Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Psicologia
Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione

CONVEGNO INTERNAZIONALE CIPRA

COORDINAMENTO ITALIANO PROFESSIONISTI DELLA RELAZIONE D'AIUTO

UNA "FOLLIA" ITALIANA

LA LEGGE BASAGLIA COMPIE 40 ANNI

16-17 NOVEMBRE 2018 - MILANO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA, AULA MAGNA

A cura di Cecilia Edelstein

L'evento è stato promosso da:

Comitato scientifico: Anna Barracco, Cecilia Edelstein, Marina Foramitti, Paolo Migone, Riccardo Zerbetto.

Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Psicologia
Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione

Con la collaborazione dei Prof. dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca: Massimo Clerici, Laura Formenti, Fabio Madeddu.

L'evento è stato patrocinato da:

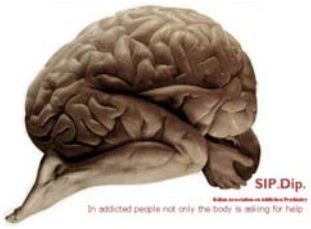
Ordine degli Psicologi della Lombardia

FIAP
Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia

EFTA

PSICHIATRIA DEMOCRATICA

SIP



SIP.Dip.
Società Italiana
Psichiatria delle Dipendenze
Ex-SICAD
www.doppiadiagnosi.it

INDICE

INTRODUZIONE....8
A cura di Cecilia Edelstein....8
IL CIPRA....8
IL CONVEGNO....10
LA RACCOLTA DEI LAVORI....12
LA "LEGGE BASAGLIA"....16
BRUNO ORSINI....16
LEGGE 13 MAGGIO 1978, N. 180 "ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI E OBBLIGATORI". (GU Serie Generale n. 133 del 16-05-1978)....16
Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale"....29
APERTURA DELL'ON.LE BRUNO ORSINI E TAVOLA ROTONDA "La Legge 180. Le diverse anime del movimento anti-istituzionale: un bilancio".....37
MODERATORE: PAOLO MIGONE....37
TAVOLA ROTONDA "La legge 180. Uno sguardo all'età evolutiva: Bambini e adolescenti nella salute mentale".....38
MODERATORE: DINO MAZZEI....38
Luca Mingarelli....39
Giuseppe Oreste Pozzi....47
Iva Ursini....49
TAVOLA ROTONDA "La Legge 180 e il comune denominatore di una cultura condivisa della cura: un ponte fra il sanitario, il sociale e l'educativo".....51
MODERATORE: ANTONELLO D'ELIA....51
Pietro Barbetta....52
Valerio Canzian....58

Giuseppe Cersosimo 70

Cristina Palmieri 79

Giuseppe Ruggiero 83

Riccardo Zerbetto 85

TAVOLA ROTONDA "Sguardi reciproci sulla Legge 180: istituzionalizzazione/deistituzionalizzazione in Europa e nel mondo." 89

MODERATRICE: CECILIA EDELSTEIN 89

Claudio Gallone 90

Dinesh Bhugra ITA 96

Dinesh Bhugra ENG 97

Valeria Pomini ITA 129

Valeria Pomini ENG 143

Jacques Miermont ITA 146

Jacques Miermont ENG 154

Thomas Becker ITA 162

Thomas Becker ENG 182

Roma Šerkšnienė ITA 200

Roma Šerkšnienė ENG 205

Alon Ashman ENG 211

Alon Ashman ITA 214

I servizi di salute psichiatrica in Israele 214

Alon Ashman ENG 217

Description of the law and services 217

Marcelo Pakman ITA 229

Marcelo Pakman ENG 230

TAVOLA ROTONDA "Attualità e nuovi scenari della psichiatria" 232
MODERATORI: MASSIMO CLERICI E FABIO MADEDDU 232
Enrico Zanalda 233
TAVOLA ROTONDA "Prove di dialogo fra professionisti della relazione d'aiuto nell'ambito del disagio psichico" 235
MODERATRICE: LAURA FORMENTI 235
Le tre parole chiave di Anna Barracco (familiare) 238
Le tre parole di Deborah Rancati (esperta del supporto tra pari) 242
Le tre parole di Lara De Vivo (assistente sociale) 243
Le tre parole di Marina Bittasi (infermiera) 246
Le tre parole di Cristina Savino (educatrice professionale) 249
Le tre parole di Benedetta Gambacorti Passerini (pedagogista) 252
Le tre parole di Antonio Restori (psicoterapeuta) 254
Le tre parole di Giuseppe Tibaldi (psichiatra) 256
Le tre parole di Claudio Mustacchi (il lavoro culturale, l'arte) 259
Interventi preordinati 263
Pier Luigi Lattuada 263
Lia Mastropaolo 267
Chiusura convegno 271
Visione video "Permeabili" 271
Progetto "in transito" Un progetto riabilitativo e di comunicazione sociale 272
Spettacolo con operatori, familiari e chi vive un disagio psichico. 277

INTRODUZIONE

A cura di Cecilia Edelstein

IL CIPRA

Il CIPRA – *Coordinamento Italiano Professionisti della Relazione d'Aiuto*, nato ad aprile 2013, è un movimento professionale culturale e politico con una prospettiva pluralista, cosmopolita e non etnocentrica, che mira a sostenere la libera integrazione tra le professioni, la circolazione dei saperi e il loro insegnamento, oltre che la scelta consapevole da parte dei cittadini.

Il CIPRA condivide lo spirito liberale sancito dalla Legge 04/2013, che ha aperto le porte a un sistema associazionistico e democratico. Con un atteggiamento inclusivo, intende costruire ponti con il sistema corporativo, appartenente alla realtà italiana, a favore di un benessere dell'intera comunità di professionisti della relazione d'aiuto e dei cittadini.

L'aspetto culturale, strettamente legato a quello politico-professionale, intende approfondire lo scambio e il confronto fra le professioni, evidenziando i confini, le differenze e le convergenze in modo dinamico e dialogico; mira anche a diffondere una cultura della relazione di aiuto nella società, il tutto attraverso la promozione di eventi culturali e mediatici.

Oltre agli "eventi editoriali" (serate di presentazione di riviste professionali e scientifiche nell'ambito delle Scienze Umane e della relazione d'aiuto), ai convegni, agli "aperitivi culturali" (una serie di incontri attorno al tema dell'intercultura e delle migrazioni), ai laboratori (che facilitano la conoscenza e l'avvicinamento fra le varie professioni in diversi settori non per ultimo quello fra avvocati, mediatori familiari e operatori formati alla "Pratica Collaborativa"),

l'attuale direttivo del CIPRA ha prodotto anche delle pubblicazioni. La prima, del 2017, è intitolata "Movimento Umanistico e Relazione d'Aiuto: verso una sensibilità collettiva" in *m@gm@ - Rivista Internazionale di Scienze Umane e Sociali*, volume 15, n° 2: (http://www.analisiqualitativa.com/magma/1502/index.htm); la seconda, è un vero e proprio libro in formato cartaceo, uscito qualche giorno prima del convegno e figlio della prima pubblicazione poiché contiene il materiale della rivista *m@gm@*, elaborato, con alcune aggiunte e nuovi capitoli significativi:
Cecilia Edelstein (a cura di) 2018, *Le diverse professioni nella relazione di aiuto. Un movimento emergente*. Aracne editrice, Collana "Inconscio e società", Sezione I: Studi / 19.
Il libro è stato esposto nei tavoli della Libreria Aleph adiacente all'Aula Magna, insieme al materiale editoriale in materia.

IL CONVEGNO

Il quarantesimo anniversario della Legge Basaglia ci è parso un'occasione per riflettere su una legge che, per molti versi, trasformò le sembianze della società, per dialogare con colleghi esponenti di altre nazioni europee e del mondo, per celebrare i valori fondanti democratici e pluralisti della relazione d'aiuto e della salute mentale dell'individuo, dei sistemi umani e delle intere comunità, per fare un bilancio e provare a rispondere ad alcune domande:

- Quali erano gli ideali che spinsero questo movimento negli anni Settanta?
- Dove siamo oggi rispetto agli obiettivi originari?
- In che modo hanno proseguito altri Paesi nel mondo e come guardano l'Italia?

- Quali scenari futuri?

La Legge ha bisogno oggi, forse più che mai, di essere conosciuta dai nostri giovani e dal mondo intero, di essere riconosciuta dall'intera comunità dei professionisti della relazione d'aiuto e dai cittadini, anche per poter essere eventualmente criticata e adeguata alla realtà odierna. Riteniamo si tratti di una storia che deve essere raccontata: perché non resti cristallizzata né diventi retorica, per favorire un'evoluzione che non la cancelli, per affrontare le criticità odierne, per omaggiarla nella sua sostanza e non solo nella forma e per contribuire così, ulteriormente, al processo di umanizzazione del disagio psichico e della sua cura.

Al convegno, di due giorni, siamo stati ospiti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca. L'organizzazione dell'evento ha visto, per la prima volta, una collaborazione tra un'associazione e ben tre Facoltà: il Dipartimento di Medicina e Chirurgia – Facoltà di Psichiatria, il Dipartimento di Psicologia e il Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione – Facoltà di Scienze dell'Educazione.

In questo 2018 le iniziative pensate e realizzate per festeggiare il quarantennale della Legge Basaglia sono state tante. Il Convegno internazionale del CIPRA - *Coordinamento Italiano Professionisti della Relazione d'Aiuto* ha avuto tuttavia delle specificità:

- *Evento interdisciplinare*: oltre all'aspetto interdipartimentale, il convegno è promosso da un'associazione unica nella sua natura poiché raggruppa tutte le professioni della relazione d'aiuto, dagli psichiatri e gli psicologi agli assistenti sociali, educatori professionali, infermieri e professioni socio-sanitarie in generale, fino ad accogliere le nuove professioni non ancora regolamentate o appena regolamentate, tramite la legge 4/2013. La rilevanza data all'aspetto interdisciplinare ha l'obiettivo di portare a capire come tracciare un ponte fra il sanitario, il sociale, l'educativo, il legale.

- *Evento internazionale*: con lo scopo di esplorare la situazione della salute mentale nel mondo occidentale e nel Terzo Mondo e per capire come il

mondo ci guarda, essendo gli unici ad aver chiuso i manicomi, si è svolta una tavola rotonda composta dall'ex Presidente della *World Psychiatric Association* e da esponenti dall'estero: Francia, Germania, Grecia, UK, Israele, Lituania, USA. Questa versione ridotta non contiene i contributi di questa tavola, che verranno pubblicati in separata sede.

- *Evento pluralista*: aveva l'intenzione di aprire un dialogo fra posizioni diverse: insieme a persone che appoggiano questa legge per la natura deistituzionalizzante e umanizzante (con i suoi aspetti ancora da perfezionare) hanno partecipato anche esponenti odierni che criticano la legge e diriggono i Servizi di Salute Mentale e gli SPDC.

- *Evento storico*: il relatore della legge, l'On.le Bruno Orsini, ha aperto il convegno e, dopo tanti anni, se non per la prima volta, diversi testimoni degli anni '70 si sono seduti insieme attorno a un tavolo per raccontare la storia. La trascrizione dei partecipanti alla tavola rotonda è interamente pubblicata nella rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2019, 53, 1: 13-66 (www.francoangeli.it/riviste/SchedaRivista.aspx?IDArticolo=63463&Tipo=Articolo%20PDF&lingua=it&idRivista=34).

- *Evento pubblico*: il convegno è stato pensato non solo per gli addetti ai lavori, ma anche per la cittadinanza in generale e, nello specifico, per familiari di persone che soffrono di un disagio psichico e per gli utenti stessi, che hanno potuto partecipare gratuitamente.

LA RACCOLTA DEI LAVORI

In questa pubblicazione sono state inserite le diverse presentazioni che i relatori hanno consegnato. Avevamo inizialmente chiesto un *abstract*. L'importanza di avviare dialoghi e conversazioni nelle tavole rotonde e nelle sessioni e il carattere irrinunciabile del dibattito con il pubblico, ci hanno poi spinto, considerata la tirannia del tempo in un evento così ricco, a ritenere utile

avere a disposizione una base informativa più ampia. Abbiamo quindi chiesto articoli più estesi, pubblicazioni rilevanti e correlate a ciascun argomento, per fornire ai partecipanti e ai relatori materiale che possa costituire un preludio al confronto e alla discussione.

Con generosità, molti relatori hanno quindi inviato del materiale, accogliendo l'idea di lasciare una traccia per iscritto, consentendo così una presentazione meno lineare e predefinita a favore di una più spontanea, inserita nella trama dell'evento nel suo svolgersi. Alcuni colleghi hanno invece investito tante energie nella preparazione di uno scritto specifico per il convegno del CIPRA. L'intero materiale è presente in questo elaborato.

Il convegno è stato interamente videoregistrato. La mattina di apertura è stata pubblicata nel canale YouTube della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* e potete trovare il link direttamente nella presente pubblicazione (www.youtube.com/playlist?list=PLegip1UlAu4KVmBi1TmWTdJydQJbBkzKq). Il testo, fedelmente trascritto, verrà pubblicato nel primo volume della medesima rivista del 2019. Altri interventi, i quali abstract non rendevano giustizia, sono stati trascritti e inseriti in questo volume e piano piano potranno esserne aggiunti altri.

In apertura del volume è stata inserita la legge 180 del 1978, la legge attorno alla quale ruota l'intero convegno; sono state introdotte altresì le riforme successive, ma queste non testualmente bensì attraverso un riassunto di quella immediatamente successiva, la legge 833 di dicembre del 1978, sull'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e dei link per quelle che giungono fino ad oggi, senza ulteriori commenti. Successivamente, l'e-book è costituito nell'ordine in cui si è svolto il convegno.

La tavola rotonda estera, che ho organizzato e tenutasi la mattina del sabato, contiene contributi sia in inglese che tradotti in italiano; è stato inserito il breve articolo di Jacques Miermont, originariamente scritto in francese, poi tradotto in inglese e in italiano. La scelta di mantenere le diverse lingue e non

solo le traduzioni in italiano intende consentire anche a colleghi esteri di farsi un'idea – anche se parziale – di ciò che è avvenuto durante il convegno oppure a chi conosce l'inglese di leggere l'originale. L'apertura di questa tavola internazionale, ha goduto di una presentazione a cura di Claudio Gallone, fotoreporter, sulla realtà catturata attraverso le sue lenti in Sierra Leone e Afghanistan in tema di salute mentale e istituzionalizzazione. Questo prezioso materiale, di grande valore artistico, inedito e consegnato con i diritti al CIPRA, viene messo a disposizione dei lettori attraverso un link (e altresì pubblicato separatamente sul sito del CIPRA).

Infine, viene illustrato il contesto e il processo di un video del Centro Diurno *Day Care – Il Laboratorio* del *DSMD ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo,* che è stato proiettato e discusso durante il convegno; in chiusura, uno spettacolo teatrale a cura dell'associazione Basti-Menti, della quale abbiamo riportato una breve descrizione, verrà pubblicato in forma di video sempre sul sito del CIPRA.

Uno dei vantaggi di un e-book, è quello di poter essere modificato o ampliato nel tempo. L'e-book può essere dinamico, avere vita. Lasciamo perciò aperta la possibilità di arricchire o completare il volume da parte di chi, dopo la pubblicazione, vorrà modificare o ampliare il proprio contributo. Il presente volume in formato elettronico è pubblico, aperto a tutti e ringraziamo i lettori se vorranno diffonderlo.

Vorrei ringraziare personalmente Massimo Clerici, Laura Formenti e Fabio Madeddu, i colleghi universitari che ci hanno ospitato e accompagnato nell'organizzazione del convegno con non pochi contributi; ringrazio i tecnici che hanno svolto un lavoro di alta professionalità in maniera generosa, ringrazio la segreteria organizzativa, costituita dalle tirocinanti post lauream del Centro Shinui di Bergamo (Giulia Bellicini, Clelia Manfredi e Giulia Nicolini), dedicatesi quasi interamente alla riuscita delle due giornate negli ultimi mesi, dalla nostra tesoriera, Laura Stellatelli, e dal nostro segretario, Mauro Cecchetto; ringrazio il

comitato scientifico, che mi ha sostenuto e accompagnato attraverso tutti i lunghi mesi di preparazione dell'evento: Anna Barracco, già presidente del CIPRA, Marina Foramitti, attuale vicepresidente, Paolo Migone, che ha contribuito in particolare coinvolgendo e organizzando tutta la mattina di apertura, e Riccardo Zerbetto, a cui dobbiamo l'idea iniziale. Ringrazio il nostro attuale direttivo, costituito da ulteriori consiglieri oltre a quelli già elencati: Martine Bucci, Antonio Restori, Massimo Soldati. Ringrazio, infine, di cuore, tutti i partecipanti.

Cecilia Edelstein
Presidente CIPRA

LA "LEGGE BASAGLIA"

BRUNO ORSINI

BRUNO ORSINI: Medico Psichiatra e Docente universitario, è stato più volte deputato, sottosegretario e senatore della Repubblica Italiana ed ex difensore civico del Comune di Genova. Relatore della Legge 180/1978.

LEGGE 13 MAGGIO 1978, N. 180
"ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI E OBBLIGATORI".
(GU Serie Generale n. 133 del 16-05-1978)

note: **Entrata in vigore del provvedimento: 17/05/1978. Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.**

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1 - Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari:

- Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.
- Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presìdi sanitari pubblici territoriali e, ove necessiti la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

- Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

- Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

- Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2 - Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale

- Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

- Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario

obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

- Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel precedente comma.

Art. 3 - Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale.

- Il provvedimento di cui all'articolo 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 e dalla convalida di cui all'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

- Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

- Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

- Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all'articolo 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

- Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

- Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

- La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del

provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Art. 4 - Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio

- Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

- Sulla richiesta di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 5 - Tutela giurisdizionale

- Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

- Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'articolo 3, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

- Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

- Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

- Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

- Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

- Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo aver assunto informazioni e raccolte le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

- I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Art. 6 - Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale

- Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presìdi psichiatrici extra ospedalieri.

- A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza

ospedaliera e che siano a carico dello Stato o di enti e istituzioni pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui ai successivi commi.

- Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

- I servizi di cui al secondo e terzo comma del presente articolo - che sono ordinati secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 - al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale con gli altri servizi e presìdi psichiatrici esistenti nel territorio.

- Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

- In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo articolo 7.

Art. 7 - Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica

- A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti la assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e di Bolzano.

- L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli articoli 12 e 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, numero 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restano ferme fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

- A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

- Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, e comunque non oltre il 1° gennaio 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

- Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presìdi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione

delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

- E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

- Agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza si applicano i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

- Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all'articolo 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presìdi psichiatrici pubblici extra ospedalieri.

- I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità di intesa con le regioni e l'Unione delle province di Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

- Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'articolo 6, i rapporti

finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui all'ottavo comma, del presente articolo.

- Con decorrenza dal 1° gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e dei presìdi e servizi psichiatrici e di igiene mentale pubblici e il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

Art. 8 - Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici

- Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge stessa.

- Il primario responsabile della divisione, entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresì tenuto agli adempimenti di cui al quinto comma dell'articolo 3.
- Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera secondo le norme di cui all'ultimo comma dell'articolo 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le

modalità e per gli adempimenti di cui all'articolo 3.

- L'omissione delle comunicazioni di cui ai commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

- Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

Art. 9 - Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici

- Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

Art. 10 - Modifiche al codice penale

- Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: "di alienati di mente".

- Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: "di infermi di mente o".

- Nello stesso articolo sono soppresse le parole: "a uno stabilimento di cura o".

Art. 11 - Norme finali

- Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati" e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

- Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

- Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

- La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica.

Data a Roma, addi' 13 maggio 1978

LEONE – ANDREOTTI – BONIFACIO - ANSELMI

Visto, il Guardasigilli: BONIFACIO

FONTI:

- **http://www.ecn.org/telviola/L180.HTM**
- **www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf**
- **http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg**

Legge 23 dicembre 1978, n. 833
"Istituzione del servizio sanitario nazionale"

Chi desidera leggere il testo completo della legge può scaricarlo al seguente link: http://www.comune.jesi.an.it/MV/leggi/l833-78.htm

Chi fosse interessato a un riassunto agevole e semplificato tratto dal seguente link, a seguito i principali punti contestualizzati nella storia:

https://www.dimensioneinfermiere.it/sistema-sanitario-nazionale-833-78/

Ed ecco il riassunto:

Nascita del Sistema Sanitario Nazionale 833/78, un riassunto facile.

Stillato da Dario Tobruk - 21 aprile 2016
Infermiere di Unità Coronarica presso ASST Desenzano del Garda. Tra i molti interessi, ha una certa vocazione per tutto ciò che viene percorso da "corrente elettrica": computer, macchine, internet. Da grande, nel futuro, spera di curare i cyborg.

Sembra incredibile, in Italia, fino alla prima costituzione del **Sistema Sanitario Nazionale** il diritto alla salute **non** era garantito a tutti i cittadini. Sistema che nasce solo nel 1978 con appunto la **legge 833/78**.
Precedentemente, l'erogazione dei servizi sanitari si basava sulle cosiddette "*mutue*", associazioni di professionisti (e diverse per ogni professione) che in cambio di una retta periodica garantivano il sostegno economico, nel caso di

infermità, al lavoratore o alla sua famiglia. Una sorta di assicurazione sanitaria.

Le prime mutue

Sistema che *non funzionò* per molto tempo. Le mutue non riuscivano a garantire sempre e comunque il pagamento delle rette di degenze in tempo, sopratutto in seguito ad un aumento considerevole di ricoveri, un'inadeguata filtrazione dei ricoveri impropri ed un uso eccessivo dei tempi di degenza.

In breve tempo queste associazioni affrontarono **una grave crisi finanziaria** che di riflesso si abbatté sugli ospedali e quindi sugli assistiti. Per questo motivo lo Stato decise con un decreto legge, **la n. 386 del 17 agosto 1974**: *"Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri"*, di accollarsi tutti i debiti delle mutue.

