello che forse dovremmo riconoscere a noi stessi è che stiamo diffondendo un po' troppo il gusto della malafede pura e di non prendere sul serio nulla, eludendo un po' troppo le questioni che appartengono alla nostra vita e a quella dei nostri figli.

Le sei proposte di riapertura dei manicomi ci devono spaventare?

Domanda. *La legge 180 è stata un cammino per costruire democrazia. Eppure oggi ci sono sei proposte di decreto della Lega in Parlamento in sostanza per riaprire i manicomi. Eppure oggi quando accade un omicidio in un condominio si dice: certo era un brava persona, ma se la tenevano dentro questo non sarebbe successo. E nel disimpegno dei media, non più di 48 ore dopo, di questo non si parla più o se ne parla solo in termini repressivi, mai per ricostruire qualche cosa. Cosa ci dobbiamo aspettare e come possiamo contrastare questa volontà di ritorno al passato?*

Risposta. A me pare che in Italia ci sia molta consapevolezza del fatto che indietro non si può tornare in termini di legge. La mia preoccupazione non è su questo ma sul fatto che, pur nella conservazione della legge 180, e nel non ritorno a leggi speciali, riemergono pratiche assolutamente inaccettabili in molte regioni

italiane. Pratiche che sono più all'avanguardia nelle regioni più ricche, con le quali la medicina cerca di rielebrare riti ripetitivi, obsoleti, risibili, in una grettezza culturale che si ripropone addosso a questa strana figura che è la persona malata di mente.

Queste scienze cercano di costruire o ricostruire una propria legittimità ripetendo all'infinito gesti e procedure già visti, con abbellimenti puramente formali; restando all'interno dello stesso approccio culturale e della violenza che è insita nell'episteme stessa a partire dalla quale si concepiscono la malattia mentale e il paziente. Una violenza che si traduce poi in servizi, procedure e pratiche che speravamo di non vedere mai più. E che invece si ripropongono con una forza di legittimazione assolutamente inconsueta.

A far paura non è dunque l'eventuale cancellazione della legge, ma la rilegittimazione di una cultura che non ha nulla di scientifico,

di comprovato, di verificato ma che invece si autopropone come la «verità». Una cultura riduzionista intorno a un oggetto di tale complessità e ricchezza, che ha in sé la potenzialità di stimolare la nostra riflessione su ogni e qualsiasi questione dell'umano. Questa riduzione è il nemico che abbiamo davanti.

Ciò che dobbiamo ripensare tutti quanti – a partire dai molti intellettuali che hanno seguito con simpatia ma sempre con molta distanza le vicende della legge 180 – è questa presunzione di scientificità dentro a tecniche che all'occhio di qualunque ragionamento, di qualunque razionalità non dovrebbero aver campo.

Ebbene io dirigo un'azienda sanitaria e da questa posizione posso comprovare che è possibile fare diversamente, che queste tec-

niche riduttive sono tragicomiche, che non è un problema di costi, né di organizzazione impossibile, ma di culture che devono essere contrastate. Le culture di chi vuole semplificare i rapporti tra la gente, riducendo ogni questione alla semplice possibilità di essere dominata: scienza e tecnica sono certamente strumenti a portata di mano per questo soprattutto quando sono finte scienze e finte tecniche.

Qualcosa che rimanda alla più generale questione della riduzione nella volontà di ricchezza relazionale tra di noi le cui conseguenze sono ben visibili in psichiatria: un terreno che molto spesso è un evento sentinella, ci dice molto di quello che ci aspetta, di quello che non ci aspetta, di quello che sta succedendo attorno a noi tutti.

Nell'anno di grazia 2009 perché c'è ancora l'OPG?

Domanda. *In Italia esistono ancora gli Ospedali psichiatrici giudiziari. Ce ne sono sei – a Reggio Emilia, a Montelupo Fiorentino, a Barcellona Pozzo di Gotto, ad Aversa, a Castiglione delle Stiviere, a Napoli. Sono luoghi in cui è pressoché impossibile curare perché siamo in regime carcerario, fatta eccezione forse per quello di Castiglione delle Stiviere, l'unico che rimane sotto una legislazione sanitaria. Luoghi dimenticati spesso da tutte le manifestazioni in cui si parla di malattia mentale. Pensi che anche questi muri debbano essere abbattuti oppure che queste strutture debbano subire un'evoluzione come è stato recentemente proposto dal governo Prodi?*

Risposta. Siamo nell'anno di grazia 2009 e io non avrei immaginato che nel 2009 avrei dovuto rispondere a una siffatta domanda. Dico questo perché nell'anno di grazia 1970 l'Ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere è stato il mio primo luogo di lavoro. E non avrei mai pensato che 39 anni dopo ci si potesse ancora domandare se si possa fare a meno di questi luoghi. Purtroppo il tempo è lungo, molto più lungo di quanto non fossero le nostre ragionevoli speranze.

L'OPG è uno strano mostro, è veramente una tigre di carta perché ci vorrebbe nulla per abbatterlo. È ancora lì perché è il segnale del limite dei Servizi di salute mentale e dei loro facili oblii. Le persone chiuse lì dentro potrebbero benissimo stare fuori e non c'è legge che lo impedirebbe, almeno nella stragrande maggioranza dei casi.

Ci sono due sentenze della Corte costituzionale che consentirebbero di tirar fuori queste persone in pochissimo tempo e senza grandi problemi.

Ci sono ancora più di 1000 persone, una realtà che qualcuno direbbe residuale, rinchiusi negli OPG solo perché i Dipartimenti di salute mentale di questo nostro Paese fanno di tutto per dimenticarsele. E parliamo al massimo di quattro o cinque di queste persone per ciascun territorio. E la moltiplicazione di questi numeri produce questi mostri.

Nella nostra regione, noi abbiamo attivato una serie di microstrategie, per farli uscire uno alla volta, che stanno pagando. E credo che sia l'unica strada possibile perché non è immaginabile oggi un intervento legislativo su tutto questo. I passi fatti dal governo Prodi andavano

nella direzione giusta, ma hanno trovato molte resistenze burocratiche.

In ogni caso, sperando tra qualche anno di poter dire «c'era una volta», mi sembra importante sottolineare che in tutti questi anni la popolazione degli OPG non è aumentata, pur essendo la legislazione in materia rimasta esattamente la stessa da 87 anni.

Per i non addetti ai lavori: se una persona viene riconosciuta malata di mente nel momento in cui ha commesso un reato significativo, il suo destino è quello di finire in OPG. Il fatto che la popolazione di questi istituti non sia aumentata in questi anni attesta che il numero di reati attribuiti a persone con malattia di mente non è certamente aumentato dopo che 100.000 persone, che prima stavano nei manicomi, ne sono uscite. Questo attesta che la cosiddetta pericolosità del matto, in qualche modo certificata dall'esistenza di questi istituti, è pressoché irrilevante.

Si tratta comunque di luoghi indegni. Nel 1971 Castiglione era un esempio perché riuscimmo a fare in modo che tutte le persone, pur avendo una misura di sicurezza, uscissero al mattino e tornassero alla sera. Infatti, assieme al giudice di sorveglianza, eravamo riusciti gradualmente a creare una situazione che prevedeva permessi quotidiani per le persone lì rinchiusi, permettendo loro di andare a lavorare nelle fabbriche di Castiglione. Questo era possibile allora e sarebbe enormemente più facile oggi. Occorrerebbe semplicemente che chi sovrintende a queste strutture si decidesse a farlo o che i Dipartimenti di origine se ne occupassero.

Anche da questo Festival deve venire l'invito a tutti i Dipartimenti di salute mentale, che se ne scordano, a ricordarsi che ci sono 1000 persone dimenticate da Dio e dagli uomini dentro questi posti. E che questo loro destino può essere cambiato.

Solamente se abbiamo dei soci nella vita abbiamo una possibilità

Domanda. *Chiudo con una domanda che mi sta particolarmente a cuore: della follia dobbiamo proprio sbarazzarci? Siamo in pericolo se non lo facciamo o se ci ostiniamo a farlo?*

Risposta. Io sono tra coloro che pensano che, quale che sia la definizione che ci diamo, la follia non vada vezzeggiata né mitizzata una sua presunta bellezza. Contemporaneamente però ritengo innegabile che dentro le persone che possono essere diventate folli in un momento o nell'altro ci sia una peculiarità, una ricchezza che può essere anche molto grande, molto forte, molto emozionante.

Allora torniamo sempre là: torniamo sempre alle relazionalità, alla possibilità di non erigere ad assoluto nulla, di portare al relativo tutto, di riportare a una discorsività, a interconnessione tutto. Senza lasciare nessuno dentro lo scheletro o l'armadio con la cassaforte di se stesso.

Solamente se abbiamo dei soci nella vita che

interagiscono con noi, che interloquiscono con noi, fortemente, in modo ricco, abbiamo una possibilità. Quindi non è né nella follia né nella normalità che si potrebbe trovare quell'ambito di felicità, quel tanto di sopportazione dell'esistenza. Probabilmente, invece, è solo stando con tutte e due queste cose, riuscendo a non negarne nessuna delle due, a non buttare nella spazzatura né una cosa né l'altra, come invece troppo spesso è accaduto.

GIOVANNA DEL GIUDICE

Ancora matti da legare?

La contenzione fisica come paradigma dell'incurabilità e pericolosità del «malato di mente»

Ancora si vive e si muore legati a un letto nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura. L'essere immobilizzati, anche per giorni, a volte sorvegliati da una telecamera, sottratti a ogni libertà

possibile e immersi in uno spietato isolamento, è ancora in alcuni servizi considerato atto clinico. Ma com'è possibile, oggi in Italia, morire legati al letto di un ospedale? Com'è possibile che

gli psichiatri continuino a legare e i pazienti continuino a essere trattati come matti da legare? E come ci si può organizzare per operare «con le porte aperte» e abolire la contenzione fisica?

Non è una novità individuare e rifiutare la sopraffazione dell'uomo sull'uomo; non è una novità cercarne le cause, rifiutando di coprirle sotto il pregiudizio. Ma finché la sopraffazione e la violenza sono ancora leitmotiv della nostra realtà, forse non si può che usare parole ovvie, per non mascherare sotto la costruzione di teorie apparentemente nuove il desiderio ultimo di lasciare le cose come stanno. (Franco Basaglia)

Il tema della violenza in psichiatria, non solo della violenza possibile, e nondimeno così sbandierata e ingiustamente assolutizzata, dei pazienti, ma anche quella mascherata di chi si occupa di psichiatria, ci immerge nella crudele realtà della scienza e della vita, e sfida ogni nostra inerzia e nostra mala-fede. (Eugenio Borgna)

Nei primi giorni di agosto del 2009 un uomo è morto legato al letto in un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura ⁽¹⁾

(SPDC) della Campania. Era un maestro anarchico provato da esperienze di sofferenza e di violenza.

Siamo a conoscenza che dal 2006 almeno altre tre persone ricoverate in un SPDC (a Bari, Cagliari, Forlì) sono morte dopo essere state legate a letto ininterrottamente per più giorni e aver ricevuto durante il ricovero rilevanti dosi di psicofarmaci.

Come è possibile, ancora oggi in Italia, morire in un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura legati ad un letto? Come è possibile che gli psichiatri continuino a legare e che i pazienti continuino a essere considerati matti da legare?

Legare al letto è in alcuni SPDC considerato atto clinico

Nel gennaio del 2002, entrando per la prima volta nel SPDC di Aversa, trovai lì ricoverato da più di 22 anni, dall'età di 13 anni e mezzo, il giovane Francesco (il nome è di fantasia).

Nella stanza della contenzione camminava Francesco. Il Servizio, separato da una porta di ferro chiusa a chiave dal resto dell'ospedale, si presentava livido e degradato, diviso negli

spazi da numerose porte rigidamente chiuse. La zona di degenza – costituita da un soggiorn-

⁽¹⁾ Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), istituito con la L.180/78, è una unità operativa del Dipartimento di salute mentale allocata in un presidio ospedaliero; nel SPDC si attuano i ricoveri di persone con problemi di salute mentale in regime di Trattamento sanitario obbligatorio (ai sensi degli artt. 33, 34, 35 della L. 833/78) e volontario. Il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 prevede che il SPDC abbia fino a 16 posti letto.

no buio e povero di arredi, stanze da letto con materassi sfondati e cuscini senza federe, stanze delle donne affacciate su un cortile interno dove macchine in movimento producevano ininterrottamente un rumore assordante, un balcone nel corridoio recintato da una spessa rete – aveva i muri e le porte segnati da profondi buchi. Una porta di ferro con spioncino portava nella stanza della contenzione.