In seguito, da lì ai tre anni successivi, sciolte le amministrazione delle mutue non ancora fallite, lo Stato si apprestava ad amministrare la Sanità del territorio italiano al fine di garantire un servizio sanitario a tutti i cittadini.

Il 23 dicembre 1978 con la legge n.833 nasce il Servizio Sanitario Nazionale

Non è una semplice "*supermutua*" ma una riorganizzazione del servizio sanitario totale, dalla capillarizzazione territoriale fino alla punta del vertice decisionale. Un inquadramento organizzato di tutte le strutture e del personale al fine di creare un sistema efficiente, che in nome dei principi di **dignità**, **salute**, **equità**, **appropriatezza** ed **economicità**, possa distribuire servizi sanitari in maniera uniforme su tutto il territorio.

Ciò che rese questa riforma sanitaria avveniristica, quantomeno ai tempi, fu il cambio di paradigma: oltre all'aspetto curativo e terapeutico, considerato come unico obiettivo fondamentale, assunsero rilevanza la **prevenzione** e la **riabilitazione**.

I principi cardine del servizio sanitario nazionale

- La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale (in base al Articolo 32 della Costituzione Italiana).
- La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.
- Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Gli obiettivi della legge 833 del 1978

- la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata **educazione sanitaria del cittadino e delle comunità**;
- la **prevenzione delle malattie** e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
- la **diagnosi** e la **cura** degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
- la **riabilitazione** degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- la **promozione** e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- **l'igiene** degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;

- una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;
- la **formazione professionale e permanente** nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

L'organigramma organizzativo

Si suddivisero le competenze legislative tra Stato, Regioni e Comuni:

Stato

- Indirizzo e coordinamento delle regioni in materia sanitaria esercitata mediante delibere del Consiglio dei Ministri in seguito a proposte del Ministero.
- Il Ministero della Sanità si occuperà di programmazioni, determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e dei requisiti minimi che devono possedere i vari profili professionali degli operatori sanitari.

Regioni

- Possono legiferare in materia secondo le proprie competenze e nel rispetto dei principi legislativi statali, definendo i livelli essenziali. Esercitano le funzioni sanitarie proprie o a loro delegate.

Le USL e i Comuni (ai tempi della riforma)

- "*Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni.*"
- Le Unità Sanitarie Locali erano le effettive risorse impiegate per la tutela della salute del cittadino: i presidi, i servizi, e gli uffici di un dato Comune,

associazione di Comuni, o comunità territoriale. Le USL quindi vennero suddivise in Distretti Sanitari di Base, cioè le strutture tecnico-funzionale che erogavano i servizi sanitari sul territorio.

Il sistema di finanziamento del SSN

I Cittadini, attraverso **contributi** e **tasse**, fornivano allo Stato risorse finanziarie che in seguito alla **programmazione economica triennale** venivano ripartite alle Regioni, le quali a loro volta pagavano le USL (e che comunque attraverso i ticket aumentavano le entrate).
A ritroso però i vari enti regionali e comunali deresponsabilizzati, **spendendo più di quello che ricevevano**, richiedevano regolarmente il ripianamento del disavanzo, causando allo Stato un'emorragia economica non facilmente suturabile.
In altre parole: lo Stato forniva alle Regioni e alle USL le risorse previste e programmate ma queste spendevano più di quello che avevano, chiedendo allo Stato (e quindi ai cittadini) di pagarne i conti, in buona o malafede.
Questo portò ad una successiva riforma:

Legge 502/92 – Riassunto della prima riforma del Sistema Sanitario Nazionale

Da **Dario Tobruk** - 15 giugno 2016

In seguito alla formazione del **Sistema Sanitario Nazionale con la 833/78**, si voleva rimediare ai buchi neri economici del sistema fallimentare delle mutue. Purtroppo il nuovo sistema non era migliore, e si prospettavano soluzioni radicali. La risposta all'insostenibilità del sistema di finanziamento e ai problemi

del SSN è la prima riforma: la **Legge 502/92**. Essa si fonda su tre principi:

- l'aziendalizzazione
- l'orientamento al "mercato"
- la distribuzione di responsabilità alle regioni.

L'aziendalizzazione con la Legge 502/92

Le USL vengono dotate di **personalità** giuridica in quanto aziende, i cui organi di rappresentanza sono il **direttore generale** e il **collegio dei revisori** (ed ulteriori figure). Il direttore generale ha potere gestionale e di rappresentanza legale. E' coadiuvato da un **direttore sanitario** e da un **direttore amministrativo**. Il DG è nominato dal presidente della Giunta regionale, e i suoi doveri sono il buon andamento economico-amministrativo e tecnico-funzionale per i 5 anni in cui è in carica.
Il **collegio dei revisori**, nominato invece dal **direttore generale** da una lista di membri designati da altri enti (ministero competente, sindaco, regione), si occupa di verificare la tenuta della **contabilità**, la risultante delle scritture contabili ed esamina il bilancio di previsione. In poche parole si preoccupa che i conti tornino.

Il Mercato libero

Viene prevista l'**intramoenia** per la libera professione dei medici, e circa il 10% delle camere presentano servizi aggiuntivi dietro un corrispettivo pagamento a carico del paziente. E in breve: *le aziende vengono pagate per paziente*.

Regionalizzazione dei servizi sanitari

Le USL, ridotte di numero e non riferendosi più ai comuni, vengono delegate direttamente dalla regione che li sostiene economicamente. La regione non può più avvalersi sullo Stato per i propri disavanzi, per cui le responsabilità ricadono sulla governance della singola azienda "figlia della regione". La regione da quel momento ha maggiore interesse nel far fare bene i conti.

Nuovo modello di finanziamento

Lo Stato attraverso il **Piano Sanitario Nazionale** (stabiliti i livelli essenziali di assistenza) definisce, in base ai bisogni dei cittadini e alle risorse disponibili (ricavate dalla fiscalità generale), una programmazione economica per distribuire alle regioni una quota capitaria. La regione, in seguito ad un proprio piano sanitario regionale, distribuisce queste risorse alle aziende. In caso di richieste di ripianamenti di disavanzi da parte delle aziende, le regioni possono avvalersi di strumenti di finanziamento quali l'uso di proprie risorse economiche e dei contributi sanitari IRAP, oltre alle entrate dirette delle strutture (**ticket**).

Un ulteriore cambiamento: vengono istituiti i dipartimenti

Un **dipartimento** è una federazione di reparti affini e complementari secondo settore specialistico o specifico bisogno del paziente (esempio dipartimento di chirurgia o dipartimento materno-infantile). Lo **scopo** è quello di organizzare e ottimizzare al meglio le risorse strutturali e umane, migliorando il servizio al cittadino e riducendo i costi.
Fonte: Gazzetta Ufficiale – Legge n. 502 del 30 dicembre 1992

La Riforma Bindi

Il Sistema Sanitario Nazionale – La riforma-Ter, la 229/1999, la Riforma Bindi

L'ultima riforma sanitaria la 229/1999, o riforma Bindi o ancora Riforma-ter, è l'ultimo grande passo legislativo ad oggi che il sistema sanitario abbia compiuto dalla sua costituzione. Ha l'obiettivo di completare il processo di organizzazione e razionalizzazione necessario per raggiungere un servizio sanitario efficiente ed efficace.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: "Norme per la razionalizzazione del Servizio … Leggi tutto

Il Sistema Sanitario Nazionale – La riforma-Ter, la 229/1999, la Riforma Bindi

APERTURA DELL'ON.LE BRUNO ORSINI E TAVOLA ROTONDA "La Legge 180. Le diverse anime del movimento anti-istituzionale: un bilancio".

Tavola Rotonda con alcuni testimoni di quegli anni:

Maria Grazia Giannichedda, Stefano Mistura, Leo Nahon, Bruno Orsini, Franco Rotelli, Pierluigi Scapicchio.

MODERATORE: PAOLO MIGONE

PAOLO MIGONE: membro del Comitato Scientifico del CIPRA.
Psichiatra e psicoanalista, condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it)

La mattina di venerdì, comprese l'apertura di Orsini e la tavola rotonda, è stata interamente videoregistrata e pubblicata in quattro parti al seguente link del canale *YouTube* della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*:

www.youtube.com/playlist?list=PLegip1UlAu4KVmBi1TmWTdJydQJbBkzKq

La trascrizione integrale degli interventi tenuti nella prima mattina del Convegno (cioè la relazione di Bruno Orsini e la tavola rotonda con gli interventi di Giorgio G. Alberti, Tommaso Biccardi, Massimo Clerici, Antonello D'Elia, Cécile Edelstein, Maria Grazia Giannichedda, Santi Laganà, Pier Luigi Lattuada, Fabio Madeddu, Andrea Salvatore Meluso, Paolo Migone, Stefano Mistura, Leo Nahon, Bruno Orsini, Giuseppe Pozzi, Antonio Restori, Pier Luigi Scapicchio) sono pubblicati a pp. 13-66 del n. 1/2019 della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*:
www.francoangeli.it/riviste/SchedaRivista.aspx?IDArticolo=63463&Tipo=Articolo%20PDF&lingua=it&idRivista=34

TAVOLA ROTONDA
"La legge 180. Uno sguardo all'età evolutiva: Bambini e adolescenti nella salute mentale".

MODERATORE: DINO MAZZEI

DINO MAZZEI: Psicologo, psicoterapeuta, mediatore familiare, presidente dell'Associazione Italiana di Terapia Familiare (AITF), vicepresidente dell'Associazione Internazionale Mediatori Sistemici (AIMS), direttore dell'Istituto di Terapia Familiare di Siena.

Luca Mingarelli

Comunità Terapeutiche per adolescenti come terre di mezzo

LUCA MINGARELLI: Psicologo e psicoterapeuta, formatore e supervisore. Presidente della *Fondazione Rosa dei Venti* e dell'Associazione *Il Nodo Group*, Responsabile di Comunità Terapeutiche per adolescenti con psicopatologie complesse, membro del Comitato Direttivo dell'Associazione "*Mito & Realtà*".

È da circa 20 anni che i servizi pubblici domandano a noi esperti di Comunità Terapeutiche (C.T.) per minori e adolescenti cosa fare, in quale comunità si possano fare gli invii, se ci sono, dove sono, come lavorano, quanto costano tali strutture, ecc. Ed è da molti anni che i familiari di minori e adolescenti problematici e sofferenti ci richiedono con insistenza e ansia la possibilità di accoglierli in contesti di cura competenti e adatti a loro; inoltre, le attuali ricerche in ambito psichiatrico e psicoterapeutico ritengono centrale la questione dell'intervento tempestivo e clinicamente efficace, al primo comparire di forme di disagio psichico in minori e adolescenti.

Per rispondere a queste importanti sollecitazioni è nato un gruppo di lavoro composto da operatori di alcune strutture per adolescenti e minori provenienti da differenti regioni, quali Lazio, Lombardia, Marche e Veneto, che si riconoscono nell'associazione *Mito&Realtà*.

In parallelo stiamo svolgendo anche un'importante ricerca biennale in collaborazione con il Policlinico di Milano, di cui sono co-responsabili Antonella Costantino e Marta Vigorelli. I risultati vi saranno certamente presentati in futuro.

Con questa premessa partirei innanzitutto da un dato storico: le Comunità Terapeutiche per minori esistono in Italia dal 1986, quindi da 32 anni, ed erano

inizialmente gestite dalla psichiatria. La NPIA (Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) non esisteva come servizio autonomo: la prima Comunità Terapeutica è sorta a Desio (Mi), con la Direzione della dott.ssa Armida Lazzeri (neuropsichiatra).
Qualche anno dopo, nasce la ex C.T. *I Delfini* a Niguarda (Mi), diretta dalla dott.ssa Carla Marzani. Entrambe le strutture sono dell'azienda pubblica. Poi, nel 1998, nasce la prima Comunità Terapeutica del privato sociale in Lombardia, aperta da *Rosa dei Venti*.

Come ben sappiamo, le C.T. per adolescenti, pur avendo fattori comuni, possiedono caratteristiche specifiche, che differiscono da quelle delle C.T. per adulti per vari motivi. Tra i tanti, ne cito solo due essenziali:

- I minori di età *non scelgono* di entrare nelle C.T. e dunque neanche di uscire quando vogliono, eccetto al compimento dei 18 anni. Questo dato comporta che gran parte del nostro lavoro è orientato ad aiutarli a comprendere la motivazione dell'essere in una Comunità e a creare una possibile alleanza terapeutica.
- In secondo luogo, trattandosi di minori, le questioni della *responsabilità clinica e legale* sono molto complesse e delicate, e comportano necessariamente una connessione e un dialogo, oltre che con la rete familiare e con i servizi invianti, anche con una rete di avvocati esperti, con la camera minorile oltre che con CGM, USSM, forze dell'ordine ecc…

Allora cos'è una Comunità Terapeutica per adolescenti? È una terra di mezzo, **uno spazio relazionale ed esperienziale** per un transito tra il riconoscimento dei bisogni, del disagio più o meno grave dell'adolescente e l'individuazione di risorse e potenzialità evolutive.
La Comunità Terapeutica per adolescenti è un luogo dove la difficile sfida sociale del *convivere* è notevolmente amplificata dalla naturale complessità dell'età e

delle problematiche personali degli adolescenti residenti; la pensiamo ed esploriamo come un luogo di ricerca-azione, in cui ci si sforza di integrare l'educazione e la terapia.

Consideriamo la Comunità Terapeutica come un essere vivente, un **nuovo modo di vivere le relazioni**, un sistema aperto delimitato da un confine che lo separa e lo mette in contatto con il mondo sociale, la famiglia e i parenti degli adolescenti, i servizi pubblici e la cittadinanza. Il governo e la manutenzione del confine è un punto critico e fondamentale che ha un impatto non solo sul successo del trattamento della Comunità Terapeutica e sul contenimento degli impulsi dei giovani ospiti, ma anche sui processi di contaminazione della cura, dovuti a quelli osmotici in atto nelle famiglie patologiche, e sui blocchi burocratici del sistema curante.

Le componenti della rete interne ed esterne sono coinvolte "ognuna a suo modo", dall'adolescente ai genitori, dai servizi invianti agli operatori, e diventano, con diverse modulazioni soggettive, protagonisti ed attori del progetto. La *rete curante* (clinica sociale) comprende sia i responsabili clinici della Comunità Terapeutica che i Servizi territoriali invianti: il fatto di invitare i Servizi Pubblici ad incontri periodici nelle Comunità Terapeutiche costituisce parte integrante della modalità di intervento ed è ritenuto una condizione indispensabile alla cura.

La Comunità Terapeutica è dunque un micro-sistema complesso e in continuo movimento, come l'adolescenza, ed è costituito da sotto-sistemi che si rapportano fra loro, inseriti nel macro-sistema sociale: l'intervento nelle C.T. comprende dunque sia la *dimensione del rapporto fra io e gruppo,* sia quella del *rapporto fra comunità e società*.

La *durata della permanenza* è un concetto chiave; gli ospiti adolescenti arrivano, si incontrano per caso, per poi separarsi. Ci sembra importante esplicitare fin dall'ingresso ai residenti, alle famiglie e agli invianti, la *temporaneità* di questa esperienza: questo a volte può facilitare ad un adolescente la difficile impresa di riuscire a vivere in comunità.

Infatti, l'allontanamento dal sistema familiare di un adolescente è causa di intense emozioni, sofferenza e forte angoscia da separazione. A questo proposito una volta il Professore Charmet, in uno scambio di battute, mi ha detto: <<L'atto di inserimento in comunità terapeutica è per un minore come una "deportazione">>; questo ci fa rendere conto della delicatezza del momento di entrata nella C.T., che richiede una particolare attenzione.

La Comunità Terapeutica viene spesso immaginata nelle fantasie degli adolescenti, dei loro genitori e della società come un luogo per "matti" o per "criminali", e dunque come una realtà non idonea per nessuno di loro. I commenti dei ragazzi, soprattutto nel primo periodo di inserimento nella Comunità Terapeutica sono: "Qui ci sono regole da carcere: che schifo, non puoi fare nulla". Oppure, all'opposto, i residenti nutrono l'aspettativa che la comunità sia "un hotel a cinque stelle", in cui tutto è dovuto e si può essere "serviti e riveriti". Gli operatori sono di volta in volta investiti della funzione di "secondini" o di "camerieri", con una *pressione continua* che rende molto difficile mantenere il loro ruolo professionale. Da questo punto di vista la comunità ha la funzione fondamentale di essere un contenitore, un luogo dove gli agiti disturbati e turbolenti degli ospiti si scontrano e si incontrano con le azioni educative e terapeutiche.
È pensiero comune, ormai, che l'apporto della società sia molto utile alla Comunità Terapeutica e ai suoi ospiti, che beneficiano notevolmente degli scambi con il territorio. Crediamo inoltre che, in prospettiva, vi possa essere un'influenza dei valori della Comunità Terapeutica anche sulla società esterna, poiché la comunità è un luogo dove si continua a svolgere un "allenamento" rispetto alle regole di convivenza e alla democrazia dei ruoli e degli affetti.
Come vivere la *casa* che ospita la comunità è un altro tema di costante riflessione, su cui ci ha molto insegnato Carlo Viganò: nelle modalità di rapporto con la casa cerchiamo di integrare gli aspetti artistici, poetici ed estetici con la

visione terapeutica e l'azione educativa. Infatti, la casa, intesa come corpo collettivo di cui avere cura, è il grande laboratorio e contenitore della comunità. Di solito gli ospiti adolescenti portano in comunità il proprio caos interno e la propria storia travagliata, e di conseguenza non hanno interesse né familiarità con la cura della casa; il team curante cerca allora di incoraggiare la loro capacità di relazione con essa: tenere in ordine gli spazi domestici, personali e collettivi. Naturalmente si tratta del tipo di ordine che risulta sostenibile per un adolescente, che potremmo definire come un ordine abbastanza disordinato o ordine adolescenziale.

Come gli adulti operatori abitano la casa è un ulteriore aspetto fondamentale, che può innescare un processo di imitazione a partire dal quale si può gradualmente sviluppare un senso di appartenenza e di rispetto per la casa-comunità. Solo dopo una fase iniziale di sviluppo dell'attaccamento e della fiducia è possibile avviare un *processo di responsabilizzazione*.
Pagliarani a questo proposito scriveva che: "Il grado di responsabilità da affidare ai pazienti deve essere compatibile con le loro capacità" (Pagliarani, 2014). In generale, questo avviene nell'ultimo periodo di permanenza in struttura, in cui viene lasciato spazio alla più ampia autogestione possibile, per verificare il livello di autonomia raggiunto.
Il *dosaggio della frustrazione e della gratificazione* è quindi all'ordine del giorno nella Comunità Terapeutica per adolescenti: educare a tollerare che non si può avere tutto quello che si vuole, né lo si può avere subito, ma che allo stesso tempo si può avere qualcosa sotto certe condizioni e negoziazioni, può essere considerato uno degli obiettivi di fondo della cura.
Sul tema cruciale *delle regole e del rapporto con l'autorità*, per gli operatori della Comunità Terapeutica è utile ritornare in contatto con le proprie memorie personali, per poter meglio comprendere, cambiando punto di vista, gli atteggiamenti e i modi di essere degli ospiti presenti, cogliendo similitudini e

differenze rispetto al proprio passato. Su questo potremmo aprire un utile dibattito; tanti sarebbero gli esempi e gli sviluppi di questi temi, per mancanza di tempo, quindi, rimando ai libri che abbiamo pubblicato in questi ultimi anni (Mingarelli, 2009; Bencivenga & Uselli, 2016; Mingarelli & Tonazzo, 2018).

CONCLUSIONE APERTA E LINEE GUIDA PROPOSTE

Come abbiamo visto si sono evidenziate notevoli differenze nelle modalità di intervento, di prassi nelle diverse regioni italiane e una mappa frammentata: differenti denominazioni delle comunità e dei servizi, differenti standard di operatori, di rette diurne, di capienza di ogni modulo, di modelli teorici di riferimento e complessivamente mancanza o insufficienza di tali strutture.
Dai dati che vi abbiamo presentato e da ulteriori incontri e discussioni nel gruppo sono emersi 14 fattori o caratteristiche minime fondamentali, cioè le *linee guida strutturali* che secondo noi caratterizzano ed individuano l'identità della comunità terapeutica per minori per le C.T. nazionali:

1. Équipe mista, con dirigenti/responsabili, neuropsichiatri/psichiatri e psicologi. Operatori in turno: educatori (la maggioranza di quelli in turno, indipendentemente se la loro laurea è sanitaria o meno), psicologi, Te.R.P. (Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica), infermieri ed O.S.S. (Operatori Socio Sanitari), questi ultimi in misura minima, in rapporto 1 ogni 3,5 pazienti.
2. Adolescenti accolti: tutte le psicopatologie complesse dell'adolescenza: psicosi, disturbi di personalità e della condotta ecc., escludendo situazioni prevalenti di antisocialità e/o disabilità e/o neurologiche (se non come eccezione *una tantum* decisa dal Direttore della C.T.).
3. Riunione di équipe settimanale con tutti gli operatori presenti, sia clinici che non; assemblea settimanale plenaria (spazio parola, *Community meeting*) ed altri gruppi riflessivi piccoli o grandi, con ospiti e operatori in turno ed almeno un clinico e/o dirigente.

4. Passaggio consegne (mezz'ora al cambio turno) con coordinatore ed operatori presenti (sia chi stacca che chi arriva).
5. Diario di bordo, clinico e organizzativo.
6. Cartella clinica.
7. Valutazione iniziale (CANS, *Child and Alolescent Needs and Strenghts*, o altri strumenti validati) e progetto terapeutico individualizzato (PTI) (aggiornato al massimo ogni 6 mesi).
8. Incontri di rete periodici nella C.T. con i Servizi Sociali.
9. Incontri di supporto ai famigliari, individuali e/o multifamiliari.
10. Necessità di C.T. con differenti livelli di intensità e di permanenza: da un minimo di 3 mesi a un massimo 2 anni (alta intensità 3-6 mesi, media 8-14 e bassa 12-24).
11. Massimo 10 minori di età per ogni modulo. Consigliabile un centro diurno annesso, tollerati ma sconsigliabili due moduli nello stesso edificio; necessità di una distanza fisica tra gli stabili ospitanti, per evitare il rischio di essere un Istituto o una Clinica.
12. Formazione e sistema di supporto: supervisione mensile (con tutti gli operatori presenti), formazione specifica sia per metodologia (LFA, Visiting ecc.) che per tematiche specifiche, teoriche o esperienziali.
13. Visita conoscitiva nella C.T., per facilitare l'inserimento del minore, con lo stesso, con i servizi e con i genitori (qualora non in presenza di decreto Tribunale dei Minori) e conseguente lavoro di rete (incontri regolari nelle C.T. con i Servizi Sociali e le famiglie).
14. Follow up.