Nel corridoio camminava Francesco con lo sguardo torvo, scansato da tutti, vestito malamente, con il dorso delle mani legato l'uno contro l'altro con i cosiddetti «laccetti da passeggio».

Tale postura coatta gli aveva procurato irreversibili limitazioni funzionali all'articolazione scapolo-omerale. Saprò in seguito che così legato era portato in giro nella città di Aversa e questo aveva determinato una richiesta di legittimità fatta da alcuni cittadini al giudice tutelare.

Francesco aveva passato, negli anni in SPDC, molti giorni legato al suo letto di contenzione e altro tempo impedito nei movimenti delle braccia, oltre che negato ad ogni progetto. La sua stanza con una porta di ferro, il letto cementato al pavimento e così il lavandino nel bagno, era squallida, come e più delle altre. Gli operatori riferivano che Francesco era violento, che i buchi sui muri e sulle porte del SPDC erano stati provocati dalle sue testate.

In un SPDC la coercizione può avere molte forme. L'essere legati a un letto, anche per giorni, a volte sorvegliati da una telecamera a

circuito chiuso, essere immobilizzati e impediti nei movimenti, parzialmente o totalmente, attraverso l'uso di lacci, fascette, corpetti, rimanere «sottratti a ogni libertà possibile e immersi in uno spietato isolamento»⁽²⁾ viene chiamato dagli psichiatri «contenzione fisica» ed è da alcuni considerato atto sanitario, medico, quando non terapeutico.

In psichiatria la forma di contenzione fisica comunemente e prioritariamente usata è la contenzione al letto nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Di norma vengono sottoposti a contenzione pazienti ricoverati in trattamento sanitario obbligatorio, ma succede che siano legati anche pazienti in trattamento volontario – persone quindi che si sono rivolte al Servizio per chiedere aiuto, o pazienti in «osservazione».

Peraltro le limitazioni della libertà personale, gli atti coercitivi a cui vengono sottoposte le persone ricoverate in un SPDC sono di norma molto più ampi.

Si va dalla sistematica e routinaria «spoliazione», al momento del ricovero, dai beni personali ritenuti dagli operatori «pericolosi»⁽³⁾, alla sottrazione durante la degenza dei vestiti e delle scarpe per «facilitare» il permanere della persona nel Servizio; dalle «perquisizioni» dei familiari in visita, ai divieti di uscire dal Servizio anche per le persone in regime di ricovero volontario; dalla limitazione delle visite e dei contatti con l'esterno, alla rigida regolamentazione degli orari in cui è possibile fumare e, infine, «alle pressioni indirette per ottenere comunque il comportamento desiderato»⁽⁴⁾ dagli operatori, non ultima la minaccia della contenzione.

Aprire le porte dei reparti fu il primo gesto della deistituzionalizzazione

Nella deistituzionalizzazione, nel processo di decostruzione del manicomio e di messa in discussione teorico-pratica dei meccanismi culturali, scientifici, amministrativi, legislativi, economici che lo fondavano, a Gorizia nei primi anni '60 con Franco Basaglia, ma anche nelle altre realtà italiane⁽⁵⁾ man mano che si avviava il superamento del manicomio, l'abolizione delle

⁽²⁾ Borgna E., *L'aggressività psicotica come scacco relazionale*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», 3, 2006.

⁽³⁾ Il ritenere pericoloso un oggetto di uso comune, senza tener conto della sua funzione specifica, è fortemente connesso con le culture degli operatori sulla malattia mentale e può perfino incentivare i pazienti a utilizzarlo come oggetto lesivo verso se stesso e gli altri.

⁽⁴⁾ Ferrannini L., Peloso P. et al., *Aspetti clinici della contenzione*, in *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè, Milano 2006.

camicie di forza, dei corpetti di contenzione, della «strozzina»⁽⁶⁾, dei camerini di isolamento, dei letti a rete⁽⁷⁾, l'apertura delle porte nei reparti e dei reparti furono i primi gesti, di grande forza e valore etico, che caratterizzarono quel processo di restituzione di diritti e dignità alle persone con sofferenza mentale.

Dai verbali di una riunione del 1970. Nei verbali di una riunione dello staff curante a Colorno del 1970⁽⁸⁾, in cui si discute di una paziente allontanatasi dall'ospedale psichiatrico, che non si è riusciti a convincere a tornare, per la quale quindi è stato necessario far intervenire le forze di pubblica sicurezza che l'hanno contenuta, così viene riportato l'intervento di Basaglia:

Il nostro compito è quello di curare i malati, e legarli non significa certo curarli (...) Qui in ospedale c'è un malato legato che è la [mia] angoscia. La liberazione di questo ammalato deve essere fatta non solo dal direttore, ma da tutti; dobbiamo creare una situazione per cui sia assurdo legare un malato, convincendoci che vi può essere un altro modo per trattare con lui.

In maniera essenziale sono poste le questioni centrali e fondanti una nuova visione dell'agire nell'assistenza alla persona con sofferenza mentale. *La cura e non la custodia attingono al compito dell'operatore della salute mentale*, la custodia deve essere disgiunta dalla cura. La presenza di un malato legato costituisce la criticità che interroga e angoscia, la cui soluzione può avvenire solo a partire da una azione collettiva che sveli, nel concreto, l'assurdità del legare l'altro. La liberazione dell'altro è la possibile liberazione di tutti,

allorché si creino le condizioni e si trovi una modalità «altra» di presa in carico della persona con sofferenza senza più violare e negare, non facendo prevalere potere e forza su capacità di incontro e di trasformazione dell'esprimersi della sofferenza.

L'assunto di base della deistituzionalizzazione era che «la libertà è terapeutica». Quando, nei primi anni '70, medico di guardia nell'ospedale psichiatrico provinciale di Trieste accoglievo un paziente portato dalla Croce Rossa legato con spesse cinghie di cuoio e «barellato», il primo impegno era slegarlo per avviare da questo atto di liberazione un rapporto terapeutico. «E tu slegalo subito...» diceva Basaglia.

L'assunto di base che fondava allora l'impegno contro le pratiche di psichiatria violenta, segregante, contenitiva era la convinzione che «la libertà è terapeutica», che l'atto di cura ha come prerequisito il riconoscimento della dignità, dei diritti e della libertà dell'altro e avviene solo in un rapporto di reciprocità e scambio.

Già J. Conolly, in Inghilterra, alla metà dell'Ottocento sulla scia del quacquero Tuke, in epoca pre-psicofarmacologica, aveva dimostrato nel manicomio di Hanwell la possibilità del non utilizzo assoluto dei mezzi di contenzione e aveva indicato modalità di trattamento alternative ai metodi coercitivi.

Dice Conolly:

Non è possibile descrivere a parole in che modo le difficoltà (...) svaniscono di fronte alla pazienza, la fermezza e l'ingegnosità di uomini decisi a non considerare disperato nessun ostacolo finché non si è tentato tutto.⁽⁹⁾

Per molti anni di contenzione fisica non si è più discusso

Dopo la promulgazione della legge di riforma psichiatrica⁽¹⁰⁾ e nella fase di costruzione della rete dei servizi di salute mentale territoriale e di chiusura del manicomio, per molti anni la questione delle persone legate nei servizi psichiatrici non ha rappresentato una area di discussione significativa e collettiva, né per gli operatori della salute mentale, né per le asso-

⁽⁵⁾ Ci riferiamo alle esperienze di Materdomini (Sa), di Perugia, di Colorno, Arezzo, Trieste, Reggio Calabria, Modena, Venezia, Torino, Roma.

⁽⁶⁾ La strozzina è l'utilizzo di un lenzuolo bagnato, gettato sulla testa del ricoverato e arrotolato intorno al collo, fino a ottenere, per ipossia, la caduta a terra del paziente.

⁽⁷⁾ Letto chiuso da tutti i lati e in alto da una fitta rete.

⁽⁸⁾ Tratto da Gaglio G. (a cura di), *Basaglia a Colorno*, in «aut aut», 342, 2009.

ciazioni di familiari e utenti. Non sono emerse notizie di pazienti morti legati in SPDC.

Perché nell'ultimo decennio si riparla di contenzione? Una ripresa di interesse intorno a questi temi si determina alla fine degli anni '90 e con gli inizi del 2000. Non riusciamo con certezza ad indicare quali siano le cause di tale attenzione; possiamo solo formulare *alcune ipotesi*:

□ l'aver definitivamente messo fine al manicomio pubblico pressoché su tutto il territorio nazionale nel 1998 rende possibile il ri-affrontare le criticità delle pratiche nei servizi di salute mentale, tra cui la contenzione, in alcune realtà mai superata;

□ le raccomandazioni del Comitato di bioetica del Consiglio d'Europa del 1999 ⁽¹¹⁾ riportano attenzione sulle pratiche coercitive nel trattamento dei pazienti psichiatrici;

□ la consapevolezza sviluppatasi in molti operatori, familiari, utenti, cittadini ⁽¹²⁾ che la difesa della legge dagli attacchi/proposte di riforma non deve determinare una diminuzione dello sguardo critico sulle pratiche dei servizi;

□ l'apertura di dibattito scientifico, ma anche politico, negli Stati Uniti dopo la denuncia di un autorevole giornale delle morti di 142 pazienti, avvenute nel decennio 1988-1998, in residenze psichiatriche per contenzione o isolamento ⁽¹³⁾ che riporta anche in Italia attenzione a tale fenomeno;

□ l'indagine dell'Istituto Mario Negri di Milano sui Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, nel contesto dello Studio collaborativo italiano sugli Esiti dei disturbi mentali gravi, che interessa 39 SPDC e due cliniche universitarie che gestiscono un SPDC;

□ l'interesse via via sviluppatosi da parte di società scientifiche e ordini professionali sull'uso della contenzione fisica in psichiatria e in medicina.

Alcune significative prese di posizione. Nel novembre 2000 il Comitato nazionale di bioetica, nel suo parere in merito a «Psichiatria e salute mentale», afferma:

La legge 180 del 1978 ha rappresentato un fondamentale passo in avanti verso il riconoscimento della integrazione nella comunità dei soggetti affetti da disturbo mentale: nel senso simbolico del riconoscere la loro cittadinanza, come pure, con maggiore difficoltà, nel senso concreto delle relazioni sociali e di un'assistenza umana ed efficace.

E in relazione alla contenzione fisica raccomanda di

prevenire, attraverso strutture e interventi adeguati, il rischio che i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura reiterino la prassi manicomiale con la conseguenza di favorire la cronicizzazione e non il recupero della malattia. Più in particolare, la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità del paziente.

Il Forum Salute Mentale nel documento fondativo del 2003 indica la contenzione fisica tra le criticità da affrontare e afferma:

La contenzione (...) parte dal massimo dell'umiliazione e della mortificazione della persona e ripropone la copertura della nostra incapacità ad affrontare diversamente la sofferenza e la violenza, con una risposta irresponsabile di violenza e di difesa di sé, di violenza da parte del più forte, e di chi è in condizione di porre una distanza fra sé e l'altro: il ruolo, le regole, l'istituzione, il potere.

Contro tutto questo si è lottato per anni e si è dimostrato possibile perseguire altre strade con il supporto di operatori/

⁽⁹⁾ Conolly J., *Il trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi* (1856), Piccola Biblioteca Einaudi, Torino 1976.

⁽¹⁰⁾ Legge 180 del 13 maggio 1978.

⁽¹¹⁾ Il Comitato direttivo di bioetica del Consiglio d'Europa (CDBI), a settembre del 1999, licenzia il «Libro Bianco sul trattamento dei pazienti psichiatrici». Rispetto alla contenzione si esprime raccomandando la brevità della durata e la proporzionalità all'«agitazione del paziente e al rischio»; inoltre sottolinea che il personale, specificatamente formato, in prima istanza dovrebbe rispondere in maniera graduale al comportamento violento di un paziente in un primo tempo «verbalmente», poi solo «nei casi più eclatanti e per quanto possibile attraverso la contenzione manuale; e solo come ultima ratio attraverso mezzi di contenzione meccanica». Tali raccomandazioni si rivolgono al contesto europeo dove è funzionante, tranne che nella realtà italiana, il manicomio.