Questi 14 punti rappresentano il MCM, che non impedisce poi alle diverse Regioni di trovare ulteriori specifiche linee che rispondano ai bisogni particolari del territorio.

CRITICITA' OSSERVATE

- Scarsità di neuropsichiatri/psichiatri: forse avere meno medici, pur mantenendo una presenza di clinici rilevante ridurrebbe anche i costi.
- Scarsità di educatori e infermieri.
- Passaggio a CPS/CSM servizi per adulti (e le questioni che aprono il raggiungimento della maggiore età - proseguo amministrativo).
- Fine dei percorsi spesso posticipate: il dilatamento dei tempi di permanenza nella C.T. dell'adolescente è ritenuto iatrogeno, perché i Servizi hanno a disposizione scarse alternative per il proseguo dei percorsi: passaggio a comunità educative o terapeutiche, spesso piene.

Per domande ed approfondimenti: luca.ming@libero.it

BIBLIOGRAFIA

Bencivenga & Uselli, (a cura di), 2016, Adolescenti e comunità terapeutiche tra trasformazioni e nuove forme del malessere. Roma, Alpes.

Mingarelli, L., *Adolescenze difficili*, 2009, Ananke, Torino.

Mingarelli, L. & Tonazzo, D., (a cura di), 2018, *I ruoli in comunità terapeutica per adolescenti*, Ananke, Torino.

Giuseppe Oreste Pozzi

Dalle terre di *Elpis*. Proposte e riflessioni per prevenire lo stigma ed evitare la segregazione.

GIUSEPPE POZZI: Psicoterapeuta psicoanalista (AME), Analista Membro dell'*Associazione Mondiale di Psicoanalisi* e della *Scuola Lacaniana di Psicoanalisi*, docente presso l'*Istituto Freudiano*, fondatore e direttore clinico della Cooperativa *Artelier- Onlus*.

Abstract

Senza Standard ma non senza principi. Quando un sistema di controllo, in particolare nell'ambito della salute mentale per minori, incomincia a confondere strumenti con obiettivi allora è giunto il momento di avviare un dibattito pubblico. Occorre evitare che gli standard soffochino ed eliminino i principi da cui provengono. Occorre poi rivedere le buone pratiche del sistema burocratico proprio per evitare che le istituzioni diventino dei manicomi non richiesti, dei luoghi di segregazione e di distruzione della speranza. Le terre di *Elpis* sono la metafora da cui ricaviamo qualche cosa che testimonia la consistenza reale, la possibilità concreta e, anzi, indispensabile perché la società civile venga coinvolta con determinazione e coraggio così che investa sistematicamente nella speranza, cioè nell'infanzia e nella adolescenza.

Cosa alimenta e cosa determina tale prospettiva e fiducia? Gli esiti che scopriamo, sorprendentemente, ogni giorno, lavorando con i ragazzi che accogliamo nei centri clinici di *Artelier*. Li accogliamo a partire dalle loro difficoltà, per scoprire, proprio con loro, il modo per rispondervi. Non abbiamo regole

assolute ma cerchiamo di dare spazio, caso per caso, alla invenzione, all'incontro, alla sorpresa. Parliamo, non a caso, di clinica della sorpresa. Lavoriamo con ragazzi che hanno un rapporto con il mondo, con il linguaggio e con il corpo, radicalmente differente. Sono persone che portano con sé una diagnosi e, quindi, uno stigma sociale che li definisce per sempre, mentre, imparando ad ascoltarli, si scopre che hanno risorse ben al di là della diagnosi così segregante. Se non ci fermiamo al nome della loro diagnosi e impariamo ad ascoltare la loro voce, loro parlano e hanno anche delle cose importanti e preziose da dirci. Un esempio su tutti è dare uno sguardo agli esiti dove si può scoprire che ben 12 ospiti su 40 dimessi da una struttura residenziale per 8 ospiti, in 9 anni di attività, possono considerarsi inseriti socialmente a tutti gli effetti, nel senso che sono usciti dal circuito della psichiatria. Le ragioni? Parliamone pubblicamente ma ogni caso va trattato a sé, uno per uno, ben al di là degli standard dei protocolli. Nella pratica i risultati ci sono soprattutto quando è la clinica a decidere e non il sistema amministrativo che, al contrario, appesantisce, produce carte su carte e impedisce, a volte rende impossibile, il lavoro clinico. Non senza i genitori, naturalmente. Proprio quei genitori che il sistema amministrativo, curiosamente, esclude, espelle proprio là dove e quando occorre includerli. Questi bambini, da parte loro, non mostrano una follia pazzesca. Occorre del tempo e loro si lasciano ascoltare e si fanno capire offrendo, progressivamente, alla nostra attenzione, ciò che li fa soffrire. Per gli adolescenti la questione è come rifondare la natura del battito desiderante che si è perso, precipitando il ragazzo nell'angoscia esistenziale, dal momento che la pulsione ha rotto ciò che, forse, non si era ancora annodato tra legge e desiderio. Lacan aveva previsto da tempo il tempo della storia segregante che si regge, non a caso, sulla patologia della legge e della norma.

Iva Ursini

Il processo di cronicizzazione nei servizi per l'età evolutiva: una 'realtà co-costruita' nelle interazioni scuola-famiglia-servizi socio-sanitari.

IVA URSINI: Psicologa clinica e psicoterapeuta sistemica. Membro di *Psichiatria Democratica* negli anni '70 e '80, ha lavorato per anni nei servizi di base dell'età evolutiva e ha partecipato alla chiusura della *Scuola Speciale di Paderno Dugnano* nel '76.
È Responsabile scientifico del Master *La clinica sistemica con la coppia* presso *Spazio Iris* e formatrice per operatori pedagogici e socio-sanitari. Membro del Direttivo e Past-President SIRTS – *Società Italiana di Ricerca e Terapia Sistemica*, didatta SIPPR – *Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale*, membro del Direttivo EFTA CIM – *European Family Therapy Association*.

Abstract

Verrà analizzato il processo di cronicizzazione a partire dalla chiusura della Scuola Speciale di Paderno Dugnano nel 1976 come membro dell'équipe del CMPPS, (Centro Medico Psico-pedagogico) della Provincia di Milano. La Scuola Speciale di Paderno Dugnano, presso la quale aveva sede il servizio, aveva il solo scopo di escludere dalle classi di "scuola normale" – ben 6 plessi scolastici – bambini "disadattati" o con diagnosi di "oligofrenia medio-lieve", senza un minimo di interventi riabilitativi che avrebbero potuto, in qualche misura, giustificarne l'esistenza.
Verrà poi brevemente presentato il lavoro svolto da un gruppo di colleghi

psicologi e neuropsichiatri infantili sul territorio nazionale italiano negli anni '70 e '80, seguendo l'approccio sistemico del *Milan Approach* in vari contesti scolastici e psico-socio-sanitari (Dinacci e Ursini, 1991).

Oggi assistiamo al taglio di fondi per l'offerta di servizi psicologici per l'età evolutiva; per i servizi territoriali ed ospedalieri di Neuropsichiatria Infantile risulta più difficoltoso osservare il bambino e/o l'adolescente nei suoi sistemi significativi di vita: la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari, la comunità ossia nel suo ecosistema.

BIBLIOGRAFIA

A. Dinacci e I. Ursini (1991)**,** *La complessità invisibile. Bambini, scuola, servizi-sociosanitari: modelli di operatività ecosistemica*, Liguori, Napoli.

TAVOLA ROTONDA

"La Legge 180 e il comune denominatore di una cultura condivisa della cura: un ponte fra il sanitario, il sociale e l'educativo"

MODERATORE: ANTONELLO D'ELIA

ANTONELLO D'ELIA: Psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Roma 3, psicoterapeuta sistemico, presidente di *Psichiatria Democratica*, didatta presso *l'Accademia di Psicoterapia della Famiglia* di Roma, vicedirettore della rivista *Terapia Familiare*.

Pietro Barbetta

Basaglia e il suo tempo

PIETRO BARBETTA: Direttore del *Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, Docente all'*Università degli Studi di Bergamo*, membro della *World Association for Cultural Psychiatry* (WACP) e dell'*International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis* (ISPS).

Franco Basaglia muore a Venezia nel 1980, dove era nato 56 anni prima. Quarant'anni fa esatti, il 13 maggio 1978, due anni prima della sua scomparsa, viene approvata la legge di chiusura delle istituzioni manicomiali, nota come legge Basaglia, benché nel testo, e nelle sue applicazioni successive, non risponda del tutto alle sue idee e ai suoi progetti. Sul piano storico, la legge Basaglia si colloca dopo una serie di provvedimenti che liberano lo psichiatra dalla posizione di "agente di custodia" e lo rendono, sulla carta, "terapeuta". Si passa, a livello del testo, da una dimensione di contenzione a una dimensione di cura. Nello stesso tempo, a partire dai primi anni Sessanta, nasce l'idea che la cura della "malattia mentale" sia da ridiscutere e che sia da ridiscutere persino l'idea di "malattia mentale".

Basaglia non è solo al mondo, è l'avanguardia di uno Zeitgeist. Lo psichiatra Thomas Szasz (1920-2012), nel 1961, scrive Il mito della malattia mentale. Szasz lavora a quel tempo in una città dello stato di New York che porta un nome singolare, dal sapore antico: Siracusa. È un ebreo ungherese, immigrato negli Stati Uniti nel 1938, scampato allo sterminio. Erving Goffman (1922-1982), sempre nel 1961, scrive Asylum, un'opera di denuncia del trattamento manicomiale. Tuttavia l'opera fondamentale di tutta questa vicenda è La storia

della follia di Michel Foucault, recentemente riedita, in edizione critica integrale, da parte di Mario Galzigna, per BUR.

Prima dell'uscita di queste opere, Basaglia, nonostante gli studi medici, ha già una robusta formazione filosofica. Alcuni dicono che i suoi ispiratori principali sono Eugène Minkowski (1885-1972), Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) e Jean-Paul Sartre (1905-1980), si dice anche che la sua impostazione psichiatrica sia legata alla fenomenologia. In realtà Basaglia è un grande conoscitore della psichiatria fenomenologica e della filosofia esistenzialista, ma il suo contributo teorico e pratico va ben al di là di queste impostazioni.

Molti psichiatri fenomenologi spostano la sguardo sulla "malattia mentale" dal piano strettamente biologico a quello della vita intesa come forma di esistenza. Tuttavia per i fenomenologi classici si tratta pur sempre di "forme di esistenza mancata", per citare una formula di Ludwig Binswanger (1881-1966). Per Basaglia invece si tratta della vita, della sua imprevedibilità e della relazione tra ciò che accade e la risposta sociale e comunitaria. In altri termini Basaglia va ben oltre la posizione della psichiatria fenomenologica: sposta lo sguardo psichiatrico e psicologico dalla medicina verso la società, crea una clinica del sociale.

Marco Cavallo, il cavallo azzurro costruito al tempo dell'apertura/chiusura del manicomio di Trieste, è il simbolo della relazione tra i matti e la società. Da quel momento diventa chiaro che il primo lavoro da fare è decostruire i pregiudizi sociali sulla follia, in particolare su quella parola che ha un potere metaforico enorme: schizofrenia. Marco Cavallo gira per le strade e racconta di come la follia sia parte della vita; racconta, per citare Edgar Morin, la storia di homo sapiens demens. Con Basaglia la clinica diventa clinica sociale della singolarità. In questo contesto, la diagnosi stessa diventa forma di potere. Sulla scorta delle intuizioni di Michel Foucault (1926-1984) il potere e il sapere, in epoca moderna, diventano sinonimi di controllo dei corpi al fine di renderli docili.

Basaglia è parte di un Rinascimento internazionale che inizia nel 1962 con l'apertura delle porte del manicomio di Gorizia. Un Rinascimento che coinvolge, più ancora dei paesi occidentali ricchi, l'America Latina, e in particolare il Brasile, dove Basaglia tiene una serie di conferenze pubblicate da Cortina: le Conferenze brasiliane. Il pensiero e l'opera di Basaglia in America Latina hanno dato vita a un movimento di salute pubblica di enorme importanza e la sua fama odierna, laggiù, è certamente più forte e viva di quanto non sia qui. Da tempo questo Rinascimento, in Europa e in America del Nord, è terminato. Non sappiamo quando, forse alle soglie di fine secolo, quando Big Pharma rilancia il mercato degli psicofarmaci e riesce a convincere i governi di molti paesi a tenere sotto controllo i medici che non li usano costantemente nel loro lavoro. I medici che, prima di somministrarli, pensano se siano o meno necessari; gli psichiatri che rispettano la volontà dei pazienti quando i pazienti li rifiutano, che non li sottopongono ad amministrazione sanitaria controllata.

Oggi, questi medici – "scientifizzati" dall'industria farmacologica – sono a rischio di denuncia. Forse è in questo momento, da quando è cominciato questo fondamentalismo scientista, che il Rinascimento democratico in psichiatria, e in psicologia, tramonta. È possibile oggi far ritornare questo Rinascimento basagliano?

Basaglia non è mai stato un idealista, ha sempre saputo che i farmaci hanno un effetto su chi li assume, il suo problema però è fondare la possibilità di una pratica clinica differente da quella farmacologica, ma anche diversa da quella del comportamentismo condizionante e dalla psicoanalisi classica. Non si tratta di cambiare il cervello, o la consapevolezza, del soggetto, non si tratta neppure di costringerlo a integrarsi (o disintegrarsi) nella società; si tratta della vita, si tratta di dare valore all'esistenza, non riguarda la guarigione da una malattia, riguarda il riconoscimento dell'altro come soggetto degno di rispetto; sempre, anche in caso di reato. Il reato va punito, ma nell'ambito delle procedure garantite dallo stato di diritto, dalla Costituzione, non attraverso la contenzione

psichiatrica. L'obiettivo di Basaglia non è mai stato quello di una perfetta utopia libertaria, ma la psichiatrizzazione dei reati ha un sapore totalitario, lo stesso che hanno le cinghie di contenzione appese ai lettini nei reparti di diagnosi e cura.

In quegli anni, la scienza psichiatrica era stata messa in crisi anche dalla psicologia sociale. Nel 1973, in piena epoca basagliana, lo psicologo David Rosenham (1929-2012) fece un esperimento: inviò otto persone "sane" in altrettanti ospedali psichiatrici del territorio americano, le persone inviate avevano il compito di dichiarare che sentivano alcune voci; poi, dopo questa dichiarazione, dovevano comportarsi normalmente. Sette di loro ricevettero la diagnosi di schizofrenia, una la diagnosi di psicosi maniaco-depressiva. Quando fu pubblicato l'articolo relativo a questo esperimento, lo psichiatra direttore di un ospedale si offese e sfidò Rosenham chiedendogli di inviare una campione più grande di pazienti, perché in statistica sono possibili errori casuali, ma non errori sistematici. Rosenham disse che avrebbe inviato a quell'ospedale un numero di circa 200 pazienti. Dopo quel periodo, in quell'ospedale, il numero dei "simulatori" crebbe enormemente, ma Rosenham aveva mentito; non aveva mai inviato nessuno.

Quelli tra il 1960 e il 1980 sono gli anni dello smascheramento del fenomeno che Foucault chiama "potere psichiatrico" (si vedano le lezioni di Foucault del 1973-74 al Collège de France, pubblicate da Feltrinelli). Credo che l'esperimento di Rosenham non sarebbe stato possibile senza l'esperimento sociale ben più ampio dell'apertura del manicomio di Gorizia nel 1962 da parte di Basaglia e di Antonio Slavich (1935-2009). Gorizia è, secondo me, l'evento storico più importante per il mondo della salute mentale; segna la fine del dominio medico sulla follia. La follia torna a essere campo di interesse, al di là della medicina, per la psicologia, l'arte e la letteratura; diventa oggetto di studi per la filosofia, l'antropologia, le scienze sociali.

L'impresa del 1962 a Gorizia coinvolge operatori che vengono da tutta Italia e si stabiliscono nella "città maledetta": tra gli altri Letizia Comba (1932-2000), psicologa, che aveva lavorato con Ernesto De Martino in Puglia intorno al fenomeno del tarantismo, e il marito Giovanni Jervis (1933-2009); Franca Ongaro (1928-2005), compagna di Basaglia, che ha creato la letteratura basagliana, scrivendo con Franco, correggendo i suoi testi, mantenendo una propria autonomia di scrittura, che va oltre l'esperienza basagliana in senso stretto. Gorizia: un po' dimenticata, e messa da parte, a favore di un'esperienza più stabile e, oggi, istituzionale: Trieste.

Un autore che dà lo spazio che merita all'esperienza di Gorizia è John Foot nel libro La "Repubblica dei matti", che ho recensito su queste pagine quando uscì, un paio di anni fa, per Feltrinelli. Nella prima parte del libro si racconta la storia di un collettivo di persone che discute, si scontra e infine si separa. Finalmente la storia del Rinascimento basagliano si trasforma da una sorta di agiografia salvifica, in un dibattito, un confronto tra idee, qualcosa che non è monolitico, qualcosa in cui le donne, non-psichiatre, dicono la loro e influenzano fortemente le pratiche di quegli anni.

In questi giorni sta uscendo, per eléuthera, il libro di Piero Cipriano Basaglia e le metamorfosi della psichiatria. La cronaca dell'esperienza culturale basagliana è di nuovo felicemente raccontata. Soprattutto la distanza, sul piano teorico, di Basaglia da una certa psichiatria fenomenologica. Si scrive di un Basaglia influenzato da Edmund Husserl (1859-1938), il fondatore della "messa tra parentesi" fenomenologica, ma anche, e soprattutto, da Henri Bergson (1859-1941). Bergson, a sua volta, influenzò lo sguardo di Minkowski; uno sguardo controverso perché nel libro Il tempo vissuto, scritto nel 1933, l'ispirazione bergsoniana è evidente, mentre nel testo La schizofrenia, antecedente di sei anni, l'impostazione diagnostico-fenomenologica è ancora marcatamente presente.

Personalmente, se devo trovare un referente letterario all'opera di Basaglia, lo trovo a oltre un decennio dalla sua prima esperienza goriziana. Non ho alcun dubbio a indicarlo nell'AntiEdipo di Gilles Deleuze e Felix Guattari. È vero, Guattari lavora alla clinica La Borde, che non è certo paragonabile all'esperienza di Gorizia, che in qualche modo è una gabbia d'oro, una clinica no-restraint.
A La Borde, insieme a François Tosquelle (1912-1994), ci lavora anche Frantz Fanon (1925-1961), che, oltre a essere uno psichiatra e un militante rivoluzionario africano, firma insieme a Tosquelle alcuni testi sulla possibile efficacia dell'elettroshock, insomma un decolonizzatore della psichiatria, che, come ognuno, vive le contraddizioni di un'epoca e di un contesto. Direi dunque che "nessuno è perfetto", forse neppure Basaglia, per questo lo ammiro. Ma va dato atto che Guattari, a La Borde, ha fatto un lavoro importante come psicologo anti-psicoanalista. Non aveva potere perché non era medico, è possibile che, se avesse avuto almeno un po' di potere medico, La Borde avrebbe potuto essere una Gorizia francese, chissà. Dunque la domanda finale di questo saggio è: forse Basaglia ci ha insegnato che a dirigere un centro comunitario terapeutico, dove si incontrano persone che non hanno un'etichetta, non solo diagnostica, ma anche medico-biologica, o di "esperto" in senso psi, ci vorrebbe, che so io… un antropologo, per esempio, magari un antropologo su Marte, un folle, chissà. Un Antonin Artaud, una Camille Claudel, un Daniel Paul Schreber, una Lucia Joyce, un'Alda Merini; qualcuno che l'esperienza del manicomio l'ha vissuta da dentro, non da fuori. Questo accadrà in un nuovo Rinascimento, che accadrà solo se riusciremo a fermare la fine del mondo.

Fonte: DOPPIOZERO, 13 maggio 2018

Valerio Canzian

La famiglia e i Servizi dopo la 180: attese, risposte e proposte

VALERIO CANZIAN: Presidente URASAM Lombardia – *Unione Regionale Associazioni Salute Mentale.*

Secondo Freud, la vita è troppo complicata per l'essere umano. A renderla difficile è la relazione con l'Altro e con le esigenze della civiltà.
Non c'è, infatti, soggetto senza l'Altro, senza il contesto. Non c'è genetica senza epigenetica, ovvero nell'essere umano il gene è contaminato in senso positivo e negativo dall'ambiente attorno. Ciò che proviene dall'Altro è costituente per il soggetto, ne caratterizza profondamente l'identità.
Il bambino si inserisce nel mondo attraverso il desiderio della madre, del padre e poi gli altri e, in quanto risponde al desiderio dell'Altro, della madre innanzitutto, è immesso in una dimensione di relazione.

La famiglia è quindi una componente imprescindibile dell'ambiente del soggetto, così come lo sono le Istituzioni tra cui i Servizi di salute mentale.

I 40 anni dalla Legge 180, Legge Basaglia, del 13 maggio 1978, riguardante gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori, inglobata nella Legge 833 del 1978, l'istituzione del servizio sanitario nazionale, ed i successivi Progetti Obiettivo del 1996 e del 2000, istituenti gli attuali Dipartimenti di Salute Mentale, ci portano a riflettere sui cambiamenti positivi avvenuti, su quanto non è stato realizzato, sul perché la legge è stata in buona parte tradita e sul

cambiamento necessario da attuare, considerando anche i mutamenti sociali nel frattempo intercorsi.

Certamente la 180 ha rappresentato un cambio di paradigma che ha sancito l'attribuzione dei pieni diritti di cittadinanza alle persone affette da una sofferenza mentale, prima deprivate di ogni diritto.
Non più persone solo malate bisognose di cure da somministrare, scarti privi di dignità, ma soggetti portatori di talenti, di particolarità, attraversati da emozioni, affetti, desideri, valori da difendere, sogni da realizzare, futuro da costruire.

Dopo venti anni i manicomi sono stati chiusi e il territorio è stato allestito dei servizi di salute mentale previsti dai Progetti Obiettivo citati. Il mandato applicativo della Legge alle singole regioni ha permesso a queste di investire in quantità e in qualità in maniera differente in funzione degli orientamenti interpretativi della legge: più orientati alla dimensione sanitaria, con i relativi eccessi di medicalizzazione, o verso l'indispensabile sviluppo di pratiche territoriali di carattere socio- assistenziale, socio-sanitario, sociale riguardanti l'abitare, il lavoro, la relazione, l'inclusione sociale, il necessario accompagnamento in percorsi individuali di emancipazione e autodeterminazione.

La 180, come la Costituzione, è un dispositivo progressivo che orienta e indica una strada, sta ai politici, agli amministratori locali, ai cittadini la responsabilità di promuoverla, finanziarla e attuarla, ciò che in questi 40 anni è avvenuto solo in parte e a macchia di leopardo sul territorio regionale e nazionale.
Nella famiglia con un congiunto con un disturbo mentale, la complessità sopra citata riferita alla condizione umana nella "normalità", diventa ancora più difficile.

Di seguito alcune delle difficoltà che coinvolgono una famiglia con un congiunto con disturbo mentale:

- Il tema della colpa vissuto come un peso da cui è difficile liberarsi e aprirsi verso orizzonti di futuro.
- L'ambivalenza dei sentimenti tra eccessi di affettività, ma anche di aggressività, e talvolta anche l'eccesso di oblativitá che il familiare è portato ad attuare a scapito anche della propria "salute mentale", negando i propri desideri, i propri sogni e i propri bisogni. È un atteggiamento che ha conseguenze negative nell'educare alla responsabilità.
- La preoccupazione circa la possibilità della guarigione, da una parte la speranza di guarigione come ritorno all'origine, a com'era prima, salvo aggiungere: "ma in fondo è sempre stato difficile fin dai primi anni di scuola", e dall'altra la difficoltà a focalizzarsi sui possibili miglioramenti derivanti da un buon accompagnamento, da una appropriata "presa in cura", da un costante sostegno.
- La preoccupazione per il dopo di noi, un peso che accompagna per la vita e oltre.

Perché è difficile parlare di guarigione?

La Medicina sa che cosa è la Malattia, ma non sa cos'è la Salute. Chi non è malato è sano. E' una definizione in negativo. Ovvero, "il silenzio degli organi". Ci ricordiamo di avere degli organi quando ci fanno male. La salute è il silenzio degli organi, quando non sono disturbati. La lesione di un organo è un sintomo fisico.

Le manifestazioni psichiatriche non hanno un correlato cerebrale. Nella malattia mentale non c'è una lesione cerebrale, bensì una questione di organizzazione cerebrale. Il mentale si riferisce ad aspetti esperienziali e non di materia.

Se i parametri fisici e biologici si prestano a essere misurati e valgono per tutti, al contrario quelli psichici sfuggono alla misura.

Lo sguardo clinico, infatti, non esaurisce la presa in considerazione del soggetto nella sua complessità biologica, simbolica, relazionale, sociale.
Lo sguardo clinico, pur necessario, quando rimane orfano dell'ascolto del soggetto, della "narrazione al letto del paziente", dei suoi desideri, bisogni, affetti, aspettative, arriva a negare la soggettività.

Far fronte a un disturbo mentale richiede perciò un ampio spettro di ambiti di intervento che va dai servizi preposti a intervenire nell'acuzie al garantire la continuità di cura e di recupero che coinvolge tutte le dimensioni dell'esistenza: il lavoro, l'abitare, la vita di relazione. Ciò significa che un percorso di cura e di recupero coinvolge l'intera Comunità. La sofferenza psichica ci confronta perciò con la necessità di coinvolgere la Città.

Siamo perciò in un ambito di complessità. Oltretutto la famiglia odierna, prevaricata sul piano educativo dalla presa diretta che il sociale ha sui minori, sembra essere sempre meno un luogo di riferimento normativo. L'indebolimento dell'autorità genitoriale è l'effetto di una crescente infantilizzazione dell'adulto, il quale, identificandosi con il minore, spesso non riesce ad assolvere la funzione di limite che costituisce una parte essenziale del suo compito educativo. Ciò lo induce a schierarsi dalla parte del minore, piuttosto che allearsi con le istituzioni deputate ad accompagnarlo nel sociale, inizialmente la scuola e le altre, creando non di rado conflittualità tra i partner.

Qual'è la salute della famiglia dopo 40 anni di Legge 180?

La Legge 180 con i relativi Progetti Obiettivo ha introdotto essenzialmente:

- l'elemento della prevenzione (centri residenziali di terapie psichiatriche e di risocializzazione e comunità alloggio socio sanitarie);
- la presa in cura nella fase di acuzie in ospedale e in residenze riabilitative;
- ha sottolineato l'impegno al recupero (visite domiciliari, accompagnamento del soggetto anche per somministrazione di farmaci a domicilio, attività di gruppo;
- ha contemplato l'inserimento sociale (sostegno individuale, raccordo con la famiglia e le agenzie del territorio quali Enti Locali, Istituti, Aziende, Coop di lavoro, supporto al lavoro, relazione, inserimento nel territorio)

A distanza di quarant'anni accanto a testimonianze di chi è riuscito a riappropriarsi della vita imparando a convivere con la propria "malattia", vi sono tante altre storie di persone e famiglie che rimangono nell'anonimato della sofferenza e della solitudine, nell'impossibilità di costruire quel minimo legame di appartenenza proprio della condizione umana.

Le risorse e gli organici

Circa le risorse, quelle riservate alla salute mentale in Lombardia, 500 milioni di Euro, rappresentano meno del 3% del costo della Sanità lombarda, percentuale quasi dimezzata rispetto al 5% raccomandato dal Ministero che rappresenterebbe la quota minima necessaria. Con poche risorse si fa poco. Se poi le poche disposte sono anche utilizzate in modo inappropriato che produce cronicità, il risultato ne consegue.
La mancanza di investimenti ha portato in sofferenza gli organici, ridotti a circa la metà di quanto previsto dai Progetti Obiettivo nazionali, nemmeno per il ricambio del personale che invecchia. La precarietà dei nuovi contratti di assunzione, a tempo parziale e determinato e a bassi salari, ha conseguenze

deleterie sulla maturazione professionale degli operatori a causa dell'elevato turnover. A questo si aggiunge un progressivo trasferimento di attività verso il privato profit ancora maggiormente soggetto a fenomeni di dumping economico e di ricambio elevato del personale. Il settore privato in questi anni ha ottenuto come erogatore di servizi una preminenza del 61% dei posti letto, su un totale in Lombardia di circa 4.250 posti letto, in prevalenza strutture ad alta intensità di assistenza, le più remunerative. L'attività di prevenzione dei dipartimenti viene lasciata in secondo piano, quando non del tutto trascurata. Prendono il sopravvento le situazioni di emergenza che vanno a giustificare l'instaurarsi di prassi difensive al posto di quelle riabilitative, nell'inquietante incrocio tra paura e bisogni di sicurezza degli operatori, richiesta di protezione del sociale e il sacrificio dell'investimento sul soggetto che al contrario richiederebbe una presa in cura dei suoi bisogni.

Abitare, lavoro, relazione, famiglia

Casa, lavoro, relazione, accompagnamento e sostegno alle famiglie, rimangono così in sofferenza. Anche i Comuni sono altrettanto in stato sofferenza di risorse per la parte sociale di loro competenza. E, spesso, ciò disincentiva il loro impegno a mettersi in rete con i Servizi di salute mentale e le associazioni di familiari per organizzare percorsi sull'abitare, sulla relazione e l'accompagnamento.

Purtroppo, in questo troviamo assenti anche i diversi Dipartimenti di Salute Mentale che non hanno attivato i nuclei per l'inserimento lavorativo, ritenendo forse, a torto, questa attività non di loro competenza.
Il ruolo dei Comuni nei Piani di Zona in questi ultimi anni ha visto un freno di iniziative e azioni, in particolare al riguardo della legge 381 che prevede per le Cooperative sociali l'obbligo dell'assunzione del 30% del personale (soci) di persone svantaggiate.

Si instaura di conseguenza un circolo vizioso in cui la cultura della salute mentale di Comunità, intesa come percorsi individualizzati di riabilitazione e di inclusione sociale, evapora per il venir meno dell'offerta di opportunità.

La dimensione della cittadinanza, il sentire riconosciuta la propria singolarità, avere un lavoro, avere un posto nel consesso della Comunità di vita rende ciascuno portatore di contrattualità non solo all'esterno ma anche verso il sistema delle cure.

Oggi, invece, ancora troppi sono i casi complessi non presi in cura dai servizi "se non viene non possiamo fare niente... se non vuol farsi curare non possiamo intervenire...", lasciando l'ammalato alla deriva, in stato di abbandono, a rischio e in attesa che arrivi il peggio e diventi "affare" di controllo sociale e intervenga il penale. Molte sono le famiglie in situazioni disastrate dove sono saltati i parametri minimi di convivenza civile con il congiunto fragile, ma anche con gli altri componenti del nucleo familiare, compreso il rapporto tra i coniugi. Non è solo il malato a star male ma è l'intera famiglia che è in crisi e che soffre. I servizi stanno venendo meno alla presa in cura.

Cosa occorre?

Solo la creazione di buoni servizi territoriali e comunitari può diventare l'asse portante del sistema di salute mentale, sostituendo progressivamente la centralità dei luoghi chiusi, dell'ospedale generale e dunque del modello biomedico. La riforma regionale salute mentale (Legge 23/2015 da cui è derivata la Legge 15/2016), che contempla il passaggio dalla "cura" della malattia con il corredo di prestazioni alla "presa in cura" della persona attraverso progetti personalizzati che tengano conto dei bisogni complessivi della persona, non ha ancora visto il suo avvio se non in qualche tentativo di sperimentazione.

- Riportare l'equilibrio delle risorse, riducendo il ricovero in ospedale e nelle residenze cosiddette terapeutiche, potenziando contemporaneamente le attività sociali territoriali: ascolto, casa, lavoro, inclusione sociale, relazione, accompagnamento, capaci di garantire, in ambito minore età e adulti, attività di prevenzione e tutela della salute mentale nella comunità locale. Si tratta però anche di immettere nuovo personale per sostituire i numerosi pensionamenti di questi ultimi anni che hanno drammaticamente depauperato gli organici. Occorre stabilizzare il personale con contratti a tempo indeterminato, evitando il susseguirsi di cambiamenti che impediscono la maturazione di esperienze e competenze e l'instaurarsi di relazioni costruttive e durature con gli assistiti. In ciò, attenzione particolare va posta oltre alla dimensione psichica della persona anche alla sua salute fisica: dal controllo dei parametri corporei alla cura delle eventuali patologie in corso
- - Rispondere al bisogno di salute con percorsi personalizzati di inclusione sociale remunerati mediante i "Budget di salute" (1) e assicurare percorsi di presa in cura orientati alla recovery, all'emancipazione individuale e sociale delle persone, attuati nell'ambiente di vita delle stesse. Alla definizione del progetto riabilitativo individuale deve partecipare la persona interessata, la famiglia e gli attori della comunità coinvolti nello stesso. In particolare per i casi complessi, per coloro che non vanno ai servizi, o si recano per la sola assunzione del farmaco *long acting*, va garantita la presa in cura del soggetto e della famiglia, impedendo che l'abitazione e la vita familiare si trasformi in un mini "manicomio" nascosto allo sguardo pubblico, ma imposto e subìto dalla famiglia. Occorrono, inoltre, politiche per l'inserimento lavorativo, sia nelle aziende private, sia mirate al coinvolgimento della funzione pubblica per una co-progettazione e co-gestione con il privato sociale no profit.

- Valorizzare e promuovere in tutti i dipartimenti il sapere esperienziale, facendo avanzare la promozione degli ESP, Esperti in Supporto tra Pari, la cultura della *recovery*, della co-progettazione e co-produzione all'interno dei servizi. Rivendichiamo altresì il coinvolgimento degli ESP e delle Associazioni di familiari nella definizione, attuazione dei programmi e percorsi di inclusione sociale portati avanti insieme ai Servizi di salute mentale e altresì nel monitoraggio delle politiche, dei programmi e nella valutazione delle prassi. Non va dimenticato che per gli ESP coinvolti vanno preventivate le necessarie risorse per il loro compenso.

- Particolare importanza va posta alla formazione degli operatori con attenzione al lavoro istituzionale di équipe e di rete, al coinvolgimento delle persone con esperienza e familiari, ESP e non, finalizzata all'apprendimento di pratiche di inclusione sociale, alla presa in cura delle persone nei loro ambiti di vita, alla riduzione dei TSO, all'eliminazione della contenzione meccanica e chimica e ogni forma di segregazione.

- Sarebbe inoltre utile conoscere le materie che si insegnano nei Corsi di laurea e post-laurea per medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, terapisti della riabilitazione. Va superata la cultura universitaria organistica e psicofarmacologica di molti professionisti. La dimensione "clinica" va integrata a pratiche comunitarie e territoriali proprie del sistema di salute mentale che superi l'ambito ristretto della psichiatria. La "cura" non si esaurisce con interventi tecnici specifici quali farmaci, psicoterapie, quando ci sono, interventi psicosociali, nell'uso appropriato della statistica del DSMV, ma deve includere anche il "prendersi cura" che contempli un insieme più complesso di variabili, i c.d. "determinanti sociali della salute (povertà culturale, economica, relazionale …) e la capacità contrattuale della persona che va sostenuta e promossa.

- Occorrono operatori che siano formati alla relazione, che sappiano parlare con le persone di cui si prendono cura, gli ammalati e i loro familiari, che sappiano gestire una relazione che non sia di potere ma di ascolto, di rispetto dell'altro, di capacità di incontrare la persona là dove si trova. Il *cogito* di Cartesio *io penso, dunque sono* viene rovesciato da Sigmund Freud attribuendo all'inconscio la scaturigine profonda dei desideri e delle azioni e in particolare da Jacques Lacan che con il *sono là dove non penso* localizza la casa del soggetto nell'inconscio, nel *soggetto dell'inconscio:* ovvero, nei sogni, negli atti mancati, nei lapsus, nei motti di spirito, nei sintomi con cui diciamo o facciamo qualcosa di diverso di quello che consapevolmente avremmo voluto dire o fare o subire. Il soggetto non va cercato nel suo enunciato, in quello che dice, ma nella enunciazione, nella sua capacità di rispondere rispetto a quello che dice. (2) Nulla di tutto questo viene insegnato in università, occorrono non solo insegnamenti in questa direzione che "allenino" gli operatori ai fondamentali della relazione con l'Altro, ma anche percorsi individuali di conoscenza del proprio funzionamento, della propria divisione interna, dello scarto tra conscio e inconscio che abita ciascuno. La relazione non si insegna all'università, si apprende per esperienza e con il lavoro su di sé e sulle proprie relazioni.

Note:

(1) Il modello Budget di Salute si fonda su prestazioni flessibili, definite non sulle caratteristiche dell'offerta disponibile, ma sulla base dei reali "diritti di cittadinanza" della persona. E' diventato operativo per legge in Campania dal 2012 e utilizzato e anche in Piemonte, in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Campania, Lazio Sicilia e già ampiamente sperimentato nel Dipartimento Salute Mentale di Iseo (BS).

" - **non corrisponde meramente** alle risorse economiche disponibili, ma è costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali e umane, gli *asset*

strutturali, il capitale sociale e relazionale della comunità locale, necessari a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona;

- **è uno strumento organizzativo-gestionale** per la realizzazione di *progetti di vita personalizzati* in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso l'attivazione di interventi sociosanitari integrati;

- **è un sistema caratterizzato** da un'elevata flessibilità e soprattutto dal non essere legato a un tipo particolare di servizio o a uno specifico erogatore;

- **promuove e attua** il *protagonismo dei cittadini/utenti*, che si realizza nella co-costruzione dei singoli progetti personalizzati e si struttura nella definizione di un *contratto*;

- **promuove e attua** il *principio di sussidiarietà*, vale a dire la possibilità, la necessità e la ragionevolezza di affidare al livello più prossimo alle persone che ne avvertono il bisogno, la realizzazione di interventi che valorizzino le risorse informali di cura nei contesti comunitari. (3)"

(2) Jaques Lacan, *Scritti. Vol. 2, Posizione dell'inconscio,* Einaudi, Torino 2002, pp. 837-853. Jacques Lacan, *Scritti Vol. 1, L'istanza della lettera nell'inconscio o la ragione dopo Freud,* Einaudi, Torino 2002, pp. 511-513.

Sigmund Freud, *L'interpretazione dei sogni, Psicologia della vita quotidiana, L'Io e l'Es, Tre saggi sulla teoria sessuale, Il disagio della civiltà.*

(3) - Fabrizio Starace, *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*, Roma, Carocci Faber, 2011.

Fabrizio Starace, *Il Budget di Salute come strumento di promozione e sostegno dei progetti integrati nell'area sociosanitaria per la salute mentale, abstract della*

relazione al Convegno Dal supermercato delle prestazioni al Budget di salute. Ovvero da pazienti/assistiti a coproduttori del proprio bene-essere!, Roma, Campidoglio, 14 marzo 2013.

Altri riferimenti bibliografici:

- Angelo Righetti, *I budget di salute e il welfare di comunità*, editori Laterza, 2013.
- Legori Roberto, Manca Greta, *Il budget di salute in dieci punti*, Animazione Sociale n. 316, 2018.
- Michele Mosca, *Sviluppo umano e budget di salute*, FrancoAngeli editore, 2018.

Giuseppe Cersosimo

Il Servizio di Urgenza Psicologica e
Il Centro Clinico per la Cura e La Ricerca Psicologica

GIUSEPPE CERSOSIMO: Psicologo e psicoterapeuta sistemico, direttore scientifico di CREA Società Cooperativa Sociale ONLUS e responsabile scientifico della sua *Unità di Urgenza Psicologica*, responsabile scientifico del *Centro Clinico per la Cura e la Ricerca Psicologica* della Croce Rossa, oltre all'attività clinica, si occupa di formazione e supervisione anche di progetti di servizi psico-sociali complessi.

(A seguito testo in italiano)

Description of the managed companies.

*According to the **Italian Red Cross's** statute our initiative is inspired by art. 2, paragraph d) which literally says: "contribute to the achievement of the objectives and fulfillment of the national health service's tasks with its own staff made of both voluntary and hired people as well as staff seconded or assigned to perform the activities, health services and social care on behalf of the State, the regions and other public and private entities, establishing appropriate agreements".*

*The **CREA Cooperativa Sociale NGO**, founded in 1998 with long experience in the social and psychiatric sector, has as the main activity the psychiatric rehabilitation articulated in psychotherapeutic interventions, design and management of individual rehabilitative projects, design and management of rehabilitation projects in public and private Psychiatric Community Centers,*

interventions with families, management of expressive activities and self-help groups.

Servizio di Urgenza Psicologica.

*In April 2013 was launched an experimental health service:"***Urgenza Psicologica***" with the purpose of playing, during the weekends (Saturday and Sunday), the immediate intervention and mediation between the Psychiatric Emergency Room and the users in conditions of a "psychological crisis". In the start-up phase operators psychologists were participating as voluntary and it has been also requested the collaboration of* Ordine degli Psicologi della Lombardia *to help when recruiting the professionals needed. The purpose of the service is to avoid permanent damage to an individual who seems to be already compromised, not only in his mental functioning but also in his relationships networks, with his family and significant other people of the environment in which he lives.*

Centro Clinico per la Cura e la Ricerca Psicologica.

*In August 2013, it has been launched the "***Centro Clinico per la Cura e la Ricerca Psicologica***" extending its expertise to emerging psychological disease while being consistent with the fundamental principles of Red Cross, especially taking into account the socio-economic opportunities for users to access the offered services. Other associations have joined the* Centro Clinico*, as well as other psychiatrists too. The first phone approach is done by a Red Cross volunteer filling, respecting the privacy laws, in an information sheet. Within 48 hours, the caller is contacted by a psychologist to make an appointment.*

PREMESSA

Il programma sperimentale è stato avviato nell'anno 2009 con la costituzione del gruppo di lavoro, formato da membri del personale della cooperativa che, gradualmente, è stata coinvolta a più livelli. Il primo è stato quello progettuale che ci ha impegnati nello studio di fattibilità (ricerche in letteratura, analisi delle iniziative simili preesistenti) quindi nell'elaborazione dell'idea progettuale (analisi dei bisogni, definizione degli obiettivi, individuazione degli strumenti e delle azioni da compiere, identificazione dei risultati attesi, identificazione dei portatori di interesse da coinvolgere, analisi dei rischi e modello organizzativo).

MESSA IN OPERA

Dopo aver definito gli aspetti strutturali del progetto, si è passati al coinvolgimento diretto dei principali attori interessati, primariamente il Comitato Lombardo della C.R.I., l'O.P.L. e, soprattutto, la *Fondazione Cariplo*. All'O.P.L. è stato chiesto di sostenere il progetto dal punto di vista professionale perché incentrato sull'opera dei colleghi psicologi, oltre al supporto scientifico per due aspetti: la rilevazione delle prestazioni (dal punto di vista meramente statistico) e una valutazione delle ricadute professionali per i colleghi aderenti all'iniziativa. Alla Croce Rossa Italiana (Comitato Regionale e Comitato Locale), come ente erogatore è stata richiesta l'assegnazione di risorse già disponibili (locali nella sede di via Pucci 7 a Milano con arredi e attrezzature, ponte radio, linea telefonica, auto).