⁽¹²⁾ Facciamo riferimento ai promotori e agli aderenti al Forum Salute Mentale. Il Forum è un movimento non tradizionale costituito a Roma nell'ottobre del 2003 con l'obiettivo di guardare alla qualità dei servizi della salute mentale, di evidenziare le criticità e di superare la dissociazione tra gli enunciati e le pratiche, tra le risorse in campo e i reali percorsi di cura: www.forumsalutementale.it

⁽¹³⁾ Benevelli L., *Fare a meno della contenzione*, Giuffrè, Milano 2006.

trici formati e motivati che reggano l'impatto senza ferire, senza umiliare, con la costruzione di un ambiente e di un clima non violento, libero, nel suo complesso che fa capire come altri passi siano possibili e della stessa natura.⁽¹⁴⁾

Nel 2005 la ricerca «Progress Acuti», promossa dall'Istituto Superiore di Sanità, riporta i dati dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura di tutte le regioni italiane (solo la Sicilia non ha partecipato alla ricerca) evidenziando che il 15% dei SPDC opera con le porte aperte e non fa uso di mezzi di contenzione⁽¹⁵⁾.

Nel 2006 si costituisce in Italia il «Club dei SPDC porte aperte no restraint» a cui aderiscono operatori dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura che operano con le porte aperte e fanno a meno della contenzione fisica, o operatori di servizi che stanno adottando strategie per abolire la contenzione e aprire le porte dei servizi.

Ancora, negli ultimi anni, si registra da più parti, e in particolare nel Friuli Venezia Giulia,

un importante impegno di infermieri professionali, in armonia con gli ordini professionali, che esaminano, denunciano e mettono in discussione la pratica della contenzione, a partire da quella sugli anziani nelle case di riposo e nelle Residenze sanitarie assistite, mirando anche a una modifica del codice deontologico che attualmente prevede l'utilizzo della contenzione⁽¹⁶⁾.

Infine dal 2003 alcune virtuose regioni italiane nelle leggi per la tutela della salute mentale e nei piani sanitari affrontano e danno indicazioni, e in alcuni casi prescrizioni, contro le pratiche di psichiatria restrittiva, in particolare per la riduzione o l'abolizione della contenzione fisica nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Si fa riferimento alla regione Campania, al Friuli Venezia Giulia, alla Toscana, alla Sardegna, alla Calabria, all'Abruzzo. Non risulta però in essere una modalità di verifica da parte delle regioni dei risultati degli obiettivi indicati.

Può la contenzione essere abolita per legge?

Non riteniamo che la contenzione fisica possa essere abolita «per legge», ma certamente le leggi, i piani sanitari regionali, gli atti aziendali, gli obiettivi dati ai dirigenti possono favorire l'abolizione delle pratiche di psichiatria restrittiva e dare forza e legittimare gli operatori orientati verso tale obiettivo.

Serve una forte intenzionalità degli operatori. È indispensabile per l'abolizione della contenzione fisica una forte intenzionalità etica degli operatori e degli amministratori, una importante spinta culturale e capacità di denuncia delle persone con esperienza di disturbo mentale e dei familiari, ma anche una ricerca collettiva degli operatori del Dipartimento di salute mentale e pratiche concrete di trasformazione, la consapevolezza che è possibile farsi carico della persona con sofferenza anche nelle situazioni di crisi senza negare il riconoscimento.

Abbiamo evidenza che esiste una stretta relazione tra habitat degradati e chiusi, tra gerarchie forti e separazione gerarchica del per-

sonale appartenente ai differenti ruoli, tra distanza fisica e relazionale tra il gruppo curante e i ricoverati, tra assenza di un clima rispettoso della dignità delle persone, operatori e pazienti, tra il permanere di pratiche aggressive e neganti la soggettività, quali perquisizioni e spoliazioni,

⁽¹⁴⁾ Il pezzo del documento sulla contenzione è stato elaborato da Franca Ongaro Basaglia a Ischia nel settembre 2003 e da me raccolto.

⁽¹⁵⁾ Oggi il numero di SPDC che lavorano con le porte aperte e/o non fanno uso dei mezzi di contenzione raggiunge circa il 30% dei SPDC italiani.

⁽¹⁶⁾ Il codice deontologico dell'infermiere del gennaio 2009 all'art. 30 recita: «L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali». Peraltro l'art. 8 recita: «L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito», prevedendo quindi l'obiezione di coscienza.

e il ricorso alla contenzione fisica. Abbiamo evidenze che la contenzione non sostituisce un eccesso di terapia farmacologica, ma lo accompagna. Abbiamo la preoccupazione, e in alcuni casi l'evidenza, che la presenza di linee guida per la contenzione, oltre a legittimare la stessa, rappresenti una garanzia più per gli operatori che per le persone legate. Abbiamo evidenza che è solo il Dipartimento nel suo complesso, a partire dal paradigma di riferimento, dal modello organizzativo, dagli obiettivi che si prefigge, dagli stili operativi che promuove che può fare a meno della contenzione.

Alcune storie di SPDC passati dalla contenzione alle porte aperte. Ad Aversa Francesco il 22 luglio 2002 è stato dimesso dal SPDC ed è andato ad abitare in una casa in città, assistito sulle 24 ore da operatori usciti/liberati con lui dal SPDC e da operatori di una cooperativa. Quando si preparava il piccolo appartamento per Francesco, gli operatori del SPDC disponibili ad assisterlo «fuori» avevano chiesto di ricoprire le pareti della nuova casa con il linoleum onde attutire i colpi delle testate di Francesco, di mettere nella sua stanza solo un letto e di cementare al pavimento il lavabo del bagno.

In quel momento era in gioco la linea che avrebbe guidato l'intervento: o ricercare percorsi di cura nella «normalità» o ricostruire istituzioni, camuffate da case, nel territorio. Abbiamo scelto di rischiare la prima. Per molti mesi dalle dimissioni di Francesco abbiamo lasciato un letto in SPDC libero per lui, consapevoli delle difficoltà e delle preoccupazioni di ognuno dei soggetti in gioco. Non è stato mai necessario usarlo. Dopo un periodo di abilitazione in quella casa, Francesco è andato ad abitare con altri 4 ragazzi seguiti dal Dipartimento di salute mentale in un gruppo di convivenza assistito.

Dal luglio 2003 il SPDC di Aversa, trasferito in uno spazio nuovo e qualificato, opera con le porte aperte e ha abolito i mezzi di contenzione. Nei primi mesi, in cui il contatto tra operatori e pazienti era molto ravvicinato, è stato difficile per il personale, infermieri e medici, trovare una propria dimensione, sono emerse preoccupazioni sulle responsabilità in caso di «fuga»

dei ricoverati. È stata necessaria la presenza rassicurante, ma ferma nell'obiettivo da perseguire della responsabile. Dopo alcuni mesi di lavoro nel sistema no restraint gli infermieri dicono «i malati sono cambiati».

Nel primo semestre 2006 la contenzione fisica nel SPDC di Cagliari era pratica routinaria, le contenzioni numerose, poco meno di un centinaio nel semestre, e di lunga durata, fino a oltre nove giorni. Al giugno del 2008⁽¹⁷⁾, all'interno di un difficile e graduale processo, il ricorso alla contenzione fisica è diminuito in maniera significativa, oltre il 70%, così come il numero delle persone contenute e la percentuale delle stesse sul totale dei ricoverati. È diminuita la durata delle contenzioni, massimo un giorno⁽¹⁸⁾, mentre le regole del Servizio sono divenute più flessibili, l'accoglienza non prevede più perquisizioni, è aumentata la vicinanza degli operatori ai ricoverati, sono aumentate le uscite dei ricoverati dal Servizio, di norma accompagnati, il rapporto tra Centri di salute mentale e SPDC si è intensificato per garantire una continuità assistenziale.

Oggi a Cagliari, nei due SPDC⁽¹⁹⁾ attualmente operanti, il ricorso alla contenzione è ulteriormente diminuito, in particolare il SPDC di 12 posti letto, aperto nel febbraio 2009, opera con le porte aperte e non fa ricorso alla contenzione fisica⁽²⁰⁾.

⁽¹⁷⁾ Facciamo riferimento ai primi dati di una ricerca sul ricorso alla contenzione nel SPDC di Cagliari dal 1 gennaio 2006 al 30 giugno 2008. La ricerca «La contenzione fisica nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Cagliari nel contesto di un processo di costruzione di un sistema dipartimentale di Servizi di salute mentale» è stata condotta da me insieme a Laura Fischer e Simona Zinzula.

⁽¹⁸⁾ I dati riportati fanno riferimento a un SPDC che, fin dalla sua apertura nel 1978, ha avuto un numero di posti letto di molto superiore a quelli previsti per legge. Dalla fine degli anni '90 il numero dei posti letto accreditati nel SPDC di Cagliari diventa 27, ma nel reparto sono presenti fino a 32 posti letto.

⁽¹⁹⁾ Al 2 febbraio 2009 l'ASL di Cagliari costituisce due SPDC, rispettivamente con 15 e 12 posti letto, nel rispetto delle normative vigenti nazionali e regionali.

⁽²⁰⁾ Diceva Basaglia nelle *Conferenze brasiliane*: «Maggari i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so, ma a ogni modo noi abbiamo dimostrato che si può assistere la persona folle in un altro modo, e la testimonianza è fondamentale» (Raffaello Cortina, Milano 1999).

Vademecum per un DSM che voglia abolire la contenzione

Prerequisito per l'avvio del processo verso l'abolizione della contenzione – merita ribadirlo – è il riconoscimento nelle pratiche di salute mentale della centralità dell'etica e una forte intenzionalità, a tutti livelli istituzionali, di contrasto alle pratiche di psichiatria coercitiva e contenitiva.

In fase transitoria, quando un Dipartimento che utilizza la contenzione si prefigge l'obiettivo di non legare, è necessario attivare alcune azioni.

Le principali azioni da attivare. Fra tutte la prima è l'avvio del monitoraggio delle contenzioni con le indicazioni della motivazione, la tipologia, la durata, il momento del ricovero in cui la contenzione è attuata, se il paziente è arrivato al SPDC già contenuto, il genere, l'età, il regime di ricovero della persona, eventuali esiti negativi. In molti SPDC che fanno uso, anche routinario, della contenzione, non esistono dati sulle contenzioni, a volte le stesse non sono neppure riportate nelle cartelle cliniche.

È importante prevedere una analisi degli esiti, fisici e psicologici, della contenzione sui pazienti per una efficace valutazione del rischio e delle relative responsabilità, anche secondo le indicazioni sulla sicurezza dei pazienti e il rischio clinico ⁽²¹⁾. Va monitorato il numero di persone contenute trasferite in reparti di medicina e rianimazione e vanno analizzate le motivazioni cliniche che hanno determinato il trasferimento. Infine è importante porre attenzione ai rischi o agli esiti di tipo psicologico sugli operatori che effettuano la contenzione.

Durante la fase transitoria, per ogni contenzione fisica che si attua, è necessario che sia inoltrato, a istanze esterne al Servizio con funzioni di programmazione e verifica, un report analitico, formulato dal medico che l'ha disposta, onde rendere possibile analizzare le situazioni, relative alla persona e al contesto, che determinano il ricorso alla contenzione e per individuare azioni di contrasto.

Ove presenti nel Dipartimento «linee guida per la contenzione fisica», è necessaria una

verifica periodica, effettuata da un soggetto esterno, della loro puntuale applicazione onde garantire la sicurezza dei pazienti, come obiettivo prioritario e un complessivo miglioramento della qualità delle cure. In molti SPDC che hanno elaborato tali linee guida, non esiste in realtà alcuna azione di verifica della loro puntuale applicazione.

Quattro livelli su cui agire. Indichiamo più da vicino le azioni che rendono possibile il processo verso l'abolizione della contenzione in un Dipartimento di salute mentale (DSM).

A livello di Dipartimento di salute mentale:

attivazione di percorsi formativi sull'accoglienza e la gestione della persona crisi nella emergenza e urgenza;

promozione della presa in carico globale e costante da parte dei Centri di salute mentale delle persone con problemi rilevanti di salute mentale e a rischio di esclusione sociale, in particolare di quelle che rifiutano le cure, onde prevenire, anche attraverso un intervento precoce, situazioni di crisi gravi e a rischio di violenza, oltre a fenomeni di abbandono;

istituzione di unità operative, Centri di salute mentale, Centri crisi, fornite di posti di accoglienza per la presa in carico delle persone, anche in crisi, sulle 24 ore, oltre il SPDC;

presenza formalizzata di associazioni di familiari e utenti negli organi del DSM, ove non nel SPDC.