ORGANIZZAZIONE

- Il servizio è al momento attivo il sabato e la domenica dalle 9:00 alle 21:00.
- Il personale è formato da due psicologi volontari (su un gruppo, mediamente di 20-25 colleghi), e un volontario di C.R.I.

- Gli equipaggi, in caso di intervento sono composti da uno psicologo (in genere quello che ha risposto alla chiamata) e un volontario che ha le funzioni di accompagnatore, autista (patente C.R.I.), di osservatore e di sicurezza. L'altro collega rimane in servizio per continuare a rispondere alle chiamate e fornire supporto all'intervento se necessario.

Supervisione

Si è programmato di consentire a tutto il gruppo di operatori di svolgere un incontro settimanale di supervisione clinica durante la quale poter discutere dei casi (intervento, diagnosi, assegnazione di significato all'esperienza, ecc.) o per consapevolizzare i propri vissuti transferali e controtransferali per il loro utilizzo professionale. L'accento contenutistico o processuale è scelto in base alla domanda fatta e il relativo momento di supervisione.

Équipe

Il lavoro d'équipe oggi è il metodo più efficace per favorire il raggiungimento degli obiettivi professionali e per tutelare ogni professionista da eventuali rischi di isolamento e di *burnout*, soprattutto all'interno di contesti socio-assistenziali. Il gruppo di lavoro rappresenta, quindi, una vera e propria risorsa, prevedendo la collaborazione tra le figure professionali coinvolte, che operano in modo integrato in ciascuna fase di protocolli d'intervento efficaci volti a migliorare la qualità della vita dell'utenza: dall'attuazione alla valutazione. Inoltre, un monitoraggio in itinere che coinvolga ogni aspetto dei singoli percorsi d'intervento permette di realizzare i cambiamenti opportuni laddove i piani stabiliti inizialmente non si siano dimostrati del tutto efficaci.
L'obiettivo è anche quello di creare un contesto nel quale ognuno si senta libero di esprimersi, senza che senta il bisogno di mettersi sulla difensiva e senza il timore di essere giudicato: ogni punto di vista professionale è valorizzato per

l'importante contributo che porta, prezioso per il raggiungimento di risultati veramente efficaci.

FORMAZIONE

È stato progettato un percorso formativo che possa arricchire gli aspetti teorici e, soprattutto, le metodologie psichiatriche e psicologiche di azione, le problematiche, le necessità e le risorse negli interventi di urgenza. A questo scopo è stata avviata una collaborazione con l'Istituto di Psichiatria e Psicologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e con le colleghe Psicologhe e Psichiatre della ASL Napoli 1.

OBIETTIVI

1. Avviare un servizio innovativo che si occupi degli stati di crisi della vita quotidiana nei momenti in cui sono meno presenti strutture specialistiche;
2. organizzare il servizio sulla base di un volontariato altamente professionalizzato e motivato, in pieno spirito di C.R.I.;
3. offrire un servizio gratuito alla cittadinanza;
4. rendere il servizio stabile nel tempo dopo la fase di sperimentazione.

RISULTATI ATTESI

L'intervento si prefigge di portare immediatamente alla risoluzione psicologica della crisi e di condurre l'individuo ad un migliore utilizzo delle proprie risorse e capacità personali, cercando di evitare il ricovero ospedaliero, fattore di rischio per il passaggio dall'evento acuto ad una situazione clinica di cronicità. L'équipe si aspetta di diminuire il ricorso al ricovero ospedaliero e, soprattutto ai trattamenti sanitari obbligatori.

CONSIDERAZIONI TEORICHE

Strutturazione del setting.

Nella teoria classica l'ambiente fisico e relazionale in cui si svolge l'incontro tra psicologo e utente è il *setting*. L'accordo comune è basato su punti essenziali come il luogo, che non deve essere casuale o improvvisato, deve garantire la privacy, la comodità, essere accogliente. Nell'intervento di urgenza e presso il domicilio del chiamante non si possono rispettare queste semplici regole, ma ci si deve affidare quasi esclusivamente alla costruzione della relazione operatore-utente, la quale sarà inserita a sua volta in un contesto più ampio che è il luogo in cui avverrà l'intervento con le altre persone presenti. A questo punto non si può non far ricorso all'aiuto di premesse importanti:

1. Le leggi di natura non vengono scoperte bensì inventate.
2. Non è possibile una distinzione netta tra colui che osserva e l'oggetto osservato, poiché entrambi si definiscono come tali attraverso la reciproca interazione.
3. Ciò che si definisce conoscenza non può essere considerata una "rappresentazione" del mondo esterno ricavata dal mondo reale, ma è una costruzione fatta dal soggetto con materiali presi al proprio interno.
4. La cognizione non è un mezzo per conoscere la realtà oggettiva, ma serve all'organismo per adattarsi all'ambiente.
5. Ciò che viene osservato non sono cose, proprietà o relazioni di un mondo che esiste indipendentemente dall'osservatore, bensì delle distinzioni effettuate dall'osservatore stesso, in seguito alla propria attività nell'ambiente.

(Per approfondimenti vedere autori come i precursori Jean Piaget e George Kelly, oppure Ernst von Glasersfeld, Heinz von Foerster, Humberto Maturana, Francisco Varela, Paul Watzlawick).

Co-costruzione del setting

Considerando tre elementi costitutivi dell'intervento sulla crisi il *set*, il *setting* e il *setup*, non si può non rilevare che l'unico aspetto che può essere – almeno in buona parte – studiato e predefinito è il *setup*. Ovvero, l'insieme delle procedure formali attraverso cui condurre la consulenza richiesta, già nella fase di ricezione della domanda. In pratica discriminare: chi effettua la domanda (paziente, familiare, vicino, amico, ecc.), in quale situazione si è chiamati ad intervenire (acuzie, disagi del gruppo di appartenenza rispetto al disturbo del paziente, allarme sociale, rottura degli equilibri familiari), la condizione di cura (caso già seguito da altri servizi/colleghi, primo contatto), il qui e ora.

D'altra parte, appare molto più fragile la definizione del *set* come insieme di regole, accordi e luoghi fisici precostituiti nel quale inserire l'intervento. Assume un particolare rilievo la flessibilità e la capacità dell'operatore di costruire una relazione positiva in un contesto imprevedibile e altamente variabile. A questo proposito si sottolinea come caratteristiche degli psicologi coinvolti siano in parte dovute alla preparazione professionale e in parte sostenute dagli incontri periodici di supervisione, équipe e formazione (vedi oltre).

Inoltre, il *setting*, definito come insieme di competenze e conoscenze teorico-professionali che permettono l'interazione con il paziente e/o gruppo di appartenenza, è finalizzato al ripristino dell'equilibrio precedente alla crisi o proiettato verso nuovi sviluppi esistenziali.

Definizione dei "tempi"

La percezione del tempo è soggettiva ed è differente da persona a persona, tra gruppo e gruppo e anche dalla stessa persona in momenti diversi. È un errore parlare di un tempo "più vero" d'un altro. La distanza tra filosofi e fisici è superabile tenendo conto che i tempi molteplici non sono altro che descrizioni

compiute da diversi osservatori [1]. Considerando l'espressione di Fraisse "orizzonte temporale"[2] non solo la percezione del tempo risulta caratteristica di ciascun individuo ma è anche dinamica: l'orizzonte temporale dell'individuo varia con il variare del contesto. In una situazione di crisi, come quella dell'intervento d'urgenza, l'offerta di un programma terapeutico risulterebbe inadeguata e restringerebbe il campo ai soli aspetti patologici ponendo come obiettivo la loro risoluzione. L'intervento d'urgenza, d'altro canto, ha la possibilità di focalizzarsi sulle risorse più che sui problemi, sulla salute più che sulla malattia, «La premessa centrale è che il problema appartiene al cliente e continua ad appartenergli per tutta la durata del processo di consulenza»[3]. È necessaria una coordinazione fra tempi e orizzonti temporali per evitare blocco e rigidità, oppure caos e imprevedibilità [4]. Questa coordinazione dipende da diversi fattori, biologici, culturali, sociali, che inseriscono – e ne condizionano i tempi – il sistema relazionale operatore dell'urgenza-utente in contesti significativi (famiglia, lavoro, ecc.) a loro volta inseriti in contesti più vasti, sociali e culturali. In sintesi, in accordo con Boscolo e Bertrando[5], l'intervento sulla crisi si svolge nel "qui e ora" con l'intento di favorire un ingaggio, che consenta di instaurare una relazione positiva, che coordini azioni, significati e tempi, una sorta di "danza".

1 L. Boscolo, P. Bertrando, I tempi del tempo, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.

2 P. Fraisse, La psychologie du temps, Presses Universitaires de France, Paris 1957.

3 E.H. Schein, Process Consultation, vol. 2, Lessons for Managers and Consultants, Addison-Wesley, Reading 1987.

4 L. Boscolo, P. Bertrando, 1993, op.cit.

5 Ibidem

PROSPETTIVE DI SVILUPPO DEL SERVIZIO

Ad oggi il servizio *Urgenza Psicologica* è attiva, oltre che nella città di Milano, anche a Monza e a Varese. La collaborazione con l'Ordine Professionale degli Psicologi e dei colleghi consentirà, nei prossimi mesi, l'estensione del servizio anche alle città di Lecco, Bergamo, Como e Crema.

Cristina Palmieri

Vivere e praticare la cura dal punto di vista pedagogico: possibilità e limiti dell'agire educativo in salute mentale

CRISTINA PALMIERI: Docente di Consulenza nel Disagio Educativo e di Pedagogia dell'Inclusione Sociale presso l'*Università degli Studi di Milano-Bicocca*. Presidente del Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione presso la medesima università. Socia fondatrice del Centro Studi *Riccardo Massa.*

La diffusione dei servizi territoriali ha aperto l'ambito della salute mentale anche alle figure educative, nell'ottica di una visione multidisciplinare, multidimensionale, esistenziale e sociale della cura. Negli intenti della legge 180 e delle normative che a livello mondiale ed europeo hanno iniziato a promuovere la salute mentale, la cura si prefigura in qualche modo l'obiettivo di far diventare la salute mentale un "bene comune", riattivando quella sensibilità, partecipazione e responsabilità diffusa che è in grado di comprendere il disagio, dal più nascosto al più conclamato, come una dimensione esistenziale strutturale oltre che come un rischio cui nessuno si può sottrarre, soprattutto nei tempi di crisi e povertà (non solo economica, ma anche sociale e culturale) che stiamo vivendo. Tale obiettivo, tuttora, rimane tale: qualcosa da raggiungere, lavorando incessantemente su quel cambiamento di paradigma dal sanitario al sociale, dall'assistenziale al promozionale, dalla malattia alla salute mentale che era indicato nell'opera di Basaglia e nella legge 180, ma che sappiamo bene quanto ancora debba radicarsi tra i professionisti della cura stessa ma soprattutto a livello culturale e sociale.

Il contributo degli educatori e dei pedagogisti si colloca qui: in questo lavorìo incessante di promozione di un cambiamento culturale che riguarda il modo in cui ciascuno affronta le sfide che la vita quotidiana gli propone dando un senso e dei significati particolari alle difficoltà, come alle gioie, che incontra. Si tratta di un lavoro – di cura, appunto – che avviene non solo nei servizi, ma più in generale nei territori e nei contesti che si occupano di disagio mentale e non solo, ovvero in tutti quegli ambiti (educativi, di lavoro, di tempo libero) in cui di fatto si esprime il modo in cui ciascuno dà corpo alla propria salute mentale.
Se questo mostra a livello generale la cornice del lavoro educativo, possiamo delinearne sinteticamente i presupposti e le caratteristiche, le possibilità e i limiti, sapendo bene che tutto ciò, nella pratica professionale quotidiana, non può mai essere dato per scontato e che quindi richiede attenzione, riflessione, ricerca continua.
Innanzitutto, ciò che anima il lavoro educativo in e per la salute mentale è un certo modo di pensare la cura e l'educazione, e, quindi, un certo modo di pensare i soggetti in gioco: chi riceve ma anche chi dà, predispone, favorisce cura ed educazione. Il punto di vista pedagogico concepisce la cura come una dimensione esistenziale che struttura l'esistenza umana (Heidegger, 1976). La cura, prima che essere un intervento o una pratica, è quel modo di vivere a cui ciascuno nel suo percorso dà forma, e che tiene insieme, in un legame inscindibile, l'effettività – ciò che chiunque si trova a vivere: il proprio corpo, la propria famiglia, il proprio contesto sociale, senza averlo scelto – e la possibilità, ovvero la facoltà di essere sempre in un rapporto non deterministico con quelle condizioni di vita già date. Il soggetto allora è sempre "possibile": qualunque sia la sua "condizione di partenza", perché è sempre possibile entrare in un rapporto non predeterminato con quella condizione. Ed è proprio su questo che lavora la prospettiva pedagogica: non tanto sulla difficoltà in sé, sul trauma, sulla malattia, sull'effettività dunque, ma sul modo in cui quella condizione impatta

sull'esistenza delle persone; sul modo in cui quella condizione *si può* affrontare, sul modo in cui le *si può* dare significato.

Questo è lo spazio – e il limite – d'azione di chi educa: quello del rapporto con le condizioni date, per sviluppare possibilità di relazione inedita con quelle stesse condizioni. Possibilità anche minime, faticose da costruire, ma sempre aperte.

La cura educativa, così, non si pone il problema della guarigione, soprattutto se intesa in senso clinico. Da questo punto di vista, capiamo invece bene come questo modo di pensare la cura educativa sia vicino alla guarigione sociale, alla promozione di percorsi di recovery, e, insieme, di inclusione sociale.

Come lavora, allora, il professionista dell'educazione? Cosa fa?

Allestisce esperienze, in modo tale da coinvolgere le persone in situazioni che, anche per una minima parte, possano essere significative per loro, possano far scoprire loro qualcosa di sé, del proprio modo di affrontare la vita e le sue fatiche, della propria possibilità di affrontare tutto questo in altri modi, del proprio modo di relazionarsi con se stessi e con gli altri, di abitare una casa, di intendere il lavoro, ecc.

Non esiste un'esperienza standard, e non ogni esperienza è educativa. La competenza degli educatori consiste proprio nel saper trasformare esperienze quotidiane in esperienze da cui imparare qualcosa che sostiene e promuove, nelle persone, le loro capacità esistenziali: l'occuparsi di sé e degli altri, il sentire e coltivare desideri e capire come perseguirli, il comprendere cosa faccia star bene e cosa no, il capire come contribuire ai contesti in cui si abita, ecc. Gli educatori promuovono tutto questo valorizzando l'esistente ma anche aprendo "nuovi campi di esperienza": osando frequentare spazi ("ribalte", direbbe Goffmann) che possano far sperimentare alle persone la possibilità di "essere" diversi, segnando discontinuità sempre più importanti con il proprio sentirsi "pazienti" o "malati" e fornendo occasioni per poter entrare in una relazione differente con la propria esperienza di malattia o di disagio.

Perché ciò sia possibile, gli educatori agiscono "con metodo": non applicando procedure, ma rispettando, situazione per situazione, quelle condizioni che possono rendere un'esperienza educativa: usano strategie educative indirette, creano mediazioni, pensano ai tempi e agli spazi in cui far fare esperienza, progettano l'inizio e la fine di quello che vivranno con gli utenti, modulano il loro coinvolgimento e suscitano il coinvolgimento altrui, e molto altro.
E non agiscono solo con le persone "direttamente interessate", ma interagiscono con i loro contesti di vita per generare occasioni di esperienze autentiche ma "protette": esperienze in cui si possa sbagliare e comprendere perché e come fare la prossima volta, esperienze da cui poter imparare.
Da queste poche note, emerge un lavoro complesso, che si agisce in prima linea, a contatto con le persone in situazione di disagio, ma anche "dietro le quinte". Si tratta di un lavoro faticoso, che ha molti limiti: non è un lavoro visibile, e per questo spesso è poco riconosciuto. Necessita di tempi lunghi, perché lunghi sono i tempi dell'apprendimento esistenziale. Si basa sulla possibilità di promuovere partecipazione e inclusione sociale, perché coinvolge territori, "gente comune" e non solo servizi. Trova quindi i suoi limiti anche in quelle condizioni politiche e sociali che, in qualche modo, non favoriscono la possibilità di istituire esperienze educative diffuse. Ma proprio per questo lavora per creare dubbi, incertezze: situazioni in cui quelle barriere sociali e culturali che impediscono l'attecchire di una responsabilità educativa (nel senso sopra esplicitato) diffusa siano messe in discussione dalla sperimentazione di attività, incontri, occasioni che facciano vivere altro rispetto a quello che, a livello di senso comune, ci si aspetta.
È dunque, quello educativo, un lavoro che va conosciuto, condiviso e sostenuto: altro suo limite, è ridondante a questo punto esplicitarlo, è la solitudine, che pure è molto avvertita dagli educatori. Elemento su cui occorre porre attenzione, da parte di tutti i professionisti della cura.

Giuseppe Ruggiero

GIUSEPPE RUGGIERO: Psichiatra, psicoterapeuta e mediatore familiare. Direttore dell'*Istituto di Medicina e Psicologia Sistemica* di Napoli (IMePS), Presidente della *Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia* (FIAP), Presidente dell'*Associazione Internazionale Mediatori Sistemici* (AIMS), co-fondatore dell'*Associazione Italiana di Terapia Familiare* (AITF). Ha fondato, a inizio anni '80, il primo centro di riabilitazione psichiatrica in Campania, *l'Aquilone*, in linea con i centri di Rieti e Trieste, diventato poi cooperativa sociale.

In questa tavola rotonda "La Legge 180 e il comune denominatore di una cultura condivisa della cura: un ponte fra il sanitario, il sociale, l'educativo" parlerò brevemente della mia esperienza come Psichiatra dei servizi pubblici negli anni '80, quando fondai, insieme ad un gruppo di colleghi e operatori sociali, il primo Centro di Riabilitazione Psicosociale della Campania, l'*Aquilone*, ancora oggi esistente come cooperativa. Mi soffermerò in particolare sui punti di connessione tra il pensiero di Franco Basaglia e gli sviluppi delle pratiche di cura nell'ambito della salute mentale, mettendo al centro il ruolo svolto dalla psicoterapia, nelle sue diverse evoluzioni teorico-cliniche.
Il modello sistemico è stato e continua ad essere, a mio avviso, la proposta più coerente con le idee di Basaglia, per l'attenzione rivolta alla lettura dei contesti e delle dinamiche familiari e relazionali che si strutturano intorno all'esperienza del disagio psichico.
Dalle immagini del manicomio, dunque, alla cura attraverso le immagini: una visione estetica.

© 2018 FABIO BURRELLI

Riccardo Zerbetto

RICCARDO ZERBETTO: membro del Comitato Scientifico del CIPRA, Neuropsichiatra (infantile, adulti). Direttore del *Centro Studi di Terapia della Gestalt* (CSTG), sedi di Milano e Siena, già Presidente dell'*Associazione Italiana di Psicologia Umanistica e Transpersonale* e dell'*European Association for Psychotherapy* (EAP), socio onorario della *Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia* (FIAP). Presidente e direttore scientifico di *Orthos*, associazione per lo studio e il trattamento dei giocatori d'azzardo, ha lavorato per 20 anni nei servizi di salute mentale.

Ho la fortuna di aver condiviso il grande processo di rinnovamento dell'assistenza psichiatrica a partire dal lavoro in ambito manicomiale ad Ancona e poi a Siena sino a coordinare i servizi psichiatrici della USL dell'Amiata per concludere il mio impegno in questo ambito in qualità di consulente del Ministro della Sanità *Aldo Aniasi* in tema di psichiatria e tossicodipendenze curando per conto del Centro Studi dello stesso ministero tre volumi su *Realtà e prospettive della riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia* e avendo un diretto rapporto di collaborazione con Franco Basaglia in quanto consulenti del Comune di Roma rispettivamente in tema di tossicodipendenze e di psichiatria. Pur nel comune impegno in ambiti affini, non mancarono tuttavia motivi di contrasto in merito al ruolo che potessero svolgere interventi di psicoterapia in ambito istituzionale che, spesso orientati in senso psicoanalitico in quegli anni, mal si integravano ad una prospettiva che privilegiava il lavoro teso al reinserimento sociale e alla riabilitazione. Oltre ad occuparmi di farmaci sostitutivi e di comunità terapeutiche, ho esplorato diversi approcci nella psicoterapia che potessero essere applicati con efficacia alle tossicodipendenze (approccio psicodinamico, relazionale, psicocorporeo e gestaltico) sino a pubblicare gli atti del congresso su *Fondamenti comuni e diversità di approccio in psicoterapia* per conto della *European Association for Psychotherapy* di cui sono stato presidente nel biennio

1978-79 e co-fondatore della *Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia* (FIAP) che è autorevolmente rappresentata in questo convegno da Giuseppe Ruggiero. Mi sono quindi dedicato alla formazione nella psicoterapia in qualità di direttore del *Centro Studi di Terapia della Gestalt* (CSTG) ma dedicandomi elettivamente alle Dipendenze comportamentali co-fondando la *Associazione Italiana per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio-Alea*. Potendo contare sulla collaborazione di Colleghi ex-allievi nella psicoterapia e nel *counseling* ho avviato dal 2007 il *Progetto Orthos*, un *Programma Residenziale Intensivo Breve (PRIB*) sostenuto dalla Regione Toscana per dieci anni come "progetto sperimentale" e che recentemente è stato inserito tra le metodologie innovative previste dalle *Linee di Indirizzo* del Ministero della Salute in tema di Gioco d'azzardo Patologico. Una tipologia di intervento che integra le competenze dello psichiatra, dello psicoterapeuta e del *counseling*, oltre che dell'arte-terapia, in un progetto sinergico e multiprofessionale di intervento. Concludo questo sintetico *excursus* sulla evoluzione della politica socio-sanitaria in tema di salute mentale e dipendenze, per quanto ho potuto esserne testimone partecipe, ritenendo che:

- I 40 anni dalla chiusura dei manicomi, grazie alla introduzione della legge Basaglia, possono sicuramente essere considerati una conquista della società civile, del progresso scientifico e della componente "umanistica" che il nostro Paese ha saputo esprimere in un settore così complesso e che è indice del generale stato di "benessere" di una collettività.
- Certo, non sono mancate difficoltà e sofferenze, spesso sulla pelle dei familiari che sono stati chiamati, spesso forzosamente, a sostenere il carico della "cura" dei sofferenti psichici nella misura in cui la stessa è stata, in qualche modo, distribuita sui cittadini più direttamente interessati da questa sofferenza, ma, a cerchi concentrici, dalla collettività tutta.