Rispetto alla struttura del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura:

qualificazione dell'habitat sia in relazione all'organizzazione degli spazi (in particolare prestando attenzione a che la zona degenza non sia separata dal resto del Servizio ⁽²²⁾, sia in relazione agli arredi;

numero di posti letto inferiore a 16.

⁽²¹⁾ «Decreto di istituzione del sistema nazionale di riferimento per la sicurezza dei pazienti» del Ministro alla Salute del gennaio 2007.

Rispetto all'organizzazione del SPDC:

adeguato numero di personale di assistenza;

rotazione degli operatori, in particolare dei dirigenti sanitari tra il SPDC e i Centri di salute mentale;

gestione del servizio con il sistema «porte aperte»;

garanzia della continuità ospedale-territorio, come presa in carico da parte del CSM di riferimento della persona durante il ricovero e in particolare nella dimissione;

rapporto di collaborazione strutturato del SPDC con il Pronto Soccorso (in particolare modo per quel che riguarda la gestione comune di situazioni critiche riguardanti alcolisti,

tossicodipendenti) e con gli altri reparti ospedalieri.

Rispetto agli stili operativi nel SPDC:

ricerca e mantenimento di un clima empatico, di rispetto e di collaborazione tra gli operatori e tra questi e le persone ricoverate;

abolizione delle pratiche di «perquisizione» dei pazienti e utilizzo flessibile delle regole;

impegno per la costruzione di un lavoro di équipe e verso pratiche di condivisione e collaborazione tra i differenti ruoli;

costruzione di un luogo, un tempo, uno spazio di discussione, di problematizzazione delle situazioni critiche, delle situazioni limite.

Se i matti sono da legare, i servizi che lotta allo stigma possono fare?

Nella deistituzionalizzazione è il paradigma della incurabilità, incomprendibilità e pericolosità del malato di mente che è stato messo in discussione.

È mutato fondamentalmente l'oggetto della psichiatria: non più la malattia con la pericolosità ad essa associata, ma «l'esistenza-sofferenza inserita nel contesto sociale»⁽²³⁾. E

quando cambia l'oggetto che le si propone come orizzonte tematico, la psichiatria non può non cambiare il suo metodo.⁽²⁴⁾

Muta quindi lo sguardo sull'altro, la cultura e la qualità della presa in carico, dell'assistenza e della cura della persona con sofferenza mentale; Si cerca una vicinanza che non confonde ma protegge, una alleanza con i familiari, un incontro con la comunità, l'affrontamento dei diritti antagonisti. Diventa centrale la

promozione dei diritti del paziente, anche indipendentemente dalla sua capacità di esercitarli, nella consapevolezza che ciò ha una profonda valenza etica, poiché il riconoscimento di diritti a priori costituisce, per chi non può rivendicarli per sé, l'unica occasione per un possibile cambiamento.⁽²⁵⁾

Le crisi vanno comprese e gestite, non silenziate da risposte aggressive. A trentuno anni dalla

promulgazione della L. 180/78, quindi, preoccupa grandemente, e deve muovere significative azioni di contrasto, che nei servizi della salute mentale, certamente in maniera meno massiccia che nel manicomio, ma non meno rilevante dal punto di vista etico e professionale, permangano pratiche violente, coercitive, lesive dei diritti e della dignità.

In alcune situazioni tali pratiche, prima sottoposte, ri-prendono vigore, legittimate da un «paradigma lineare psico-bio-medico [che] non tollera la complessità»⁽²⁶⁾, che inibisce, oscura, non riconosce la possibilità di un sia pur difficile

⁽²²⁾ La maggior parte dei SPDC sono strutturati sul modello dei reparti ospedalieri e la zona degenza è separata dalla zona dell'accettazione, nonché dagli ambulatori e studi medici, pertanto nella zona degenza è presente accanto ai ricoverati il personale del comparto che spesso rimane da solo a far fronte alle richieste dei pazienti.

⁽²³⁾ Rotelli F., *Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra*, Asterios, Trieste 1994.

⁽²⁴⁾ Borgna E., *Le strutture del sapere e l'esperienza della follia*, Rosenberg e Sellier, Torino 1989.

⁽²⁵⁾ Comitato nazionale di bioetica, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti di bioetica*, dalla presentazione di Giovanni Berlinguer.

⁽²⁶⁾ Saraceno B., *Dalla sofferenza urbana alla cittadinanza diffusa*, in «Animazione Sociale», 1, 2008.

percorso di comprensione e di storicizzazione della crisi, come di un atto aggressivo e violento, che viene solo affrontato e silenziato da una risposta farmacologica e meccanica.

Ancora si vive e si muore legati di psichiatria. Ma l'indignazione come stato emotivo, che pure è indispensabile mantenere non lasciandoci trascinare dal cinismo per i «crimini di pace» a cui quotidianamente assistiamo, deve essere accompagnata da azioni concrete per il cambiamento, pure dimostrato possibile.

Anche il ricorso eccezionale e sporadico alla contenzione fisica sempre riconsegna la sofferenza psichica al terreno della incomprendibilità, produce oggettivazione e negazione del soggetto. Peraltro, il ricorso pure eccezionale alla contenzione, legittimandola, può determinare il ritorno in tempi diversi alla routinarietà della negazione e violazione dell'altro.

Citando Conolly:

Non si potrebbe commettere più grave errore di quello di credere che un uso moderato della contenzione possa essere coerente con un programma generale di cure per ogni altro verso integrale, indiscutibile, umano. L'abolizione deve essere assoluta; altrimenti non riesce efficace.⁽²⁷⁾

Né possiamo pensare che la contenzione fisica sia, in alcune circostanze il «male minore», anche rispetto al sovradosaggio farmacologico; con la Arendt ci opponiamo alla cultura del male minore perché

chi sceglie il male minore dimentica rapidamente di aver scelto a favore del male.⁽²⁸⁾

Perché nessun corpo sia più violato là dove dovrebbe essere curato. L'abolizione della contenzione fisica nei servizi di salute mentale, come degli altri atti di limitazione della libertà personale, sono fra i determinanti e gli indicatori fondamentali della qualità dell'assistenza nei servizi e del paradigma di base del Dipartimento di salute mentale, oltre che segno del ruolo che il sistema sanitario e la comunità attribuiscono alla dignità e ai diritti della persona malata.

Campagne mediatiche nazionali e internazionali contro lo stigma legato alla malattia mentale non affrontano quasi mai il nodo dei servizi che producono lo stigma e l'esclusione. Se i matti sono ancora «da legare» e se pratica

medica, sanitaria, terapeutica viene considerata il legare, ma quale lotta al pregiudizio e allo stigma i servizi possono condurre? Gli operatori della salute mentale devono ri-trovare il senso etico e professionale del loro agire, l'orgoglio del loro sapere e della capacità di ascoltare, comprendere e trasformare.

Risulta altresì indispensabile che le associazioni dei familiari, le associazioni delle persone con esperienza di disturbo mentale, i tribunali dei diritti del malato, i giudici tutelari⁽²⁹⁾ assumano compiti di vigilanza e di controllo e collaborino ad avviare un dibattito locale e nazionale sulla questione della violazione dei corpi e delle pratiche contenitive e coercitive, perpetuate nei servizi psichiatrici, ma anche diffusa nelle case di riposo, nelle residenze assistite, negli istituti per handicappati, nelle carceri, nei centri di detenzione per gli extracomunitari, nonché sugli esiti fisici e psichici di tali pratiche, fino alla morte.

Di tutto questo c'è bisogno per ri-aprire un dibattito ampio sui diritti umani per ripescare i senza nomi e volti nei mari di Portopalo⁽³⁰⁾, ma anche nei servizi psichiatrici, perché tutti non affoghiamo nella indifferenza e nel non senso.

⁽²⁷⁾ Conolly J., *op. cit.*

⁽²⁸⁾ Arendt H., *La responsabilità personale sotto la dittatura*, in «Micromega», 4, 1991.

⁽²⁹⁾ Le persone legate sono perlopiù persone sottoposte a un trattamento sanitario obbligatorio, un provvedimento quindi noto e convalidato dal giudice tutelare.

⁽³⁰⁾ Bellu G. M., *I fantasmi di Portopalo*, Mondadori, Milano 2004.

ANGELO FIORITTI

Riportare i servizi di salute mentale a contatto con le sfide dell'oggi

Oltre volontà restaurative e sentimenti nostalgici

Come la psichiatria manicomiale fu spazzata via perché non seppe cogliere i segni del tempo, così oggi la psichiatria territoriale e di comunità rischia di subire la stessa sorte se non riesce

a rinnovarsi. Oggi la questione non è tanto capire come riportare la psichiatria al registro basagliano, ma come rendere nella società odierna, per i cittadini di oggi e con

gli strumenti disponibili, il massimo del potenziale di salute, libertà e rispetto dei diritti umani che era anche alla base della deistituzionalizzazione degli anni '70.

Ci siamo appena lasciati alle spalle le celebrazioni per il trentennale della legge 180, un'ottima occasione per distaccare lo sguardo dall'operatività quotidiana e avere una visione più alta della strada percorsa in materia di assistenza psichiatrica e di salute menta-

le. I toni trionfali («una svolta epocale», «nulla sarà mai più come prima», «una legge di civiltà») si sono mescolati alle voci critiche («una grande promessa mancata», «una legge inapplicata», «una psichiatria in crisi di identità») con le seconde spesso prevalenti sui primi.

Trentun anni dopo la 180

Tra proposte di restaurazione e atteggiamenti di delusione. Tra le critiche, non possiamo tralasciare quelle di stampo «restaurativo», vale a dire quelle che sotto varie forme mettono in discussione alla radice la riforma stessa, che vorrebbero ripristinare un equilibrio di poteri tra lo Stato e il cittadino ammalato più simile a quello ante-180, con poca o nulla capacità contrattuale del cittadino nei confronti dell'istituzione. Queste critiche, sostenute solo da qualche associazione di familiari e qualche esponente politico, ma con ampia risonanza mediatica, sono alla base dei diversi progetti di riforma presentati in questa legislatura (al momento sei) e attualmente in discussione presso la XII Commissione parlamentare, con qualche possibilità di procedere nell'iter legislativo ordinario.

Ma nel corpo professionale, nel campo del-

le associazioni di utenti e familiari, nell'ambito complessivo degli amministratori (di AUSL o comunali che siano), nel volontariato o nel terzo settore domina un tipo di critica diversa: quella dei delusi, dei demotivati, degli allarmati dalla deriva biologista e farmacologica, dall'aziendalizzazione o dalle ipertrofie manageriali, da una realtà molto diversa dalla *svolta etica* immaginata da Basaglia. Le parole d'ordine più ricorrenti sono: «resistere», «reimmaginare una psichiatria di comunità», «riportare la psichiatria sul solco originario tracciato trent'anni or sono».

Non si può non ricavarne una percezione di contraddittorietà tra la portata riferita delle realizzazioni e l'immagine appannata dell'istituzione che le ha compiute. Ciò è qualcosa su cui vale la pena riflettere e a tal proposito non risultano di grande aiuto le forme critiche sopra

esposte, che a mio avviso non colgono l'essenza dei problemi che ora dobbiamo affrontare. Mi pare peccchino di idealismo (nel caso di quelle restaurative anche di ideologismo) e che siano fondamentalmente antistoriche.

E se mettessimo tra parentesi la psichiatria?

In questo contributo cercherò di identificare quali siano le condizioni alle quali sia possibile una identità meno contraddittoria, un «rilancio» della immagine e della funzione sociale dei servizi psichiatrici. Per fare questo è necessario, parafrasando la famosa frase di Basaglia, «mettere tra parentesi la psichiatria stessa», allargando lo sguardo ai determinanti sociali di salute e di malattia, alle forme sociali con cui si declina la professione e si esprimono sia la solidarietà che l'esclusione.

Ritengo infatti che il ruolo della psichiatria nel determinare le proprie pratiche e le proprie cornici concettuali sia sopravvalutato e che, al pari di ogni altra istituzione, essa tragga la propria ragion d'essere dall'interpretare e rendersi utile creativamente rispetto ai problemi del proprio tempo. In fin dei conti trovo fuorviante discutere di come si può riportare la psichiatria al registro basagliano. Semmai si tratta di vedere come rendere nella società odierna, per i cittadini di oggi e con gli strumenti disponibili, il massimo del potenziale di salute, libertà e rispetto dei diritti umani che era anche alla base della deistituzionalizzazione degli anni '70.

In fondo, se la psichiatria manicomiale fu spazzata via perché non seppe cogliere i segni del tempo, la psichiatria territoriale non rischia forse oggi di subire la stessa sorte perché lamenta un mancato supporto alla realizzazione di una idea che ha trent'anni?

Una valutazione comunque positiva. Non intendendo entrare nella questione di che cosa voles-

se effettivamente il legislatore quando approvò la 180, di quali e quanti problemi ci siano stati nella gestione di questa legge, di quali e quanti obiettivi siano stati raggiunti e quali promesse non mantenute, tutti argomenti sui quali esiste una abbondante letteratura.

La mia personale opinione, già espressa in altre sedi (Fioritti, 2008), è che la riforma del 1978 sia un aspetto molto importante del nostro sistema di welfare che fu costruito alla fine degli anni '70, che oggi sia un fatto storicamente acquisito, che abbia ammodernato il Paese in un settore nel quale era particolarmente arretrato, che nella sua realizzazione abbia incontrato le difficoltà che tutte le riforme incontrano nel sistema-paese Italia, con evidenti limiti di coordinamento centrale e ampie differenze locali.

Inoltre mi pare che tutte le valutazioni empiriche che sono state condotte sugli esiti del processo di costruzione della psichiatria di comunità abbiano dato un esito sostanzialmente positivo, relativamente a numero di persone seguite, risorse destinate, qualificazione dei processi assistenziali, diversificazione dell'offerta, numeri che pongono la psichiatria italiana, se non nel suo insieme almeno in un numero significativo di realizzazioni regionali, sullo stesso livello dei sistemi europei più sviluppati (de Girolamo, Cozza, 2000; de Girolamo *et al.*, 2007; Lora, 2009).

Infine ritengo che rispetto alle idee predominanti nel 1978, la cosiddetta psichiatria rinnovata abbia dovuto fare i conti dinamicamente con le trasformazioni in atto nella società e nella sanità italiana, che sono state tanto profonde quanto sostanzialmente poco prevedibili nel 1978 e che queste, insieme a molti dolorosi aggiustamenti, abbiano portato anche ad alcuni significativi avanzamenti, generalmente sottovalutati. È su quest'ultimo punto che vorrei concentrare la mia attenzione.

Perché non ha senso rimpiangere un'«età dell'oro»

Credo che, impegnati come siamo nell'operatività quotidiana, ci possa sfuggire la com-

plessità delle trasformazioni sociali avvenute in questi trent'anni e di come esse, nel bene e

nel male, abbiano influito sul percorso di realizzazione della 180.

I servizi psichiatrici non operano in un vacuum storico. Processi che altrove hanno richiesto cent'anni da noi sono stati bruciati in meno di trenta: occupazione femminile, istruzione, formalizzazione dei processi sociali, crollo di tutti i paternalismi, contrattualizzazione dei processi assistenziali, soprattutto sanitari, responsabilità economico-finanziaria, responsabilità professionale in tutti i campi di attività. Credo che riflettere su queste trasformazioni ci aiuti a comprendere meglio perché anche la relazione di cura in psichiatria ci appare oggi così diversa dall'atteso.

Tutte le professioni si sono modificate radicalmente in trent'anni. Tutte sono diventate più tecniche, più formalizzate, spesso standardizzate, soggette a verifiche di qualità, richiedono più studio, più professionalità, più capacità di oggettivazione. Ciò vale per le forze dell'ordine, gli insegnanti, gli avvocati, i dentisti, gli ingegneri e anche per i professionisti della salute mentale. Coloro che rimpiangono una età dell'oro, che come è stato fatto notare verosimilmente non c'è mai stata (Scotti, 2009), tendono a dimenticare che la psichiatria non opera in un *vacuum*, ma è soggetta a tutti i processi trasformativi della società e che questi portano tanto problemi quanto innovazioni.

L'ingresso della psichiatria nel Servizio sanitario nazionale le ha fatto condividere tutte le vicissitudini di ogni altro ambito sanitario, dall'aziendalizzazione alla responsabilizzazione economica, dalla formalizzazione dei processi di cura con l'accreditamento alla perdita delle quote di paternalismo largamente predominanti nel 1978. La relazione di cura è andata modificandosi di conseguenza, nel bene e nel male.

In questi anni, i sistemi di cura sono migliorati. Spesso l'attività dei servizi psichiatrici odierni viene dipinta in termini di deriva farmacologica, di assenza della relazione umana, di oggettivazione del paziente. Non intendo negare che esistano pratiche insoddisfacenti o addirittura inaccettabili, che si possano incontrare esempi

di ingiustificabile reificazione della persona con disturbi psichici. Ma è inverosimile disegnare la psichiatria italiana odierna come il prodotto del marketing delle case farmaceutiche, come artificio del management aziendale o come trionfo della tecnocrazia medica. Tutto ciò non consente di cogliere alcuni importanti e almeno in parte positivi cambiamenti che hanno radicalmente trasformato la natura dei sistemi di cura.

□ Per cominciare *la psichiatria è oggi un sistema di sanità pubblica che si occupa di un numero di pazienti di oltre dieci volte superiore a quello del 1978* quando l'assistenza psichiatrica consisteva praticamente in ciò che veniva fornito negli Ospedali psichiatrici che «ospitavano» circa 70.000 persone. Le esperienze territoriali erano poche e di carattere sperimentale, le alternative di ricovero scarse, le strutture intermedie totalmente assenti. Forse l'aspetto che rende maggiormente giustizia al cammino fatto in questi trent'anni consiste nel confrontare ciò con l'offerta dei servizi attuali (Fioritti *et al.*, 1997; Fioritti *et al.*, 2003; Lora, 2009). Oggi circa un milione di cittadini ricevono assistenza presso i Centri di salute mentale e in linea di massima ciò viene fatto da *équipe multidisciplinari* che garantiscono per lo meno livelli di competenza professionale ed etica incomparabili con quelli degli ospedali psichiatrici del 1978. Certamente nei servizi di avanguardia dei primi anni '80 ogni paziente aveva più spazio e forse riceveva una attenzione maggiore. Ma certamente non in tutto il territorio nazionale e probabilmente, se si fossero voluti preservare quegli stili di lavoro e quell'utilizzo di risorse, la riforma si sarebbe arrestata molto prima. Inevitabilmente la relazione di cura si è modificata anche per questo, la variabile «tempo clinico» è fondamentale al riguardo e un punto di equilibrio va trovato, giocando sulla specializzazione nel lavoro di *équipe* e sulla valorizzazione di tutte le professioni.

□ Un secondo punto su cui riflettere consiste nel fatto che *tutte le relazioni umane sono andate incontro a un processo di maggiore formalizzazione e, nel campo professionale, di con-*

trattualizzazione. L'umanesimo che era alla base della filosofia della riforma psichiatrica ne ha fortemente risentito. So di dire qualcosa di non molto popolare, ma ritengo che ciò abbia dei lati positivi; e comunque è inevitabile. I primi ad aspettarsi professionisti formati su procedure formali sono oggi gli utenti dei servizi sanitari, siamo noi quando diventiamo utenti. Molti rapporti che trent'anni fa erano puramente sul piano della fiducia oggi sono pienamente contrattuali. Da ciò accreditamento, standard, prodotti, ecc., ma anche *meno paternalismo, meno potenziale di abusi, meno discrezionalità*.

Parlare di diritti dei pazienti è oggi inseparabile della valutazione formale dei processi e delle forme assistenziali cui i pazienti hanno diritto. Esistono indubbiamente eccessi burocratici nel modo in cui accreditamento e sistemi di qualità vengono condotti ed è molto difficile per un professionista entusiasmarsi davanti alle *check-list* di verifica. Ma dovremmo vedere tutto ciò anche come un adeguamento a una modalità diffusa nelle relazioni sociali volta a garantire maggiormente il cittadino di fronte alla discrezionalità e alla eterogeneità dei comportamenti dei professionisti pubblici.

Per rilanciare una psichiatria territoriale occorre una presa d'atto storica

La psichiatria – dicevo prima – non opera in un vacuum ma è soggetta alle trasformazioni della società. Ebbene, la struttura stessa della nostra società è drammaticamente mutata, i legami sociali e la loro rappresentazione sono oggi profondamente diversi da trent'anni fa. Le nostre comunità hanno subito trasformazioni negli ultimi vent'anni che in altre epoche avrebbero richiesto due secoli.

Oggi il capitale sociale si è impoverito. Innegabilmente alcuni ambiziosi obiettivi sono stati raggiunti quanto a reddito medio, istruzione, aspettative di vita media, occupazione femminile, pari opportunità. La nostra popolazione è oggi più ricca, istruita, consapevole dei propri diritti, ma anche più vulnerabile in situazioni di difficoltà e di malattia perché le reti di sostegno informale, le famiglie, le parrocchie, il vicinato, hanno perso buona parte delle risorse sociali che detenevano.

Le modificazioni del ciclo produttivo che hanno reso possibile il raggiungimento degli obiettivi di benessere economico hanno però indotto fenomeni di denatalità, distanziamento demografico, riduzione delle dimensioni dei nuclei familiari, riduzione del tempo «sociale», richiamo di immigrazione, abbandono dei centri storici, creazione di vaste aree suburbane.

Pur mantenendosi su posizioni accettabili

o invidiabili nel panorama internazionale, le nostre comunità hanno visto comparire tutti i problemi delle società post-industriali ed è divenuta evidente la dissipazione del capitale sociale su cui l'intero sistema di welfare poggiava. Meno società e più individui, più ricchi e istruiti, cittadini più esigenti, ma più vulnerabili e più diseguali tra loro. Anche questo non poteva non riflettersi nelle relazioni di cura.

In questo contesto l'assistenza psichiatrica al malato mentale è sicuramente un problema di salute mentale della collettività, non l'unico e forse neppure il prevalente.

I cittadini portano oggi ai servizi problemi molto diversi. Le maggiori condizioni di vulnerabilità sociale e le migliori condizioni di cura producono bisogni diversi nelle persone con disturbi mentali gravi e persistenti, per le quali gli obiettivi di un progetto di cura sono oggi ben più ambiziosi di solo dieci anni fa: autonomia nella casa, lavoro, relazioni, tempo libero...

Ma oltre a questo si affaccia una utenza nuova, ugualmente sofferente anche se meno disabile e disfunzionale, e perciò stesso più esigente e capace di tutelare i propri diritti alla salute. L'aumento del disagio giovanile, delle depressioni e dei disturbi ansiosi nella infanzia, nell'adolescenza, nella giovane età adulta, dei disturbi del comportamento alimentare,

dei disturbi di personalità, di tutte le suddette condizioni complicate dall'uso di sostanze, dei disturbi propri dell'anziano, le particolari espressività che i disturbi mentali assumono nei migranti di prima e seconda generazione, la prevenzione, la promozione della salute...

Le risposte non possono essere una generica presa in carico, si tratta di problemi molto diversi che richiedono risposte specifiche, per lo meno un mix di presa in carico generale e di risposte personalizzate. Tutto ciò non era prevedibile trent'anni fa. Una psichiatria di comunità deve partire da queste consapevolezze.

I servizi di salute mentale si sentono ai margini. Dunque siamo oggi in una situazione paradossale. Pare che siamo riusciti a compiere una riforma molto ambiziosa, che servizi per lo meno accettabili seguano oggi circa un milione di cittadini, con risultati oggettivi in termine di sanità pubblica abbastanza lusinghieri. Il tutto

senza particolari problemi di *homelessness*, di criminalizzazione del malato di mente, di abbandono generalizzato. Il personale che opera nei servizi è molto più istruito e professionalizzato di trent'anni fa, la produzione scientifica nazionale in tema di psichiatria è più che accettabile, alcune indagini sulla soddisfazione degli utenti e dei loro familiari hanno dato risultati sorprendentemente positivi. Eppure...

Eppure l'immagine interna ed esterna della psichiatria è fortemente appannata, meno brillante di quella con cui era partita, per quanto ciò sia in un certo senso inevitabile; gli entusiasmi sono sempre più facili agli inizi di una grande impresa.

Questo è il problema che i servizi di salute mentale oggi devono affrontare: combattere la demotivazione e ribaltare una immagine che li pone in una situazione di marginalità rispetto ad altri settori sanitari o ad altre istituzioni pubbliche.

Le sfide che oggi attendono i servizi di salute mentale

Molte sono le sfide che oggi attendono i servizi di salute mentale del nostro Paese, alcune delle quali prevalentemente interne al campo professionale, altre strettamente collegate alle trasformazioni sociali dell'Italia contemporanea.