- E questo all'insegna di un disegno "politico" oltre che tecnico che ha inteso contrastare la logica più sbrigativa e deresponsabilizzante della "delega" ai tecnici della gestione, quando non della pura repressione (chimica se non più fisica) dei sofferenti psichici.
- Nonostante i molteplici tentativi "regressivi" al ritorno ad una politica di ospedalizzazione-emarginazione, i dati statistici sembrano dare ragione alla strada intrapresa se il numero dei posti letto per ricoveri psichiatrici registra percentuali del 2,9 rispetto alla media europea del 14% dei posti letto evidenziando l'importanza delle "scienze sociali" e di un "approccio umanistico" alla "cura" del sofferente psichico che spesso trae maggiore beneficio dalla solidarietà che non dalle reclusioni e da un approccio medico distaccato ed impersonale che solo a parole può definirsi più "scientifico".
- Nel rispettare il merito di Basaglia nell'aver allargato il contesto dell'intervento all'intera società civile, non possiamo sottovalutare l'enorme contributo fornito da una fioritura di "Professioni nella Relazione di Aiuto" (PRA) che dalla psichiatria e dalle altre professioni sanitarie, come la infermieristica e la riabilitazione psichiatrica, si sono estese alla psicologia-psicoterapia, al *counseling*, ai gruppi di auto-mutuo-aiuto, al volontariato che in modo non marginale hanno consentito di diversificare ed estendere le possibilità di prevenzione e cura rappresentando, nel loro insieme, la risorsa determinante nel contenere la deriva del ricovero ospedaliero e l'avvio della psichiatrizzazione del sofferente psichico.
- Nasce dalla testimonianza di un ruolo diretto e fondamentale nella partecipazione al movimento di de-ospedalizzazione della sofferenza psichica la iniziativa promossa dal CIPRA unitamente ad autorevoli rappresentanti delle diverse PRA direttamente co-interessate a questo ambizioso progetto che vede ancora l'Italia in un ruolo di protagonismo e di *leadership* in tema di "scienze umane" a cui anche altri paesi continuano

a ispirarsi nelle loro politiche di contenimento della sofferenza psichica e della devianza che pure minaccia così drammaticamente la società odierna.

Con l'augurio che possa aprirsi una stagione di ampia sinergia tra le PRA, di cui il CIPRA si promuove come catalizzatore, affinché nella definizione delle specifiche "competenze professionali" possa offrirsi alla collettività una gamma ampia e diversificata di interventi sia in ambito pubblico che di privato sociale che superi le sterili contrapposizioni di categoria che certo non giovano ad un progetto di salute pubblica coerente con l'evoluzione della società odierna.

TAVOLA ROTONDA

"Sguardi reciproci sulla Legge 180: istituzionalizzazione/deistituzionalizzazione in Europa e nel mondo."

MODERATRICE: CECILIA EDELSTEIN

CECILIA EDELSTEIN: attuale Presidente CIPRA, psicologa, mediatrice familiare, counselor e *family therapist*, fondatrice e presidente dell'associazione *Shinui - Centro di Consulenza sulla Relazione* di Bergamo (www.shinui.it).

Claudio Gallone

"Memorie fotografiche. Uno sguardo altrove."

CLAUDIO GALLONE: giornalista, *reporter* in aree di guerra e crisi umanitarie. Direttore di giornali nazionali e *anchorman* del *network* televisivo internazionale CNBC, scrittore, saggista ed editore, ha collaborato con UNHCR, l'alto commissariato per i rifugiati delle Nazioni Unite. Nei suoi servizi emerge una particolare attenzione al disagio sociale, al conflitto e alla cura in ambito sanitario e della salute mentale.

Psichiatria ai Confini del Mondo
La cura in Sierra Leone e in Afghanistan

In occasione del Convegno Internazionale del CIPRA sul quarantennale della Legge Basaglia presenterò lo scenario di quanto ho documentato in due Paesi colpiti da guerre e conseguenti crisi umanitarie: Sierra Leone e Afghanistan. Dal 2001 al 2015 ho realizzato reportage fotografici e servizi giornalistici in circa 90 Paesi nel mondo, tra cui numerosi teatri di guerra e aree devastate da cataclismi naturali o grandi crisi umanitarie. Mi sono spesso imbattuto negli esiti di traumi e shock che hanno causato profondi disagi psichici sulle popolazioni. Da testimone, con la mia macchina fotografica, ho potuto constatare come, nel tentativo di sopravvivere, l'essere umano tenta la fuga da tanti orrori insopportabili per la mente. Cerca stabilità ed equilibrio. Ma ho anche avuto spesso la sensazione, che dove e quando non esistono le opportunità per realizzare un cambiamento reale, la mente ricerca un tentativo estremo per "non stare" e non accettare tanto dolore. E si dissocia dall'esistenza.

Dal 1991 al 2001 la Sierra Leone è stata devastata da una guerra civile tra le più brutali che l'Africa possa ricordare. Il presidente della Liberia Charles Taylor è stato recentemente condannato a 50 anni di galera per gli efferati crimini di guerra commessi nel Paese, con l'intento di accaparrarsi il controllo delle miniere di diamanti che si trovano a cielo aperto. In undici anni di conflitti sono state uccise circa 50 mila persone. Oltre 6 mila sono state amputati a colpi di machete. Alla fine della guerra la *World Health Organization* ha stimato che in Sierra Leone, su una popolazione di circa 7 milioni di abitanti, quasi mezzo milione soffriva di malattie mentali come depressione o *Post Traumatic Stress Disorder*. Di queste solo l'uno per cento riceveva qualche cura, ma non sempre.

Grazie all'aiuto di un prete missionario italiano (del poco noto Ordine dei Giuseppini) nel 2008 sono riuscito ad entrare al *Kissy Mental Hospital* in un sobborgo ai margini di Freetown, la capitale della Sierra Leone.

Fondato nel 1820 col nome di *Kissy Lunatic Asylum* è l'unico ospedale psichiatrico non solo della nazione, ma di tutto il *West Africa Sub Sahariano*.

Il *Kissy Mental Hospital* ospita oltre 250 pazienti. Sono tutti prigionieri, tenuti sedati con psicofarmaci e in catene. Direttore dell'ospedale è un infermiere. Mi ha riferito che lo psichiatra cui fa riferimento si reca all'ospedale una volta alla settimana. Ma non sempre. Dalle mie fonti ho verificato che oggi quello psichiatra ha compiuto 70 anni e non esercita più.

Quasi tutti i letti sono sprovvisti di materassi. Nelle corsie viene fatta girare un'unica tanica d'acqua dalla quale i pazienti possono bere a turno. Ma non c'è sorveglianza e non è detto che l'acqua arrivi a tutti. I pavimenti sono ovunque lordi di liquami.

Un giovane uomo sta in piedi incatenato vicino a una porta. Declama Shakespeare leggendo un libro che tiene girato al contrario. Ha i pantaloni abbassati ed è nudo dalla cintola in giù.

Un altro parla con il suo spazzolino da denti. Un altro ancora sostiene di essere un profeta di Dio mentre il suo vicino gli parla della situazione politica, convinto di essere al Parlamento.

Nel Reparto dei Violenti, i letti sono stati sostituiti da porte di automobili arrugginite. In un perfetto inglese un paziente molto muscoloso dice aver dipinto per il mio arrivo "*l'Ultima Cena*", mostrandomi dei graffi sull'intonaco consunto della parete. Quindi mi afferra in una stretta dalla quale riesco a scivolare via con uno stratagemma. Intanto una vecchia guardia urla fuori dal reparto di uscire, perché sono in un luogo molto pericoloso.

Il *Kissy Mental Hospital* si trova a Krio, in una località nota come "*Crase Yard*", nella zona est di Freetown circondata da case bruciate. L'ospedale era stato occupato dalle truppe del Ruf, il *Revolutionary United Front*, il gruppo di ribelli che reclutavano bambini e li costringevano a uccidere gli abitanti dei villaggi, per rappresaglia contro il governo centrale e per indurlo a non indire nuove elezioni. Prima di ogni attacco, i giovani sottufficiali incidevano nella fronte dei soldati più piccoli un taglio di un centimetro, nel quale inserire la *Brown Brown*, un cocktail di cocaina e polvere da sparo che garantisce un flash immediato, molto coraggio e l'esplosione di violenza e crudeltà.

Secondo le stime dell'ospedale governativo della regione di Bo, l'abuso di droghe rappresenta l'80,5 per cento delle cause di malattie psichiatriche. La *World Health Organization* stima che in Sierra Leone ci siano 715.000 persone che soffrono di disturbi mentali. Ma solo in 2.000 ricevono alcune cure a causa dell'arretratezza e della povertà della regione.

Ma, in generale, il disagio mentale non viene considerato degno di attenzione e di cura. E le persone malate non solo non riescono a trovare un lavoro, sono anche oggetto di molestie e abusi sessuali. Soprattutto se di genere femminile. Si stima che nella vicina Liberia, colpita dal conflitto, il 40 per cento della popolazione soffra di *Post Traumatic Stress Disorder*. In questo Paese, dove

vengono praticati riti sciamanici e stregoneria, la popolazione crede che la malattia mentale sia contagiosa. Dalle testimonianze che ho raccolto, in assenza di ospedali psichiatrici, i malati che soffrono di convulsioni, come gli epilettici, corrono il rischio di essere arsi vivi o affogati.
Dal 2008 in Sierra Leone è stata istituita la *Mental Health Coalition*. E la commissione Europea ha cercato di avviare una sponsorizzazione per la formazione di 25 infermieri dedicati ai malati psichiatrici. Ma secondo i tempi africani tutto questo richiede tempo.

A 8.500 chilometri di distanza, in altra regione del Pianeta, nel Vicino Oriente, la situazione non è del tutto dissimile. In Afghanistan ho avuto modo di riscontrare un relativo senso civico nei confronti della malattia mentale. Anche perché qui è molto diffusa per i danni psichici provocati da circa 40 anni di guerre e invasioni da parte dei Russi prima, dagli Americani poi e con l'intervallo delle atrocità commesse dal governo dei Talebani.
La regione di Jalalabad, che dista circa 170 chilometri da Kabul, ha una cultura fortemente integralista e la popolazione è praticamente sotto il controllo spirituale dei talebani. Qui le pratiche mediche sono ancora ancestrali, soprattutto per quanto riguarda le patologie mentali. La cultura radicalizzata spiega che il sintomo psichiatrico rappresenta l'epifenomeno di un disagio dello spirito che non riesce a comunicare con Allah.
Quando un uomo presenta un comportamento psicotico o fortemente aggressivo in famiglia, per cui picchia moglie e figli, è ancora nella norma. Ma quando incomincia a molestare e a colpire senza alcun motivo anche gli amici, allora viene portato al cimitero del villaggio. Qui riceve le prime cure e viene eseguita la diagnosi, per capire che cosa fare. Il paziente in osservazione viene tenuto per quaranta giorni e quaranta notti in catene sotto un albero. La dieta è a base di pane, acqua e pepe nero. Non esistono infermieri, perché se ne prendono cura

i bambini del villaggio che vivono e giocano tra le tombe, sotto il controllo del guardiano del santuario.
La dieta è talmente povera che affievolisce le energie anche dei più violenti.
Molti sono tossicodipendenti. L'abuso di hashish, ma anche dell'oppio, è frequente tra gli uomini. E le famiglie portano il congiunto per una cura al cimitero quando è ormai incapace di intendere e volere. La terapia è di un'astinenza assoluta e per come viene proposta, rappresenta un'antica ed efficace formula di disintossicazione.
Se il guardiano del cimitero riconosce che Allah, forse, si è rivelato e ha parlato al cuore del paziente, la cura viene protratta per altri 40 giorni. Giusto il tempo per verificare che Allah non si sia sbagliato.
Ma se Dio non offre alcun segno della sua presenza, la porta dell'ospedale psichiatrico di Nangarhar è aperta.
Quando entro trovo una cinquantina di pazienti raccolti nel cortile accanto ai loro letti che sono stati spostati all'aria aperta per sopravvivere al caldo. Sono tutti in divisa. Il direttore è uno psichiatra molto gentile e umano. Si lamenta di poter fare quello che può, con i pochi farmaci a sua disposizione. Anche qui non ci sono infermieri. E il suo ospedale è l'unico per tutta la regione orientale del'Afghanistan. Nel Paese si contano altri due nosocomi psichiatrici. Uno è a Kabul, l'altro a Shebargan.
Secondo le stime del 2018 di *Emro*, l'agenzia regionale delle nazioni Unite che opera in seno alla *World Health Organization*, oltre un milione di afghani soffre di disagi mentali e 1,2 milioni soffre di disordini d'ansia. In tutto il Paese operano otto psichiatri, 18 infermieri specializzati e 20 psicologi per una popolazione di 31,5 milioni di abitanti. Le donne sono molto più sofferenti per depressione e stati d'ansia, causati da perdite traumatiche, shock, abusi sessuali, violenze domestiche. Ma gli stati psicologici e le psicosi che ne derivano sono sanzionati dalla loro stessa società con la "*Purda*", una sorta di segregazione riservata al genere femminile, che le impedisce ogni relazione sociale.

Nel corso dei miei reportage ho sempre cercato di alzare la macchina fotografica senza giudizio né pregiudizio. E ho cercato di stare con i semplici battiti del mio cuore, ascoltando il mio respiro. Nella sequenza delle immagini che vi presento, vi racconto quello che i miei occhi hanno visto…

Docufilm fotografico

A seguito, proiezione di fotografie degli spazi di salute mentale in Afghanistan e in Sierra Leone.

Mostra pubblicata con i diritti d'autore sul sito del CIPRA.

Dinesh Bhugra

ITA

Discriminazione sociale e malattia mentale nel mondo

DINESH BHUGRA (Inghilterra): già Presidente della *World Psychiatric Association* (WPA) fino al 2017, la massima Istituzione internazionale che si occupa della psichiatria e che raccoglie decine di migliaia di psichiatri in tutto il mondo; si è particolarmente dedicato nel corso degli anni alle tematiche di psichiatria sociale.

In tutto il mondo si riscontrano frequentemente lo stigma e la discriminazione nei confronti dei soggetti con malattia mentale. Entrambi sono fortemente influenzati dal modello di conoscenza dominante, dalla religione e dalla comprensione dei fattori eziologici. La giustizia sociale e sanitaria dipendono dal potenziamento di varie istituzioni nella società, cosicché ciascun individuo, sia egli in salute o malato, possa avere uguali diritti. La giustizia sociale riflette il fondamento basilare per cui tutti gli individui hanno il diritto di vivere senza discriminazioni relative al loro stato di salute, sesso, religione, orientamento sessuale o ad altri fattori. Nonostante gli sforzi compiuti dalle Nazioni Unite attraverso la stesura della Carta dei Diritti delle Persone con Disabilità, i diritti civili, siano essi economici, legali o sociali, hanno avuto diverse velocità di evoluzione a seconda dei Paesi considerati. Abbiamo lanciato uno studio sui diritti delle persone con malattia mentale presenti nel sistema legislativo degli stati membri delle Nazioni Unite, articolati in quattro aree: diritto di voto, diritto di contrarre matrimonio, diritto di ereditare proprietà o stendere testamento e diritto all'impiego lavorativo. Sono stati raccolti dati mediante una ricerca di

termini ufficialmente utilizzati nelle leggi di 193 Paesi, che hanno mostrato un'elevata e diffusa prevalenza di discriminazione a svantaggio dei soggetti con malattia mentale. Solo il 40% circa dei Paesi esaminati non ha mostrato la presenza di discriminazione nel proprio sistema, una chiara dissonanza fra la retorica e gli attuali impianti legislativi: ci attende un lungo cammino. Raccomandiamo che al fine di eliminare la discriminazione, le leggi vengano cambiate ove sia appropriato, per sostenere cambiamenti sostanziali nella società. I clinici hanno la responsabilità morale di difendere i propri pazienti. Seguirà descrizione della Carta dei Diritti.

Dinesh Bhugra

ENG

Social Discrimination and Mental Illness around the globe

Stigma and discrimination against people with mental illness is rife across the globe. These are very strongly influenced by prevalent knowledge, religion and understanding of causative factors. Social and health justice is dependent upon strengthening of various institutions in the society so that every individual whether they are ill or healthy have equal rights. Social justice reflects basic rights that all individuals have a right to live without discrimination related to their health status, gender, religion, sexual orientation or other factors. Although through its Charter for Rights of Persons with Disability, the United Nations' have made efforts, the human rights be they economic, legal or social have evolved at different pace in different countries. We set out to study the rights of people with mental illness in the legal systems and laws of member states of the United

Nations as applied to people with mental illness in four areas: right to vote, right to marry, right to inherit property or make a will and right to employment. We collected data using standard terms in the laws of 193 countries and found that wide spread discrimination against people with mental illness is prevalent. Only around 40% of countries have no discrimination in their systems thus there is a long way to go also indicating that there appears to be a clear dissonance between the rhetoric and actual laws. We recommend that in order to eliminate discrimination laws need changing where appropriate in order to have sustained changes in society. Clinicians have a moral responsibility to advocate for their patients. Bill of Rights will be described.

Social Justice, Social Discrimination and Mental Illness

Prof Dinesh Bhugra, CBE
@dineshbhugra
Milan Nov 2018

Social Role

- Virchow (1986) highlighted the social origins of illness.
- Anderson et al (2005) note that Virchow's perception was that illness was an indictment of the political system.
- Virchow is said to have gone further and argued that 'medicine is a social science and politics is nothing else but medicine on a large scale'.

Mental Illness

- "Mental health" and "mental illness" are not polar opposites but may be thought of as points on a continuum. Mental health is a state of successful

performance of mental function, resulting in productive activities, fulfilling relationships with other people, and the ability to adapt to change and to cope with adversity.

- Clear definitions needed
- Mental illness is the term that refers collectively to a diagnosable mental disorder. Mental disorders are health conditions that are characterized by alterations of thinking, mood, or behaviour (or some combination (thereof) associated with distress and/or impaired functioning.

Challenges to Equity

- Related to: internalised stigma, external discrimination and prejudice
- Cartesian dichotomy - local models
- Conceptual failure to understand causal pathways
- Delivery chain failures
- Control strategy failures
- Public health failures

Social Justice

- Social justice is the virtue which guides us in creating those organisations called institutions
- Social institutions in turn when justly organised provide us with access to what is good for the person, both individually and in our association with others.
- Social justice imposes on all of us a personal responsibility to work with others and design and improve institutions
- Social justice accompanies economic justice.
- Economic justice touches the individual and the social order
- Institutions determine how much is paid, contracts and services with others

- Three principles of economic justice are: distributive justice, participative justice and social justice

Three principles: Kelso-Adler theory

- *Distributive Justice*: Profits and wages
- *Participative Justice*: Input from labour and capital
- *Social Justice*: feedback principle
- How do these link?
- Global context?
- Cultures in transition?

Social Determinants

- Social determinants of health affect everyone in the society
- This approach, according to the WHO Commission, needs conceptualisation, commitment and competency
- To reduce health inequalities efforts needed across all social gradients
- Needs access across non-health sectors e.g. education, justice etc
- Overall health status is affected by health inequalities
- Fair distribution from economic gains and educing inequalities is part of improving overall health
- Notions challenged

Social Justice

- Social justice is the virtue which guides us in creating those organisations called institutions
- Social institutions in turn when justly organised provide us with access to what is good for the person, both individually and in our association with others.

- Social justice imposes on all of us a personal responsibility to work with others and design and improve institutions
- Distinction must be made between economic and social justice although both may be embedded in each other
- Inspiring, working with and organising those weaker than us is key to achieving social justice
- Capabilities to be healthy (Bhugra and Ventriglio, 2015)

What is Capability?

- People's capability to be healthy - the causes, constraints, levels, distribution patterns, differential experiences, possible remedies for constraints or potential improvements will tell us a great deal about the justices of social arrangements (Venkatapuram, 2011)

Capability to be Healthy

Four key factors which affect, determine, influence, produce, cause, or constrain a person's functioning and longevity are:

1. biology
2. behaviour
3. external physical environment and
4. social conditions

Capability to be Healthy

- Personal responsibility
- Societal responsibility
- Cultural responsibility

What is Capability?

People's health or clinical outcomes and their antecedent capabilities to be healthy are significantly socially produced e.g. nurtured, protected, restored, neglected or thwarted by a range of political economic, legal, cultural and religious institutions and processes operating locally nationally and globally. (Venkatapuram, 2011)

Health and longevity are significantly caused by the physical and social environments as well as the determinants of these environments where human beings are born, live, work, play and age. (Venkatapuram, 2011)

Causative Factors

- Social conditions determine who is actually born and their genetic endowments, how they behave as well as the surrounding physical and social conditions
- Proximate individual level factors include biology, behaviours and external exposure
- Distal factors include social conditions

Social Justice

- Society should treat all equally well who have *deserved* equally well of it, that is who have deserved equally well absolutely. This is the highest abstract standard of social and distributive justice towards which *all institutions* and the efforts of all virtuous citizens *should be made in the utmost degree to converge* (Taparelli d'Azeglior, 1840)
- For mentally ill: it is about equality of opportunity in outcomes, social outcomes, recovery

- But more importantly it is about housing, employment, social functioning, standards of living (Bhugra and Ventriglio 2015)
- Distinction must be made between economic and social justice although both may be embedded in each other
- Inspiring, working with and organising those weaker than us is key to achieving social justice
- Capabilities to be healthy (Bhugra & Ventriglio 2015)
- Why should mentally ill die 15-20 years younger?
- Why should they not be full citizens?
- Why should socially inequalities affect mentally ill disproportionately?
- Why should outcomes be different?
- Interactions between physical and mental health?