Le sfide professionali. Tra le prime figurano senza dubbio le questioni dell'ammmodernamento tecnico-scientifico. Ad esempio, come potrà essere colmato lo iato esistente tra la continua produzione di evidenze scientifiche su tecniche e tecnologie biomediche, psicologiche e organizzative e la lentezza o l'impossibilità con cui vengono introdotte nella pratica clinica?

Se partiamo dal presupposto di un adeguamento della pratica psichiatrica alle forme e alle attese della nostra società, non vi è dubbio che il plus di professionalizzazione e di formalizzazione passi anche attraverso l'introduzione di elementi tecnici più rigorosi e valutabili. Le psicoterapie cognitive, il *case management*, le

strategie di intervento precoce, la psicoeducazione per l'utente e la sua famiglia, le tecniche di inserimento lavorativo nel libero mercato come il *supported employment* non sono ancora parte diffusa e consolidata dell'offerta dei servizi. Anzi molti di coloro che continuano a guardare all'età dell'oro come al paradigma tradito sembrano guardare con scetticismo se non con aperta contrarietà a questo tipo di professionalizzazione. Certamente è necessario un adattamento alle pratiche di servizi che per loro natura devono mantenere la flessibilità necessaria alla personalizzazione degli interventi, senza irrigidirsi in un menù fisso di offerta terapeutica. Ma quando comincerà su larga scala questo adattamento e la diffusione di queste pratiche?

E ancora, riuscirà il corpo professionale a interloquire validamente con il complesso mondo politico-amministrativo locale, regionale, nazionale e ritrovare una benché minima unitarietà di approccio e di sviluppo che dopo

l'avvento della *devolution* sembra avere rimpiantato la frammentazione precedentemente prodotta dalle molteplicità di scuole ed orientamenti?

Le sfide collegate alle trasformazioni sociali del nostro Paese. Riprendendo il discorso sulle trasformazioni sociali più rilevanti, si riuscirà a trovare una condivisione di approccio con il mondo politico e la società civile, a tutti i livelli, affrontando il passaggio dalla psichiatria

di comunità all'approccio di salute mentale, l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, il nodo della pericolosità e della sicurezza (reale e percepita), l'assunzione di responsabilità sulla psichiatria nelle carceri e negli OPG? Che forma prenderà il tema della partecipazione e della responsabilizzazione di utenti e familiari, principale elemento di novità e di pressione evolutiva dell'ultimo decennio?

Ognuno di questi punti richiederebbe un articolo a sé.

Trasportare i fondamenti etici della professione in questo nostro tempo

Nello spirito che anima questa rivista voglio concludere affrontando il punto che ha fatto da filo conduttore ai vari contributi apparsi su questa rivista nel corso degli ultimi due anni, quello dello stile dei professionisti e dei servizi, quello della relazione e della identità professionale nella relazione.

Ritengo che le sfide dell'oggi e del domani debbano essere affrontate con gli strumenti dell'oggi e del domani. Non ha molto senso rimpiangere stili e modalità di un glorioso passato, per quanto recente. È più saggio rimboccarsi le maniche e accettare di trasportare i fondamenti etici della professione nelle forme proprie del nostro tempo. Libertà, cura, incontro, qualità, tutela, cittadinanza, diritti umani e civili, non sono incompatibili con una classe di operatori fortemente professionalizzata, che sta dentro disciplinari professionali e istituzionali formalizzati, periodicamente valutati, soggetti a verifiche e miglioramenti costanti.

Ad esempio, non trovo scandaloso che vengano usati farmaci nella cura dei disturbi psichiatrici maggiori, è un diritto del paziente accedere a una farmacoterapia appropriata, molti Paesi in via di sviluppo lottano per questo e sono ben lontani dal poterlo garantire. Mi preoccupa maggiormente l'eccesso di libertà prescrittiva e l'assenza di protocolli razionali di farmacoterapia in molti servizi, quasi che riferirsi a standard consolidati e verificabili sia una lesione della libertà nell'incontro te-

rapeutico. E mi preoccupa che esista un vuoto scientifico su questo argomento che consente uno spazio alle attività di «formazione» delle aziende farmaceutiche.

Le sfide professionali vanno affrontate con fiducia e con fermezza. Guardando avanti, consapevoli di un passato che non deve continuare a gravare sul futuro.

BIBLIOGRAFIA

Barbato A., *Mettere tra parentesi la malattia mentale*, in «Animazione Sociale», 8/9, 2008, pp. 3-13.

de Girolamo G., Cozza M., *The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective*, in «International Journal of Law and Psychiatry», 23, 2000, pp. 197-214.

de Girolamo G., Bassi M., Neri G., Ruggeri M., Santone G., Picardi A., *The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lesson to learn*, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience» 257, 2007, pp. 83-91.

Fioritti A., Lo Russo L., Melega V., *The Reform, Said or Done? The Case of Emilia-Romagna within the Italian Psychiatric Context*, in «The American Journal of Psychiatry», 154, 1997, pp. 94-98.

Fioritti A., Bassi M., de Girolamo G., *Italian Psychiatry. 25 Years of Change*, in «International Psychiatry», 2, 2003, pp. 14-16.

Fioritti A., *Trent'anni di 180. Le politiche di salute mentale tra passato e futuro*, in «Autonomie locali e servizi sociali», 3, 2008, 417-428.

Lora A., *An overview of the mental health system in Italy*, in «Annali Istituto Superiore Sanità», 45, 2009, pp. 5-16.

Scotti F., *Si può reimmaginare una psichiatria di comunità?*, in «Animazione Sociale», 5, 2009, pp. 22-34.

A CURA DI GIUSEPPE SACCOLLI

I servizi di salute mentale oltre la logica dell'ambulatorio

Note a partire da un seminario tra operatori della salute mentale

Un gruppo di operatori sociali e sanitari si è ritrovato a discutere a partire da una domanda: dove si sta andando come servizi di salute mentale dopo una stagione – ormai durata

trent'anni – che ha visto un grande impegno sul versante della deistituzionalizzazione e creazione di nuovi servizi? Dal confronto è emersa la consapevolezza del rischio che corrono oggi i servizi:

rinchiudere il trattamento del disagio psichico tra le proprie mura, senza più dedicarsi a costruire e mobilitare quelle preziose reti di cura, riabilitazione e reinserimento sociale nei territori.

Nei momenti di incontro tra operatori o nei documenti sui servizi di salute mentale si evidenzia una situazione di difficoltà. Si racconta di operatori «assediati» dall'aumento delle richieste di aiuto. Di servizi segnati da riduzioni di organici che spingono ad adottare modalità di intervento sbrigative e spersonalizzanti. Si segnala una tendenza a ricorrere a contenimenti farmacologici, a ricoveri ospedalieri e all'utilizzo di una residenzialità dilatata e non progettuale. Sempre meno, invece, ci si dedica a costruire reti di protezione sociale nei territori: sembra essersi persa la fiducia nel territorio quale luogo di cura e inclusione delle persone con sofferenze psichiche.

Nelle équipes degli operatori poi, rispetto all'intensità di attività, alla vivacità e pluralità di iniziative che fervevano fino a pochi anni fa, si avverte un senso di disorientamento e demotivazione.

La mancanza di tempo comprime i tempi delle riunioni e le divergenze di approccio tra professionisti inducono a mettere in secondo piano scambi e comunicazioni interne.

Gli interrogativi sul senso del lavoro sono troppo angoscianti e per sopravvivere è inevitabile ricorrere a scissioni tra le proprie idee/ideali e gli adempimenti richiesti nei compor-

tamenti quotidiani, tra aspetti sanitari e aspetti sociali.

Se questo è il quadro, il timore che si vadano affermando comportamenti incongruenti e contrari alla salvaguardia di diritti alla salute e alla cura (alle esigenze di assistenza) è reale. Anche nel dibattito sullo stato dei servizi ⁽¹⁾ è presente la convinzione che si sia interrotto un percorso di innovazione nella cura e riabilitazione sociale delle persone.

Si avverte quindi con forza l'esigenza di una riflessione su *dove si sta andando come servizi di salute mentale*, dopo una stagione – ormai dura-

* Questo articolo rielabora le riflessioni emerse in un seminario di discussione con gli operatori dei servizi di salute mentale e delle dipendenze del distretto dell'ASL BAT (Barletta - Andria - Trani). Al seminario, condotto da Francesco d'Angella e Roberto Camarlinghi, hanno portato contributi di riflessione Paolo Tranchina, Ernesto Venturini e Rocco Canosa.

⁽¹⁾ Su questa stessa rivista, in occasione del trentennale della legge 180, sono comparsi articoli di autorevoli operatori della salute mentale che, facendo un bilancio dell'assistenza psichiatrica e dello stato dell'arte del modello di psichiatria di comunità, hanno evidenziato da una parte i progressi realizzati in questi 30 anni, ma dall'altra anche le molte criticità in cui versano oggi i servizi. Gli articoli sono consultabili sul sito di Animazione Sociale (<http://animazionesociale.gruppooabele.org>) nella sezione AnimazioneSocialeIncontra.

ta trent'anni – che ha visto un grande impegno sul versante della deistituzionalizzazione e della creazione di nuovi servizi. Oggi che quell'on-

da ha esaurito la sua forza propulsiva, si tratta di capire come rompere le inerzie e riattivare cambiamenti.

Fare i conti con il clima culturale

A differenza di un tempo, oggi l'area della sofferenza mentale non è investita di grande interesse sociale e politico, men che meno culturale. Fino a vent'anni fa vi era una forte pressione della società ad abbattere ogni forma di intervento che potesse richiamare le istituzioni manicomiali. Oggi questa spinta culturale e politica si è molto affievolita.

La necessità di dialogare con il proprio tempo. È cruciale dialogare con la realtà sociale e culturale per ricercare – attraverso interrogativi, confronti, analisi, negoziazioni, ipotesi – degli aggiustamenti più ragionevoli, ovvero più rispondenti ad alcuni orientamenti fondanti e fondativi dell'esistenza stessa del sistema dei servizi.

Un approccio di questo genere conduce a riconsiderare in quale contesto ci stiamo muovendo, perché il quadro socioeconomico e culturale in cui ogni organizzazione, ogni iniziativa, ogni intervento si pone non è irrilevante. Non è cioè uno sfondo distante che può essere dato per scontato, né uno scenario ininfluente rispetto alle interazioni dei gruppi e dei singoli che in esso agiscono.

In un momento storico come quello attuale, segnato da paure e chiusure, è cruciale leggere insieme con altri il contesto sociale, le trasformazioni che lo percorrono e come queste interpellano le pratiche lavorative. Del resto, per chi lavora in ambito sociale e sanitario è un'operazione imprescindibile confrontarsi costantemente con le dinamiche sociali del proprio tempo, aprire aree di elaborazione sul proprio lavoro. Imprescindibile perché continuare a ricamare il disegno complessivo del nostro lavorare nei servizi consente di dare un significato anche alle contraddizioni che incontriamo nell'operatività quotidiana, alle crisi e

alle fatiche che fatalmente si ripresentano nel nostro lavoro.

I nuovi atteggiamenti verso la sofferenza mentale. Il cambiamento forse più significativo riguarda la *rimozione* delle problematiche di fondo relative alla salute mentale. Nessuno oggi entra volentieri nel merito di che cos'è un malato di mente, perché le persone si ammalano, soffrono, migliorano... Questa rimozione comporta una marginalità sociale dei servizi e degli operatori che si occupano di queste problematiche.

Questa marginalità è possibile riscontrarla anche dentro l'ASL, dove colleghi di altre discipline (dal cardiologo al chirurgo al medico internista) continuano a vedere la Psichiatria e i SERT come qualcosa di cui ci si ricorda soltanto quando il matto ha le crisi o dà fastidio in qualche reparto medico-chirurgico. La stessa cosa vale per i tossicodipendenti.⁽²⁾

Anche nel mondo sanitario la psichiatria è spesso vista come un mondo a sé. La psichiatria storicamente ha sempre vissuto in uno statuto di eccezionalità. I manicomi erano luoghi di reclusione più che di cura, gestiti dalle province e non dalla sanità. Oggi questa eccezionalità, nonostante l'ingresso della psichiatria nel Servizio sanitario nazionale, sembra permanere. Le si chiede di rimanere un mondo a sé e di assolvere un compito oggi sempre più di controllo sociale dei comportamenti delle persone con disturbi psichici.

Ai servizi di salute mentale si chiede di svolgere compiti di controllo dei comportamenti e di silenziamento della sofferenza. Classico esempio è il matto che disturba e allora viene chiamato il servizio al quale si dice «prendetevelo e vedete voi cosa fare».

⁽²⁾ Le citazioni, in corpo piccolo nel testo, sono tratte dai verbali del seminario di discussione.

Anche gli operatori risentono di queste pressioni sociali, che li portano ad assumere atteggiamenti paternalistici/autoritari, privando il paziente delle parti più attive del proprio io.

Oggi stanno tornando nuove forme di istituzionalizzazione: i dati Progress Residenze ci rimandano un elevato tasso di residenzialità a cui corrisponde un basso tasso di dimissioni, quasi completamente assenti, la presenza di contenzioni meccaniche ingiustificate nei SPDC, i farmaci

utilizzati per una funzione di contenimento e azzerramento della soggettività...

Come mai oggi queste forme di istituzionalizzazione non riusciamo a vederle, a metterle in discussione? La sensazione è che si stia diffondendo una cecità sociale rispetto ai temi della sofferenza mentale. E che questa cecità, come nel racconto di Saramago⁽³⁾, contagi anche i servizi di salute mentale.

Fare i conti con la nuova utenza

Oggi i servizi di salute mentale sono in difficoltà anche perché, rispetto a un tempo, sono cambiati gli utenti, le loro attese, le loro problematiche. E questi cambiamenti non sono forse stati oggetto di adeguata elaborazione, per questo creano difficoltà.

Utenti meno remissivi. Oggi gli utenti appaiono meno dipendenti dai servizi, negoziano di più, sono meno passivi. Lavorare con pazienti che immettono processi di negoziazione è una novità per l'operatore e i servizi della salute mentale.

Finché si sosteneva dal punto di vista valoriale l'importanza di non passivizzare gli utenti, tutto andava bene. Oggi invece, essendo un dato di fatto, questo richiede all'operatore una rivisitazione delle modalità di interagire con le persone, di costruire con loro i percorsi. Come facciamo spazio alla negoziazione nelle relazioni terapeutiche?

A differenza di un tempo, dove il paziente proveniva dall'esperienza mortificante del manicomio e suscitava negli operatori un anelito al risarcimento, oggi i pazienti non suscitano più queste tensioni immediatamente empatiche. Si avvertono più sentimenti di fastidio, di rabbia rispetto alle loro modalità di utilizzare il servizio e di entrare in relazione con noi operatori.

Questi nuovi utenti ci sfidano a rivedere come noi immaginiamo la relazione terapeutica con loro, che cosa ipotizziamo di fare con loro, quali aspettative abbiamo verso utenti che appaiono meno sottomessi, più contrattuali rispetto a un tempo.

Le nuove forme di sofferenza. La nuova utenza è rappresentata in particolare da sog-

getti con disturbi della personalità, discontrollo comportamentale, doppia diagnosi, situazioni multiproblematiche. Sono forme di sofferenza verso le quali gli operatori sentono di avere ancora poco sapere a cui attingere. Si è spiazzati dalle loro modalità di venire al servizio: spesso discontinue, all'apparenza strumentali, sembrano denotare uno scarso interesse a creare un legame.

Anni fa sia le persone che i loro familiari chiedevano soprattutto percorsi in comunità, oggi non è più così perché si è visto che questi percorsi non producono i risultati attesi. I pazienti chiedono soprattutto di essere curati con i farmaci.

Le nuove forme di sofferenza – spesso difficili da catalogare, se non con diagnosi tutto sommato vaghe come «borderline», «disturbo della personalità» – interrogano i servizi rispetto a quali percorsi di trattamento offrire loro. Anche perché molto spesso ci si rende conto che questi pazienti portano al servizio più problematiche sociali che non strettamente psichiatriche.

Il 90% dei pazienti che affluiscono ai servizi di salute mentale appartiene alle fasce improduttive (pensionati, disoccupati, casalinghe, studenti...). Si tratta evidentemente di persone che hanno bisogni che non possono essere affrontati con tecniche di cura esclusivamente psichiatriche. Si pone allora il problema di come non affrontare il disagio di queste persone solo nel servizio di salute mentale.

Oggi ai servizi di salute mentale arrivano richieste nuove anche dagli altri servizi sanitari.

⁽³⁾ Saramago J., *Cecità*, Einaudi, Torino 2005.

Il mondo della medicina è infatti spiazzato di fronte alla cronicità di alcune malattie, per le quali non è prevista la guarigione ma solo la gestione della sofferenza, e chiede ai servizi di salute mentale un intervento specifico.

Pensiamo al problema dell'assistenza psicologica a chi è malato di cancro o ha patologie croniche (ad esempio, chi è in dialisi). Molto spesso questo intervento viene delegato tout court al servizio di salute mentale, come se fosse qualcosa che non interessa più il medico, ma interessa soltanto

lo psicologo, lo psichiatra. E qui si pone un'altra criticità, ovvero la cosiddetta psichiatrizzazione o psicologizzazione dei bisogni, di cui tante volte si è parlato.

La *psichiatrizzazione del disagio* rischia oggi di alimentare letture semplificate e riduttive dei bisogni delle persone. Ma soprattutto alimenta la separazione netta tra sociale e sanitario, tra cura e riabilitazione, tra ambulatorio e territorio.

Fare i conti con la medicalizzazione della sofferenza mentale

È in atto da qualche tempo un cambiamento del paradigma di intervento sulla sofferenza mentale. Un cambiamento che è avvenuto in questi anni in maniera un po' silente, come se fosse nell'ordine delle cose. In realtà costituisce una discontinuità rispetto al paradigma che ha dato vita alla nascita dei servizi di salute mentale.

La progressiva medicalizzazione della sofferenza mentale. Oggi si registra una tendenza a «oggettivare» la persona sofferente, a focalizzare l'attenzione sul sintomo dimenticando che *la persona eccede il sintomo*. La radicalità che ha alimentato la spinta a mettere in discussione qualsiasi forma di patologizzazione delle storie delle persone sembra essersi spenta.

Oggi il sapere psichiatrico si è spostato sulla biologia, forse per farsi accreditare scientificamente come scienza medica. Ma si è persa in questo modo una parte fondamentale del nostro sapere, che attiene alla sfera psicosociale.

Ci si chiede se questa medicalizzazione sia dovuta al desiderio della psichiatria di omologarsi alla medicina organicista, che ha sempre considerato il sapere psichiatrico come un'anomalia.

C'è la consapevolezza di essere stati contaminati dalla medicina. Basaglia aveva detto che la psichiatria doveva contaminare la medicina, invece è accaduto il contrario. I medici hanno sempre guardato agli psichiatri come medici un po' stregoni. E gli psichiatri hanno cercato di smontare questa immagine e di entrare nella medicina positivista. Ma la psichiatria può essere una disciplina esclusivamente

medica? Qual è l'organo della psichiatria? Nel discorso della medicina positivista si suppone che «Faccio sempre la stessa operazione, ottengo sempre lo stesso risultato». Ma questo in psichiatria non succede, non può succedere.

La centralità della diagnosi. Oggi la centralità della diagnosi secondo i criteri nosografici previsti dal DSM IV è vincente poiché semplifica la complessità. La controindicazione, però, è che impedisce di cogliere le risorse delle persone. Fa vedere unicamente la malattia, le deficienze e le mancanze. Questa centralità relega sullo sfondo la dimensione della riabilitazione psicosociale delle persone.

Il primato della diagnosi è figlio della ricerca scientifica, che investe molti soldi nel ricercare le cause della malattia mentale per individuare i farmaci appropriati. Ma ci interessa di più capire le cause della schizofrenia di una persona oppure costruire luoghi sociali dove le persone possano ritrovare un senso alla loro vita?

Oggi prevale un approccio neurobiologico che identifica la mente con il cervello, ma dimentica che la psiche si ammala anche in relazione a condizioni sociali.

Non è un caso che la tendenza ad ammalarsi sia più forte laddove c'è isolamento e solitudine. E che le persone stiano meglio laddove sono inserite in ambienti densi di relazioni e opportunità sociali.

Si dimentica l'invito a «considerare non quale malattia ha la persona, ma quale persona ha la malattia», ovvero a mettere al centro la persona, la sua storia e a capire come la malattia si colloca in quella storia. Da qui la famosa espressione di Basaglia «mettere tra parentesi la malattia mentale».

Il diffondersi di un paradigma medico-sanitario allontana dall'ipotesi originaria della riabilitazione psicosociale, che invita a lavorare all'incrocio tra soggettività e contesti di vita. Per i servizi psichiatrici la costruzione delle reti non è un di più, ma è parte del lavoro.

Dobbiamo rompere con il pensiero che il lavoro di serie A è la psicoterapia, mentre la riabilitazione è di serie B. La cura e la manutenzione delle reti familiari e sociali, come parte fondamentale dei processi di riabilitazione, costituisce il «cuore» degli interventi dei servizi.

Ma quanto questa ipotesi sulla stretta con-

nessione cura-riabilitazione-reintegrazione sociale è oggi presente? Un tempo si sosteneva che la costruzione della rete sociale costituiva uno dei dispositivi centrali nei percorsi di cura e riabilitazione perché c'era l'idea che delegare in toto la gestione della sofferenza mentale avrebbe prodotto l'esito paradossale di generare nuove istituzioni totali. Oggi invece la forte concatenazione diagnosi-farmacoterapia ridimensiona l'importanza di creare contesti in cui le persone possano non sentirsi o essere considerate solo «malate».

Ipotesi per riorientare i percorsi di cura

Un tempo c'era una forte spinta politica e valoriale a prendersi cura delle persone sofferenti psichiche. Si riusciva a stare con la loro sofferenza, a incontrarla. C'era un'atmosfera sociale che teneva in vita la motivazione a incontrare persone con storie di vita segnate dall'esperienza manicomiale. Oggi che quella spinta non c'è più, diventa importante riaprire la ricerca di senso del lavoro di cura nella salute mentale.

Riaprire le domande. La ricerca di senso non può che avvenire attraverso il riproporre a sé, ai gruppi di lavoro, ai contesti sociali dove i servizi sono collocati, una serie di interrogativi. Interrogativi che nascono dal fare davvero i conti con i cambiamenti sociali e culturali della società, con i cambiamenti del tipo di utenza che arriva oggi ai servizi, con i cambiamenti dei paradigmi oggi diffusi nel modo di concepire la sofferenza mentale e i suoi percorsi di trattamento.

Per ripensare ciò che noi facciamo può essere utile riprendere alcuni interrogativi di fondo su come ci si rappresenta nei nostri servizi la cura e la riabilitazione. Nel seminario ne abbiamo condivisi alcuni.

□ *Per chi si lavora?* Per il «paziente», il «malato», il «sofferente psichico», «l'ospite», «il disagio»? Le persone che stanno male a casa loro ci competono oppure no?

□ *Che cosa fa l'operatore?* Cura, guarisce, controlla,

riduce il danno, aiuta le persone a immergersi in percorsi di normalità (avere un lavoro) e a non sentirsi solo malate?

□ *Come lavora?* Con competenza specialistica, integrando conoscenze e saperi, con un'ottica multidisciplinare, rispettando le linee guida, ascoltando i bisogni?

□ *Quando?* Solo nella fase acuta, dietro le richieste dei familiari, riabilitando dopo la fase acuta, abilitando, prevenendo? Interviene secondo i tempi dell'istituzione o secondo i tempi del paziente?

□ *Dove?* Nell'ambulatorio, a domicilio, nel distretto sanitario, nel setting della quotidianità, sul luogo di lavoro, a scuola? Che cos'è il territorio? Quali sono le mappe delle risorse di un territorio? Chi sono i protagonisti della cura? Come si vedono le interazioni tra i diversi soggetti implicati nei percorsi di «cura» (familiari, operatori di altri servizi, le persone stesse che chiedono un maggiore protagonismo...)?

□ *Perché?* Per etica professionale, per una pratica dei diritti, per una costruzione materiale dell'esercizio dei diritti, per la solidarietà?

La disponibilità a incontrare la sofferenza.

Non ci può essere cura se non c'è la disponibilità a incontrare l'altro. Un tempo ai «matti» si voleva bene perché appartenevano a categorie simbolicamente idealizzate; il «folle» era colui che fino a quel momento era stato privato dei diritti di cittadinanza e che andava risarcito socialmente e umanamente. Oggi che la disponibilità a incontrare l'altro sofferente non è più sostenuta da uno «spirito del tempo», l'operatore deve ritrovare questa disponibilità dentro di sé.