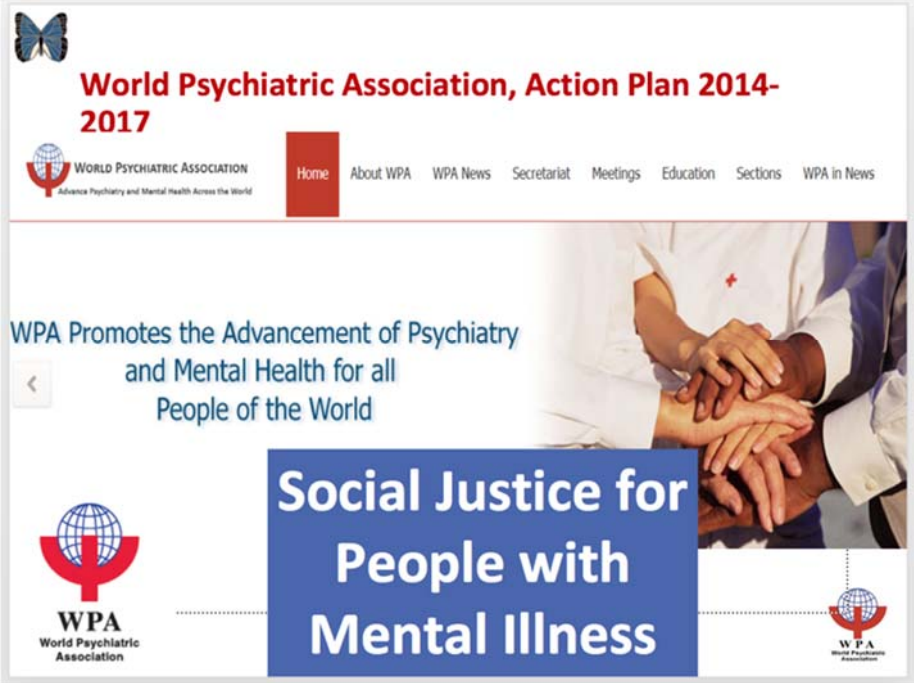
World Psychiatric Association

WPA
World Psychiatric Association

138 countries and representing more than 250,000 psychiatrists.

Objectives

- To increase **knowledge** and skills necessary for work in the field of mental health and in the care for the mentally ill.
- To improve the **care** for the mentally ill.
- To **prevent** mental disorders.
- To **promote** mental health.
- To preserve the **rights** of the mentally ill.
- To promote the development and observance of the highest **ethical standards** in psychiatric care, teaching and research.
- To promote the development of the highest quality standards in psychiatric care, teaching and research, as well as the observance of such standards.
- To promote **non-discrimination** (parity) in the provision of care of the mentally ill.
- To **protect the rights of psychiatrists.**



Social Justice for People with Mental Illness
International Review of Psychiatry
We are delighted to offer free access to a special issue from the World Psychiatric Association on 'Social Justice for People with Mental Illness', published in International Review of Psychiatry. Within this issue the WPA reveals the global extent of social discrimination against people with mental health problems and urges urgent action in their 'Bill of Rights for Individuals with Mental Illness'. This issue is free to read online until October 31st 2016.
Social Justice for People with Mental Illness
WPA
World Psychiatric Association
British Parliament,
House of Lords,
26th October 2016

International Review of Psychiatry
August 2016 CONTENTS Volume 28, Number 4
Social Justice for People with Mental Illness
Policy
Bill of Rights for Persons with Mental Illness
Dinesh Bhugra 335
Editorial
Social discrimination and social justice
Dinesh Bhugra 336
Review Articles
Mental health for nations
Dinesh Bhugra 342
Legal protection of the right to work and employment for persons with mental health problems: a review of legislation across the world
Renuka Nardodkar, Soumitra Pathare, Antonio Ventriglio, João Castaldelli-Maia, Kenneth R. Javate, Julio Torales & Dinesh Bhugra 375
Commentary
Legal protection of the right to work: widening access to well-being through supportive workplaces
Sarah Wollaston 385
Review Article
Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems: a global review
Dinesh Bhugra, Soumitra Pathare, Renuka Nardodkar, Chetna Gosavi, Roger Ng, Julio Torales & Antonio Ventriglio 386
Commentary
Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems: a global review
R. Thara 393
Review Article
Mental illness and the right to vote: a review of legislation across the world
Dinesh Bhugra, Soumitra Pathare, Chetna Gosavi, Antonio Ventriglio, Julio Torales, João Castaldelli-Maia, Edgardo Juan L. Tolentino & Roger Ng 395
Commentary
Mental illness and the right to vote
Anand Satyanand 400
Review Article
Right to property, inheritance, and contract and persons with mental illness
Dinesh Bhugra, Soumitra Pathare, Rajlaxmi Joshi, Renuka Nardodkar, Julio Torales, Edgardo Juan L. Tolentino, Rubens Dantas & Antonio Ventriglio 402
Commentary
Discrimination and right to contract
Norman Lamb 409
Review Articles
Discrimination, poor mental health, and mental illness
Kamaldeep Bhui 411
Economic development does not improve public mental health spending
Susham Gupta, Caroline Methuen, Priscilla Kent, Gregoire Chatain, Daisy Christie, Julio Torales & Antonio Ventriglio 415
WPA
AP 2014-2017

INTERNATIONAL REVIEW OF PSYCHIATRY, 2016
VOL. 28, NO. 4, 336–341
http://dx.doi.org/10.1080/09540261.2016.1210359

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

EDITORIAL

Social discrimination and social justice

- World Psychiatric Association (WPA) in its 2014–2017 Action Plan, decided to look at public mental health agenda along with discrimination against people with mental illness.
- Social discrimination against people with mental illness is a global issue and it covers a range of spheres which influence daily living and daily functioning.
- Micro-identities related to race, gender, age, religion, sexual orientation, and other components all get trumped by the label of being mentally ill (Wachter, Ventriglio & Bhugra, 2015).
- **Social discrimination** is defined as sustained inequality between individuals on the basis of illness, disability, religion, sexual orientation, or any other measures of diversity.
- **Social justice** is aimed at promoting a society which is just and equitable, valuing diversity, providing equal opportunities to all its members, irrespective of their disability, ethnicities, gender, age, sexual orientation or religion, and ensuring fair allocation of resources and support for their human rights (Ventriglio and Bhugra, 2015).

Editorial

I|J|S|P

Social justice for the mentally ill

Antonio Ventriglio[1,2] and Dinesh Bhugra[3]

International Journal of
Social Psychiatry
2015, Vol. 61(3) 213–214
© The Author(s) 2015
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0020764015579824
isp.sagepub.com
SAGE

- Social justice has to balance the inequalities.
- Social justice cannot be divorced from human rights.
- Social justice guides individuals in creating institutions which provide what is good for the individual and society.
- Social justice imposes on all of us a personal responsibility to work with others and design and improve institutions.
- Mental health is a social justice issue when individuals who are mentally ill are excluded from full participation in society.
- Social justice and human dignity go hand in hand.

THELANCETPSYCH-D-15-00764R1
S2215-0366(15)00573-8
Embargo

Freedom and equality in dignity and rights for persons with mental illness

- Stigma represents attitudinal aspects, whereas discrimination is its behavioural counterpart.
- The mental health sector has traditionally focused on stigma, leading to a substantial amount of research and programmes to reduce stigma

associated with mental illness, with the implicit expectation that reduction of stigma will lead to social inclusion and social justice for persons with mental illness.

- In Article 2 of the UN Convention on Rights of Persons with Disabilities, **discrimination** is defined as "*any distinction, exclusion or restriction on the basis of disability which has the purpose or effect of impairing or nullifying the recognition, enjoyment or exercise, on an equal basis with others, of all human rights and fundamental freedoms*".
- We believe there are certain advantages of focusing on the elimination of discrimination to achieve social inclusion for persons with mental illness.
- discrimination can be reduced by policy initiatives and **legislative action**. Governments can use laws to punish people who indulge in discriminatory practices.
- in many countries, laws themselves foster discrimination; for example, the law that denies persons with mental illness **the right to vote or marry.**
- **Institutionalised legal discrimination**, paradoxically, sends a message to the community that persons with mental illness are lesser human beings than healthy people and contributes to the increased societal stigma.
- In many countries, the **absence of equity in funding and human resources for mental health services** (when compared with services for physical health problems) leads to inadequate mental health services that are of **poor quality.**
- Social justice can be used to develop capabilities for the population to be healthy. **Social justice and a human rights framework** can be used to improve therapeutic engagement and resources.

Global Survey

- Commissioning Centre for Mental Health Law in Pune, India.

- Assessing discrimination in 4 fields: social, personal, political and economic
- Laws of 193 countries studied

Social Justice

- Four rights explored:
- Right to vote (political)
- Right to inherit property and to make a will (economic)
- Right to employment (personal)
- Right to marriage (social/personal)

Method

- We identified relevant provisions of legislation using key terms or combination of key terms listed below. For non-English versions of legislation, if an authoritative English translation was available, it was used for analysis. In other situations, we used translators to translate key terms and pertinent provisions of legislation. Where we did not find bare acts, we relied on non-codified and secondary sources of information such as government reports, academic papers.
- The key terms we searched for in legislation were: *mental, unsound, mind, insane, infirm, psychological, emotional, psychiatric, imbecile, illness, disability, disorder, disease, health, fitness, sickness, diminished, loss, capacity, ability, recruit, hire, job, application, employ, discriminate, prohibit, distinction, exclude, suspension, dismiss, termination, eviction, extinction, expiry, breach, cancellation, discharge, duty, contract, access, reasonable, accommodation, adjustment, environment, condition, undue burden, hardship, affirmative, positive, action, mandatory, quota, reserve,*

tax, financial contribution, disability fund, right, labour, work, equal, promote, protect.

Table 4. Income level of the countries (World Bank classification) and right to vote for persons with mental illness.

Overall frequencies ($n = 193$ countries)	Low income ($n = 31$)	Lower middle income ($n = 49$)	Upper middle income ($n = 52$)	Higher income ($n = 60$)
No restriction on voting by persons with mental health problems ($n = 20$)	3 (10%)	3 (6%)	5 (10%)	9 (15%)
Persons with mental health problems not allowed to vote ($n = 69$)	16 (52%)	21 (43%)	18 (35%)	14 (23%)
Cannot vote if Detention under law ($n = 21$)	4 (12%)	3 (6%)	8 (15%)	6 (10%)
Cannot vote if dedaration by court ($n = 56$)	5 (16%)	16 (33%)	17 (33%)	18 (30%)
No information/insufficient information ($n = 20$)	3 (10%)	5 (10%)	3 (5%)	9 (15%)
Not applicable (Non-democratic countries) ($n = 4$)				4 (7%)
Unclear ($n = 2$)		1 (2%)	1 (2%)	

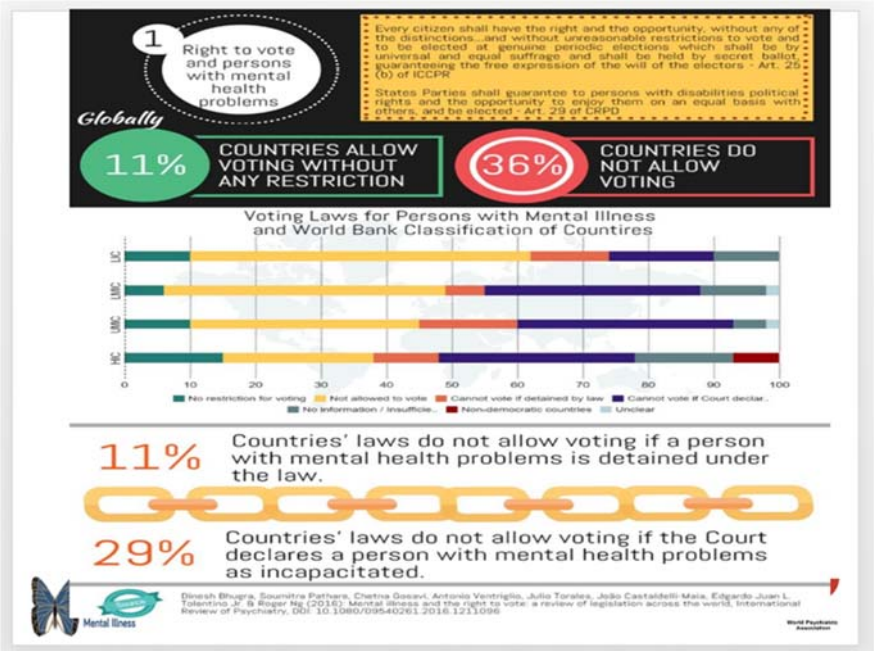
Table 5. Ratification status by country and Right to vote for persons with mental illness.

Overall frequencies ($n = 193$ countries)	Ratified ICCPR ($n = 167$)	Ratified CRPD ($n = 157$)
No restriction on voting by persons with mental health problems ($n = 21$)	19 (11%)	16 (10%)
Persons with mental health problems not allowed to vote ($n = 69$)	57 (34%)	57 (36%)
Cannot vote if detention under law ($n = 21$)	20 (12%)	19 (12%)
Cannot vote if declaration by court ($n = 56$)	51 (31%)	47 (31%)
No information/insufficient information ($n = 20$)	18 (11%)	13 (8%)
Not applicable (Non-democratic countries) ($n = 4$)	0	3 (2%)
Unclear ($n = 2$)	2 (1%)	2 (1%)

International Covenant on Civil and Political Rights, Convention on Rights of Persons with Disabilities

Results

- No restriction on voting: 21 (11%)
- Persons with mental health problems barred from voting in elections: 69 (36%)
- Cannot vote if Detention under law: 21(11%)
- Cannot vote if Declaration by Court: 56(29%)
- No information/ insufficient information: 20(10%)
- Not Applicable (Non-democratic countries): 4 (2%)
- Unclear: 2(1%)



Right to Employment

- We reviewed domestic legislation of United Nations Member States to identify their compliance with the provisions of Art. 27 of CRPD.
- Explore structural barriers to participation of persons with mental disabilities in competitive employment: by failing to protect persons with mental disability from discrimination on the basis of their disability at the recruitment stage, by allowing discontinuation of employment on the basis of mental illness or disability, by failing to mandate access to reasonable accommodation at the workplace and by not framing provisions to promote employment of persons with mental disabilities through affirmative action.
- Country legislation from all UN member states was therefore examined for compliance on the above five issues.
- Does the definition of disability include those with mental health problems?
- Does the law prohibit discrimination on the grounds of mental illness/mental health problems at the time of recruitment for employment?

- Does the law prohibit dismissal/termination/suspension of employment on the basis of mental illness/problems/disability?
- Does the law provide access to reasonable accommodation to persons with mental illness/problems/disabilities at the workplace?
- Does the law promote employment of persons with mental illness/problems/disabilities through affirmative actions?
- The key terms we searched for in legislation were: *mental, unsound, mind, insane, infirm, psychological, emotional, psychiatric, imbecile, illness, disability, disorder, disease, health, fitness, sickness, diminished, loss, capacity, ability, recruit, hire, job, application, employ, discriminate, prohibit, distinction, exclude, suspension, dismiss, termination, eviction, extinction, expiry, breach, cancellation, discharge, duty, contract, access, reasonable, accommodation, adjustment, environment, condition, undue burden, hardship, affirmative, positive, action, mandatory, quota, reserve, tax, financial contribution, disability fund, right, labour, work, equal, promote, protect.*

INTERNATIONAL REVIEW OF PSYCHIATRY, 2016
VOL. 28, NO. 4, 375–384
http://dx.doi.org/10.1080/09540261.2016.1210575

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

REVIEW ARTICLE

Legal protection of the right to work and employment for persons with mental health problems: a review of legislation across the world

Renuka Nardodkar[a], Soumitra Pathare[a], Antonio Ventriglio[b,c], João Castaldelli-Maia[d], Kenneth R. Javate[e], Julio Torales[f] and Dinesh Bhugra[g]

[a]Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society, Pune, India; [b]Department of Mental Health, ASUR, Foggia, Italy; [c]Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Foggia, Foggia, Italy; [d]Department of Neuroscience, Medical School, Fundação do ABC, Santo André, Brazil; [e]Department of Psychiatry and Behavioural Science, The Medical City Hospital, Manila, Philippines; [f]Psychiatry and Medical Psychology, Neuroscience Department, National University of Asuncion, San Lorenzo, Paraguay; [g]World Psychiatric Association, Geneva, Switzerland

- Mental health shares a **two-way relationship** with work and social integration. Self-esteem and social identity are closely tied with the ability to work and earn a livelihood.
- Unemployment rate ranges from **70–90%** among people affected by mental illness.

Def of disability incl. mental illness

Yes or implied	126 (65%)
No / Unclear/No information	13 (8%)
Mental disability is not covered	2 (1%)
Not defined in the law;	52 (27%)
The definition does not consider health;	1(1%)

Law prohibits discrimination

Yes	124 (64%)
May be	27 (14 %)
No	29 (15%)
Not covered/ No Information	14 (8%)

Social Justice for People with Mental Illness

WPA World Psychiatric Association

Law prohibits dismissal/termination/suspension

Yes	68(35%)
May be	20 (10%)
No	98 (51%)
No Information	8 (4%)

Access to reasonable accommodation

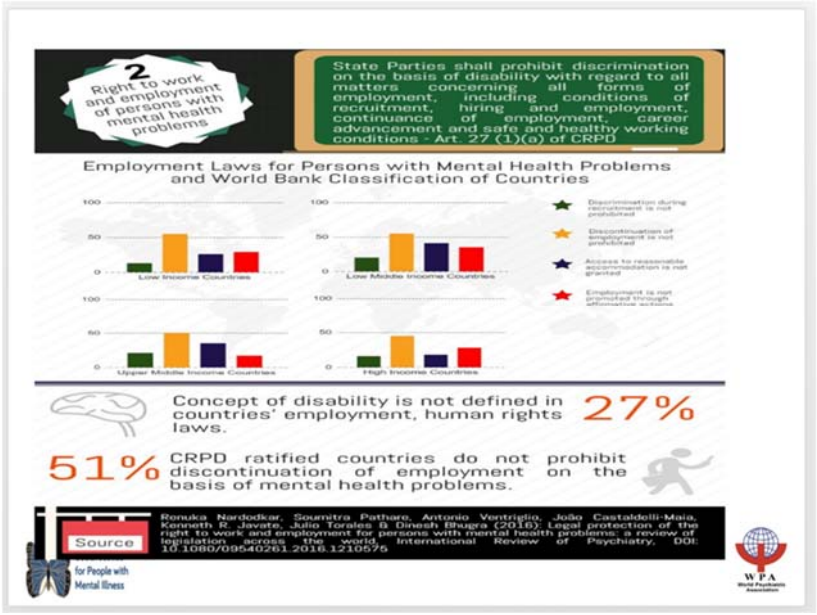
Yes	109 (56%)
May be	13 (7%)
Not covered	58 (30%)
No information	14 (7%)

Promote Employment of Persons

Yes	115 (59%)
Yes, from secondary source	2 (1%)
May be	10 (4%)
Not covered	53 (26%)
No information	14 (7%)

Social Justice for People with Mental Illness

WPA World Psychiatric Association



INTERNATIONAL REVIEW OF PSYCHIATRY, 2016
VOL. 28, NO. 4, 386–392
http://dx.doi.org/10.1080/09540261.2016.1210577

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

REVIEW ARTICLE

Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems: a global review

Dinesh Bhugra[a], Soumitra Pathare[b], Renuka Nardodkar[b], Chetna Gosavi[b], Roger Ng[c], Julio Torales[d] and Antonio Ventriglio[e]

[a]World Psychiatric Association , Geneva, Switzerland; [b]Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society, Pune, India; [c]Department of Psychiatry, Kowloon Hospital, Hong Kong, PR China; [d]Psychiatry and Medical Psychology, Neuroscience Department, National University of Asuncion, San Lorenzo, Paraguay; [e]Department of Mental Health, Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Foggia, Foggia, Italy

- Realization of right to marry by a person is an exercise of personal liberty, even if concepts of marriage and expectations from such commitment vary across cultures and societies.
- Once married, if an individual develops mental illness the legal system often starts to discriminate against the individual. There is no doubt that every individual's right to marry or remain married is regulated by their country's family codes, civil codes, marriage laws, or divorce laws.
- Historically mental health condition of a spouse or intending spouse has been of interest to lawmakers in a number of ways from facilitating divorce to helping the individual with mental illness.

Right to Marry

- We obtained copies of Family Codes, Civil Codes, Marriage and Divorce Laws, of 193 UN Member States from various databases including LandWise (http://landwise.resourceequity.org/), NATLEX of International Labor Organization (http://www.ilo.org/dyn/natlex), and World Intellectual Property Organization (http://www.wipo.int/portal/en/index.html). For federal countries, we analysed laws of most populous state as a representative state of that country. When pertinent legislation was not found, we extended our search to non-codified sources like academic papers, books, university reports and government's reports. For non-English versions of laws, we used available authoritative translations.