Come dice Eugenio Borgna,

solo se ci avviciniamo a un paziente o una paziente con una profonda attitudine dialogica, e con tutto l'amore che sia in noi, si può sperare che anche l'altro da noi si apra, apra

il suo cuore: consentendoci di rivolgere lo sguardo alle più segrete regioni dei suoi vissuti e della sua sofferenza. Questa per me è la premessa a ogni possibile comprensione di una sofferenza psichica. (...) Voglio dire che in alcune situazioni estreme della vita non c'è salvezza se non ci sono, e non si incontrano, persone capaci di testimoniare qualcosa e di ascoltare fino in fondo, di decifrare i segni indicibili dell'angoscia e della disperazione.⁽⁴⁾

Essere disponibili a incontrare la sofferenza non è senza rischi psichici per l'operatore perché incontrare veramente l'altro significa farsi condurre nelle regioni della sua sofferenza, essere disposti a vivere con lui un'empatia profonda. È questa disponibilità ad «arrischiarsi» che ha effetti di cura.

Noi dobbiamo stare su un immaginario ponte, che ci permette di andare dove nessuno è andato, cioè nelle regioni della sua sofferenza, ma che deve consentirci anche di tornare. È la paura di non tornare nostra che cura il matto, il nostro essere disposti a condividere il suo momento di crisi, a stare con lui con la paura di non tornare. Se il paziente intravede che anche tu hai paura di non fare ritorno e che lui non è il solo ad averla, questo lo fa sentire meno solo. Ma questo è un rischio psichico che l'operatore deve essere disposto ad affrontare.

Un nuovo protagonismo dell'utenza. Oggi è cruciale rimettere al centro delle nostre pratiche non il sintomo, ma la soggettività della persona, la sua storia, la sua ricerca di senso e di salute. Ciò implica una ridefinizione della relazione terapeutica con l'altro. In questi ultimi tempi si è fatta strada l'ipotesi del *recovery* che costituisce un approccio innovativo nel campo della salute mentale. È l'esito più significativo dei processi di de-istituzionalizzazione avvenuti in Italia e in altri contesti internazionali e consiste nel considerare il disagio psichico dalla parte dei pazienti.

L'aver intaccato radicalmente l'idea della cronicità e della irrecuperabilità del paziente psichiatrico ha costituito il terreno su cui si è potuta sviluppare l'idea del *recovery*. Un'idea che valorizza l'esercizio del potere personale (bene primario della persona), il riconoscimento della sua contrattualità sociale.

Il *recovery* modifica lo statuto sociale del paziente – da malato a cittadino portatore di sofferenza – e prospetta un modo altro di fare terapia. Il *recovery* considera la persona sofferente come *proprietaria* dell'esperienza del

disturbo mentale. Ridefinisce pertanto il concetto di responsabilità:

Nella psichiatria la responsabilità è del medico, nell'idea di *recovery* è l'utente che ha la responsabilità, il potere su se stesso. «Questa è la mia vita, la vita è fatta di salute e malattia, vivo questi momenti come parte della mia vita».

Quando una persona ha una ricaduta e viene al Spdc noi diciamo «porca miseria, sta di nuovo male» e viviamo questo come una frustrazione, un fallimento. Nell'ottica del *recovery* la ricaduta è vista come un'opportunità: stando male potremo capire insieme delle cose che l'altra volta non abbiamo capito e fare un passo ulteriore verso la guarigione.

Se riprendessimo le cartelle di 5 anni fa, riaccorderemo che tanti pazienti non vengono più al servizio e ciò non sempre è negativo. Alcuni studi ci dicono che un 30% di persone, per affrontare gli eventi della vita, non ha bisogno di noi.

Organizzazioni che curano. Un'ipotesi oggi da rilanciare è il rapporto tra organizzazione e cura. Oggi la funzione che le dimensioni organizzative hanno nei percorsi di cura è poco dibattuta. Eppure la cura non è data solo dal singolo professionista, ma da come è organizzato il servizio. Il come ci organizziamo ha una implicazione molto forte sul percorso di cura. A partire da questa considerazione è importante ripensare il lavoro nei servizi.

Se vi è una sufficiente integrazione tra le diverse azioni, se vi è una condivisione dei compiti e delle funzioni di ciascun operatore, se si converge sull'utilità di attivare determinati dispositivi per incontrare l'utente, vi sarà sicuramente un influenzamento positivo sugli esiti dei percorsi di cura. Laddove invece sussistono contrapposizioni tra i professionisti, scissioni tra le diverse azioni e funzioni, non convergenza sul modo di relazionarsi con gli utenti, gli esiti dei percorsi di cura saranno condizionati negativamente.

Molto spesso però le implicazioni che le dimensioni organizzative hanno nei processi di cura non sono viste. Al punto che non ci si sofferma mai abbastanza a ridiscutere il proprio modo di lavorare nel servizio. Oppure non si

⁽⁴⁾ Borgna E., *Aver cura dei propri sentimenti*, in Camarlinghi R., d'Angella F. (a cura di), *Coinvolgersi senza perdersi*, «i Geki di Animazione Sociale», Torino 2009.

pensa che la faticosa, quotidiana ricerca di accordi sugli obiettivi, sulle prassi operative costituisca una parte importante nell'esercizio del lavoro di cura. Ma che cosa vi è dietro la diffusa trascuratezza dell'organizzazione?

Da un lato si intravede un atteggiamento fortemente individualistico nel pensare il proprio lavoro, figlio di una mentalità liberoprofessionale oggi in voga. L'organizzazio-

ne è concepita come qualcosa che dovrebbe essere «a mia disposizione», che dovrebbe creare le condizioni affinché il professionista possa esercitare correttamente la propria professione. Dall'altro prevale lo stereotipo che l'organizzarsi sia una questione ingegneristico-burocratica, una sovrastruttura che non attiene all'esercizio della propria professione, anzi spesso la vincola.

Essere laboratori, non solo ambulatori

Alla luce di queste riflessioni, possiamo dire che oggi la sfida più importante per i servizi di salute mentale sia capire in che modo integrare il sanitario e il territorio, perché sempre di più ci rendiamo conto che il servizio non è l'unico luogo né il luogo privilegiato della cura.

Oggi occorre interrogarsi su come poter dare continuità al percorso di cura delle persone, su quale prospettiva costruire agli interventi che mettiamo in atto quotidianamente.

In questo senso i servizi di salute mentale non devono essere solo ambulatori, ma anche laboratori: spazi in cui gli operatori si incontrano con i pazienti e sperimentano modalità nuove di relazioni di cura. Spazi in cui si incontrano le famiglie, considerandole come risorsa e non come controparte. Spazi dove il territorio non è considerato solo in senso burocratico (cioè fatto coincidere con la rete distrettuale dei servizi), ma come luogo dove si svolge la vita delle persone, una volta uscite dal servizio.

I SERVIZI DI SALUTE MENTALE COME LABORATORIO

IL DIBATTITO

Gli articoli che hanno animato il dibattito sulle prospettive di un approccio territoriale e di comunità nei servizi di salute mentale sono: *Le scommesse di Basaglia* di P. dell'Acqua (1, 2008), *Dalla sofferenza urbana alla cittadinanza diffusa* di B. Saraceno (1, 2008), *Le equazioni scardinate dalla pratica basagliana* di A. Poma (2, 2008), *La ricerca ostinata di nuove alleanze e teorie* di P. Tranchina e M. P. Teodori (3, 2008), *Va sconfitto soprattutto il bisogno di manicomio* (3, 2008) e *Come non arrendersi alla psichiatrizzazione del disagio* (11, 2008) di E. Venturini, *Mettere tra parentesi la malattia mentale* di A. Barbato (8/9, 2008), *Si può reimmaginare una psichiatria di comunità?* di F. Scotti (5, 2009), *Lettera aperta sulla salute mentale in Lombardia* di 13 psichiatri milanesi (6/7, 2009), *La psichiatria contrasta lo stigma o lo genera?* di L. Colaianni (8/9, 2009).

L'INSERTO

L'importanza di dedicare un inserto a come oggi, nei nostri territori, le questioni della salute mentale sono trattate nasce da alcune inquietudini. La prima è il diffondersi di una visione biologico-genetica della salute mentale, che porta con sé la medicalizzazione di ogni forma di sofferenza psichica – e la riscrittura in corso del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (il volume a cui gli psichiatri fanno riferimento nel diagnosticare i disturbi mentali) probabilmente allargherà ancora di più la definizione di «malattia mentale». La seconda è il mandato di controllo sociale di cui sembra investita oggi la psichiatria, territoriale e ospedaliera; al punto che in alcuni casi ci si può domandare chi sia l'oggetto dell'agire curativo della psichiatria: l'individuo o la società? È possibile, in questo scenario socioculturale, rilanciare una psichiatria di comunità?

GLI AUTORI

Franco Rotelli è direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari (Ass) 1 di Trieste: dg@ass1.sanita.fvg.it

Angelo Fioritti è responsabile dei Servizi di salute mentale e dipendenze patologiche nelle carceri della Regione Emilia-Romagna: afioritti@regione.emilia-romagna.it

Giovanna Del Giudice, fino a febbraio 2009 direttore del Dipartimento di salute mentale dell'ASL 8 di Cagliari, è portavoce del Forum nazionale sulla salute mentale: giodelgiudice@gmail.com

Giuseppe Saccotelli è direttore del Dipartimento di salute mentale della ASL BAT (Baretta - Andria - Trani), presidente della Società italiana di riabilitazione psicosociale (SIRP): g.saccotelli@gmail.com

Si ringrazia Anna Poma, presidente della Cooperativa sociale Con-tatto di Venezia, per la collaborazione.



ANIMAZIONE SOCIALE

mensile per gli operatori sociali

da 40 anni
nei cantieri
dell'immaginazione
sociale

CAMPAGNA ABBONAMENTI 2010

Un anno passa in fretta...

Per non farti perdere tempo, e numeri di rivista, puoi fare un abbonamento biennale (privati: € 81 - enti pubblici, associazioni e cooperative sociali: € 114) o triennale (privati: € 118 - enti pubblici, associazioni e cooperative sociali: € 163).

Una e-mail, un fax o un sms.

E sei abbonato

Giochiamo sulla fiducia. Invia ad abbonamenti@gruppoabele.org o via fax a 011 3841047 la cedola di abbonamento rapido che trovi sul sito <http://>

animazionesociale.gruppoabele.org, compilata in tutte le sue parti. Oppure invia un sms a 331 5753851 scrivendo "mi abbono ad Animazione Sociale" (entro 48 ore ti telefoneremo per attivare l'abbonamento). Mentre tu provvedi al pagamento, noi ti inviamo già da subito il primo numero in uscita della rivista.

L'abbonamento con pagamento on-line

È la formula di pagamento più comoda. Collegati al sito <http://animazionesociale.gruppoabele.org> e clicca sull'apposito link.

Puoi pagare da casa con la carta di credito (Visa e Mastercard).

Regala un abbonamento

Per regalare un abbonamento utilizza la cedola che trovi su <http://animazionesociale.gruppoabele.org>. Inviarla via mail ad abbonamenti@gruppoabele.org o via fax a 011 3841047 con il tuo nominativo e l'indirizzo del beneficiario dell'abbonamento (compreso l' e-mail). Mentre tu provvedi al pagamento, noi inviamo subito a chi riceve il regalo una comunicazione e il primo numero della rivista.

Abbonati subito Abbonamenti 2010

Animazione Sociale: Privati € 45 (Biennale € 81 - Triennale € 118) • Enti pubblici, associazioni e cooperative € 60 (Biennale € 114 - Triennale € 163) • Studenti (timbro scuola) € 34 • Estero € 70

Animazione Sociale + Narcomafie: Privati € 68 • Enti pubblici, associazioni e cooperative € 78 • Estero € 98

Modalità di pagamento

carta di credito on line (Visa, Mastercard) collegandosi al sito <http://animazionesociale.gruppoabele.org> e cliccando sull'apposito link | **c/c postale** - numero 155101 intestato a Gruppo Abele Periodici - corso Trapani 95 - 10141 Torino, specificando la causale (utilizzare il bollettino allegato) | **bonifico bancario** - versamento a favore di Associazione Gruppo Abele - Iban: IT21 S050 1801 0000 0000 0001 803 (Banca Popolare Etica). Specificare nominativo, indirizzo e causale del versamento.