- We identified provisions of marriage, divorce, capacity and mental health conditions and other family relations using following keywords: *mental*, *unsound*, *mind*, *insane*, *sane*, *mad*, *cognitive*, *intelligence*, *infirm*, *imbecile*, *dementia*, *demented*, *full reason*, *deficient*, *derangement*, *disturbed*, *defect*, *capacity*, *incapable*, *ability*, *disability*, *disorder*, *disease*, *illness*, *disturbance*, *handicap*, *health*, *fitness*, *sickness*, *capacity*, *lunatic*, *family*, *impediments*, *requirements*, *curable* etc.
- We studied electoral laws and the Constitution of United Nations Member States from various databases including WHO MiNDBANK, International Disability Law Index, NATLEX of International Labor Organization, and the Constitution Project.
- When pertinent laws were not found, we extended our search to official government websites of the particular States. In case of Federal Member States, we relied on federal legislation and if this was absent, used legislation from the province with the largest population as representative of that Member State.
- We identified relevant provisions of legislation using key terms or combination of key terms listed below. For non-English versions of legislation, if an authoritative English translation was available, it was used for analysis. In other situations, we used translators to translate key terms and pertinent provisions of legislation. Where we did not find bare acts, we relied on non-codified and secondary sources of information such as government reports, academic papers.
- For marriage and annulment provisions, we searched key words or combination of key words including – *marry*, *at the time of marriage*, *void*, *voidable*, *divorce.*

Table 1. Overall status of 193 countries on right to marry and persons with mental illness.

Overall frequencies	(n = 193)
No restriction on marriage by persons with mental health problems	58 (30%)
Persons with mental health problems barred from getting married	71 (37%)
Persons with mental health problems allowed to get married on certain conditions	11 (6%)
Mental health problem rendering marriage void/being a ground for nullity (see Table 2)	21 (11%)
Marriages governed by Sharia	12 (6%)
Law not found	18 (9%)
Not clear	2 (1%)

Table 2. Conditions permitting marriage of persons with mental health problems.

Overall frequencies (n = 11 countries)	n
Marriage allowed if the person has capacity to understand	1 (9%)
Marriage allowed subject to Courts/family council's permission	4 (36%)
Marriage allowed subject to Parent's/guardian's/custodian's consent	4 (36%)
Marriage allowed subject to Doctor's/institution's opinion	2 (18%)

Social Justice for People with Mental Illness

WPA World Psychiatric Association

Right to Marry

Overall frequencies	(N=193)
No restriction	58 (30%)
Barred from getting married	71(37%)
Conditional approval	11 (6%)
Rendering marriage Void	21(11%)
Marriages governed by Sharia	12(6%)
Law not found	18(9%)
Not Clear	2 (1%)

Social Justice for People with Mental Illness

WPA World Psychiatric Association

Right to Marry

Overall frequencies (N=193 countries)	N
Mental illness is a ground for divorce	23 (12%)
Mental illness not a ground for divorce	121(63%)
Mental illness of 3 to 5 years of illness / incurability as a ground for divorce	8(4%)
Marriages governed by Sharia	11(6%)
Law not found	30(16%)

INTERNATIONAL REVIEW OF PSYCHIATRY, 2016
VOL. 28, NO. 4, 402–408
http://dx.doi.org/10.1080/09540261.2016.1210576

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

REVIEW ARTICLE

Right to property, inheritance, and contract and persons with mental illness

Dinesh Bhugra[a], Soumitra Pathare[b], Rajlaxmi Joshi[b], Renuka Nardodkar[b], Julio Torales[c], Edgardo Juan L. Tolentino Jr[d], Rubens Dantas[e] and Antonio Ventriglio[f,g]

[a]World Psychiatric Association, Geneva, Switzerland; [b]Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society, Pune, India; [c]Psychiatry and Medical Psychology, Neuroscience Department, National University of Asuncion, San Lorenzo, Paraguay; [d]Quirino Memorial Medical Centre, Department of Health, Quizon City, Philippines; [e]Fundação do ABC, Santo André, Brazil; [f]Department of Mental Health, ASUR, Foggia, Italy; [g]Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Foggia, Foggia, Italy

- The ownership of property is important to individuals for its economic benefits and its impact on the **social status** of the owner.
- Historically, in some countries only landowners enjoyed the **right to vote**.
- In many countries, **women** never had full ownership rights in respect of property.
- In patriarchal societies, **male** members of a family are placed as preferred heirs in the law of succession.
- The right to property is, therefore, an important right to enable individuals to participate fully in social and community life.

Right to Contract

- For contract- ability, capacity, obligation
- (iii) For succession: unworthy, heir, disqualified
- (iv) For wills: testament, testamentary capacity, will, capacity to make will
- To enable systematic comparison of legislation, we used World Bank Classification of countries by income levels and Member States' ratification status of ICESCR and CRPD as mentioned in the United Nations Treaty Collection.

Table 1. Overall status of 193 countries on Right to Contract and persons with mental health problems.

Overall frequencies ($n = 193$ countries)	n (%)
Right to contract of persons with mental health problems is recognized by recognizing their contractual capacity/Right to Contract of persons with mental health problems is recognized by recognizing their contractual capacity in certain types of contracts (See Table 2)	40 (21%)
Right to contract of persons with mental health problems is not recognized, but law is provided for some facilitative mechanism to enter into a contract (See Table 3)	17 (9%)
Right to contract of persons with mental health problems is not recognized by denying their contractual capacity	74 (38%)
No information/insufficient information/translation not possible	51 (26%)
Not clear	11 (6%)

Table 2. Recognition to Right to Contract of persons with mental health problems ($n = 40$, 21% of total countries).

Recognition to right to contract of persons with mental health problems	n (%)
Right to Contract of persons with mental health problems is recognized by recognizing their contractual capacity	16 (9%)
Persons with mental health problems are given the option to set aside contract subject to certain conditions	10 (5%)
Recognition of Right to Contract is made dependent on certain degree/level of understanding capacity of person with mental health problems	8 (4%)
Right to Contract of persons with mental health problems is recognized by recognizing their contractual capacity to enter into transactions of insignificant nature/contract for gratuitous acquisition or strictly personal rights	6 (3%)[a]

[a]This conclusion is derived by analysing legislations dealing with general principles of contract law. Special legislations (e.g. Sale of Goods Act) are not analysed here.

Table 3. Right to Contract of persons with mental health problems is not recognized but law provided for some facilitative mechanism to enter into a contract ($n = 17$, 9% of total countries).

Facilitative mechanism provided	n (%)
Right to Contract of persons with mental health problems is not recognized but law provided for some facilitative mechanism to enter into a contract	
A contract can be entered into on behalf of persons with mental health problems through representative/guardian/person appointed by court for limited purpose	12 (6%)
Right to Contract of persons with mental health problems is recognized by granting capacity to make contract with the permission of guardian or contract made can be ratified by representative	5 (3%)

Table 12. Income level of the countries (World Bank classification) and right to make a will of persons with mental health problems.

Overall frequencies ($n = 192$ countries)	Low income ($n = 31$)	Lower middle income ($n = 49$)	Upper middle income ($n = 52$)	Higher income ($n = 60$)
Right to make a will of persons with mental health problems is recognized by recognizing their capacity to make a will ($n = 44$)[a]	2 (7%)	9 (18%)	19 (37%)	14 (23%)
Right to make a will of persons with mental health problems is limited by recognizing limited capacity to make a will ($n = 16$)	2 (6%)	4 (8%)	2 (4%)	8 (13%)
Right to make a will of persons with mental health problems is not recognized by denying their capacity to make a will ($n = 83$)	14 (45%)	22 (45%)	19 (36%)	28 (47%)
No information/insufficient information/translation not possible ($n = 40$)	13 (42%)	13 (27%)	9 (17%)	8 (13%)
Not clear ($n = 6$)	0 (0%)	1 (2%)	3 (6%)	2 (4%)

[a]Nauru: monetary status is not mentioned.

Table 13. Ratification status by country and right to make a will of persons with mental health problems.

Overall frequencies ($n = 193$ countries)	Ratified ICESCR ($n = 157$)	Ratified CRPD ($n = 157$)
Right to make a will of persons with mental health problems is recognized by recognizing their capacity to make a will ($n = 45$)	35 (22%)	38 (24%)
Right to make a will of persons with mental health problems is limited by recognizing limited capacity to make a will ($n = 16$)	14 (9%)	14 (9%)
persons with mental health problems do not have capacity to make a will ($n = 83$)	70 (45%)	68 (43%)
No information/insufficient information[a]/translation not possible ($n = 40$)	33 (21%)	31 (20%)
Not clear ($n = 6$)	5 (3%)	6 (4%)

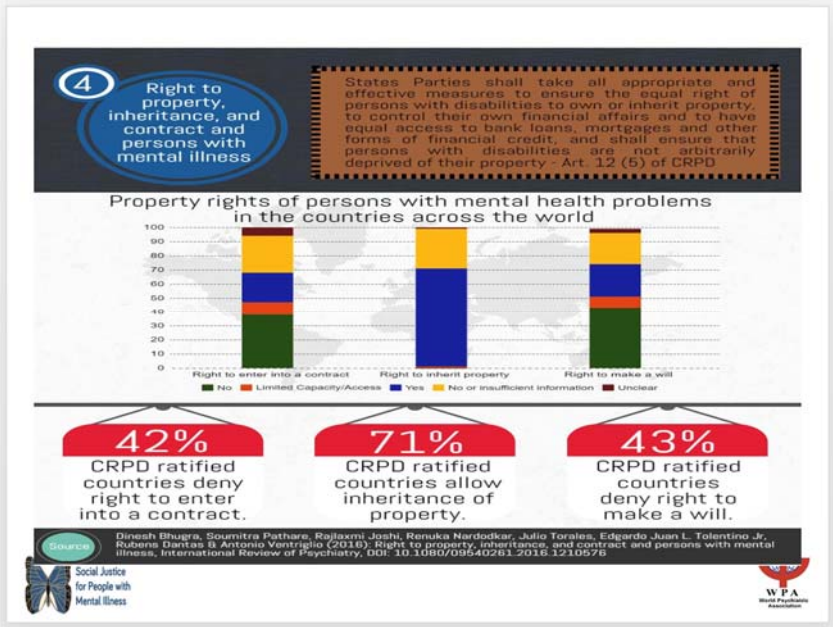
[a]For this study, provisions of law governed by principles of Sharia law are not reviewed.

Results

Overall frequencies (N=193 countries)	N (%)
Right to contract of persons with mental health problems is recognized	40(21%)
Right to contract of persons with mental health problems is not recognized but law provided for some facilitative mechanism	17(9%)
Right to contract of persons with mental health problems is not recognized	74(38%)
No information/ insufficient information/Translation not possible	51(26%)
Not clear	11(6%)

Results

Overall frequencies (N=193 countries)	N (%)
Right to make a will of persons with mental health problems is recognized	45 (23%)
Right to make a will of persons with mental health problems is limited	16 (8%)
Right to make a will of persons with mental health problems is not recognizedl	83 (43%)
No information/ insufficient information/Translation not possible	43 (22%)
Not clear	6 (3%)



Findings

- Majority of countries discriminate on some or all of these
- Ignoring is the best policy
- Understanding discrimination related to stigma?
- Discrimination in definitions and interpretations
- Role of psychiatrists

Bill of Rights

The World Psychiatric Association (WPA), a global organization representing nearly 250,000 psychiatrists, urges ALL Governments to ensure that individuals with mental illness/mental disabilities/mental health problems are not discriminated against based on their mental health status, and are treated as full citizens enjoying all rights on an equal basis with other citizens.

- The WPA supports the efforts of the international community as expressed through various international human rights Covenants and Conventions and, more particularly, the United Nations Convention on the Rights of

Persons with Disabilities (CRPD). The WPA reiterates that persons with mental illness/mental disability/mental health problems have the capacity to hold rights and exercise their rights and should therefore be treated on an equal basis with other citizens. This includes but it is not limited to:

- Right to accessible and affordable mental and physical healthcare;
- Right to live independently in the community as other citizens;
- Right to work and opportunities to work and protections at work, including affirmative action, as available to other citizens;
- Right to adequate income to meet their basic needs for food, habilitation, clothing and other necessities;
- Right to accessible, integrated, affordable housing;
- Right to training and education as available to other citizens;
- Right to freedom of movement and removal of restrictions on free travel by people with mental illness;
- Right to own, inherit and dispose of property and to be provided adequate support to exercise this right;
- Right to marry, have and adopt children and raise families, with additional support when required;
- Right to determine their future and make their own life choices;
- Right to vote and be elected to public office;
- Right to be recognized as equal before the law as other citizens and the right to full protection of the law;
- Right to be free from cruel, inhuman, degrading treatment and punishment;
- Right to confidentiality and privacy;
- Right to participate in the cultural and social life of the community;

Social Justice for People with Mental Illness

POLICY

Bill of Rights for Persons with Mental Illness

WPA World Psychiatric Association

BILL OF RIGHTS FOR PERSONS WITH MENTAL ILLNESS

The World Psychiatric Association (WPA), a global organization representing nearly 250 000 psychiatrists, urges ALL Governments to ensure that persons with mental illness/mental disability/ mental health problems are not discriminated against based on their mental health status, and are treated as full citizens enjoying all rights on an equal basis with other citizens.

The WPA supports the efforts of the international community as expressed through various international human rights Covenants and Conventions, and, more particularly, the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). The WPA reiterates that persons with mental illness/mental disability/ mental health problems have the capacity to hold rights and exercise their rights and should, therefore, be treated on an equal basis with other citizens. This includes, but is not limited to:

1. Right to **accessible** and **affordable** mental and physical healthcare;
2. Right to live **independently** in the community as other citizens;
3. Right to **work** and **opportunities** to work and **protections** at work, including **affirmative action**, as available to other citizens;
4. Right to **adequate** income to meet their basic needs for food, housing, clothing and other basic necessities;
5. Right to **accessible**, **integrated**, **affordable** housing;
6. Right to **training** and **education** as available to other citizens;
7. Right to **freedom of movement** and **removal** of restrictions on free travel.
8. Right to **own**, **inherit**, and **dispose** of property, and to be provided **adequate support** to exercise this right;
9. Right to **marry**, **have** and **adopt** children, and **raise** families, with additional support when required;
10. Right to **determine** their future and make their **own life choices;**
11. Right to **vote** and be **elected** to public office;
12. Right to be recognized as **equal** before the law as other citizens, and the right to **full protection** of the law;
13. Right to be **free** from **cruel**, **inhuman**, **degrading treatment**, and **punishment**;
14. Right to **confidentiality** and **privacy**; and
15. Right to **participate** in the **cultural** and **social life** of the community and **practise a religion** of their choice.

Impact

- Early day motion put down in the House of Commons, London.
- Society of Italian Psychiatry recommending the Bill to Italian Parliament.

Other Bills.

- Bill of Rights for Children and Young People with mental illness.
- Bill of Rights for those with intellectual disability.

Commonwealth Survey

- Laws and policies in 52 countries of the Commonwealth reveals that only 48 per cent of Commonwealth countries have a mental health policy. Low income countries are more likely to have mental health policies than high income ones although numbers are small;
- Only 16% refer to equity of resources between physical and mental illness;
- 56% of the policies do not explicitly promote deinstitutionalization;
- Almost half (44%) of policies do not explicitly promote the integration of mental health services into general health services;
- Only half address mental health promotion and emphasize the need for research and evaluation in their mental health policies.

Social Discrimination

- Challenges for profession;
- Difficulties in definitions;
- Terms used include mental illness, mental instability, mental disorder, insanity, lunacy etc.;
- No clear definition;
- Mostly to do with subjective interpretation.

Conclusions

- Would human rights-based parity have better success?
- Would it bring better research funding?
- Better care?
- **But …it is urgently needed at all levels – local, national and international**

Valeria Pomini

ITA

La riforma psichiatrica in Grecia: Una storia incompiuta

VALERIA POMINI (Grecia): Psicologa clinica e psicoterapeuta sistemica. Fino al 1987 ha lavorato in Italia nei Servizi di Salute Mentale e per le Tossicodipendenze della Regione Veneto. Membro di *Psichiatria Democratica* negli anni '70 e '80. Dal 1988 lavora come psicologa clinica, didatta e supervisore presso la *Clinica Psichiatrica dell'Università di Atene.* Responsabile dell'*Unità di Terapia Familiare* e responsabile della formazione in terapia sistemica presso l'*Istituto Universitario di Ricerca sulla Salute Mentale di Atene*.

Valeria Pomini, PhD
Psicologa – Psicoterapeuta
1st Department of Psychiatry
National & Kapodistrian University of Athens, Greece
and Mental Health Research Institute - Athens

vpomini@med.uoa.gr

Ringrazio caldamente Cecilia Edelstein e i colleghi del CIPRA per avermi dato l'opportunità di partecipare a questo importante evento, che mi ricollega ad un passato di 40 anni fa. La mia storia professionale si intreccia sin dall'inizio con il movimento di *Psichiatria Democratica*, Franco Basaglia e la legge 180. Nel 1977 ero studentessa di Psicologia a Padova: Franco Basaglia era per noi un mito e un punto di riferimento. La sua idea di società più giusta, che non discriminasse e segregasse i diversi, combaciava con gli ideali dei giovani dei movimenti studenteschi. Molti fra noi aspiranti psicologi trovammo nella lotta al manicomio

l'impegno e il senso da dare al nostro ruolo sociale e una via alternativa agli stretti ambienti accademici. Pensavamo al ruolo dello psicologo nella società non come "professione tecnica" ma come impegno sociale nel supportare i più fragili e coloro che soffrono, partecipando e incentivando le reti di aiuto nella comunità. Le visite all'Ospedale Psichiatrico (OP) di Trieste e ai nuovi servizi nelle zone circostanti erano frequenti, e molti di noi eravamo in lista di attesa per tirocini di sei mesi o anche più lunghi. Fu proprio la difficoltà di accedere velocemente al tirocinio a Trieste che mi dirottò a Firenze, nel settembre 1977: uno stretto collaboratore e amico di Basaglia, uno psicologo di nome Paolo Tranchina, si era insediato all'OP *San Salvi* e con un gruppo di colleghi psichiatri, primo fra tutti l'allora primario, aveva di recente "aperto" uno dei reparti, e stava organizzando il servizio di comunità nella zona di Prato. Mi trasferii a Firenze con un piccolo gruppo di compagni d'università e iniziò un lungo periodo, più di un anno di lavoro come volontaria all'OP, esperienza che mi ha formato in modo fondamentale. Il mio mentore, Paolo Tranchina, è uno psicoanalista junghiano, forse unico psicologo nel gruppo iniziale di *Psichiatria Democratica* a Gorizia, uno dei pochi che a quel tempo, all'interno del movimento, non fosse contrario all'uso delle "tecniche". Era l'anno di lunghe e appassionate discussioni sulla legge e poi della sua approvazione, non sempre accolta con entusiasmo da colleghi del movimento che ne criticavano alcuni aspetti di compromesso. Pochi si rendevano conto in quel momento dell'unicità al mondo della legge 180, che in seguito avrebbe ispirato la riforma psichiatrica di altri Paesi e resistito a tanti tentativi restauratori. Un altro evento di quel periodo, 1977 e 1978, che voglio ricordare e a cui partecipai attivamente, fu l'organizzazione di un convegno sulla condizione femminile e il disagio psichico delle donne, da parte di un gruppo di colleghe di Firenze, appartenenti a *Psichiatria Democratica* e a collettivi femministi della città. Il convegno "Donna e Follia" fu organizzato all'interno dell'OP, e vide la partecipazione di più di 5.000 donne arrivate da tutta Europa, Stati Uniti e altrove che lavorarono insieme per giorni. Un evento straordinario,

al di sopra di ogni nostra aspettativa, che promosse grandemente il dibattito sulle specificità del disagio psichico nella donna e sulla sua doppia discriminazione come paziente psichiatrica.

La mia partecipazione a *Psichiatria Democratica* continuò in seguito nel gruppo di Venezia. Lavorando nei servizi psichiatrici nel territorio sentivo l'esigenza di apprendere nuovi strumenti per affrontare il disagio psichico a livello individuale e famigliare, e fu così che mi formai in terapia sistemica al *Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, con Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin. Già molti operatori di *Psichiatria Democratica* si erano rivolti alla Scuola, ritengo che il pensiero sistemico abbia molti punti di contatto con quello di Basaglia e ne riformulasse alcuni fondamentali aspetti. Basaglia punta al recupero della dignità umana della persona che presenta una sofferenza psichica e alla salvaguardia degli elementari diritti umani, ponendosi in una dimensione che definiva politica, ma che è soprattutto etica; evidenzia la dimensione sociale del disagio psichico e denuncia le pratiche di segregazione e discriminazione, che definite come "cura", sono in realta' ingiuste e disumane. Bateson formula la teoria del doppio legame che ridefinisce il sintomo psicotico calandolo in un contesto relazionale, ridando forza alla dimensione interattiva, cioè umana, della sofferenza psichica. Entrambi, promuovono un processo di normalizzazione e comprensione della follia, come espressione di un disagio in un determinato contesto.

Il mio lavoro in ambito psichiatrico continua da 30 anni in Grecia, ad Atene, dove sono responsabile di un servizio di psicoterapia famigliare in un contesto psichiatrico universitario e dove coordino una scuola di formazione in terapia sistemica. Il mio lavoro con famiglie che presentano gravi difficoltà psichiche è costantemente ispirato dal pensiero basagliano e batesoniano e dalle "voci" dei grandi maestri che ho avuto la fortuna di incontrare. Una delle aree del nostro impegno è l'intervento con famiglie all'esordio psicotico, volto soprattutto a ridurre la medicalizzazione e prevenire la cronicità.

Le fasi della recente storia della psichiatria in Grecia si possono così riassumere:

- Gli anni '80, l'influenza di Basaglia, lo scandalo di Leros;
- La riforma psichiatrica e il programma 'Psichargos';
- La crisi economica e la crisi migratoria.

Franco Basaglia e il movimento di *Psichiatria Democratica* ebbero una chiara influenza sulla mobilitazione per la riforma psichiatrica in Grecia: negli anni '70 molti studenti greci, anche per sfuggire al regime dei colonnelli, vennero a studiare in Italia e in altri paesi europei, entrando direttamente in contatto con *Psichiatria Democratica* e l'anti-psichiatria di Inghilterra e Francia. Tornati in patria, iniziarono a reagire e denunciare le terribili condizioni dei manicomi del Paese.

Il caso piu' famoso e clamoroso fu Leros, l'isola dell'Egeo dove dal 1958 funzionava un'istituzione particolarmente segregante e barbara, la cosiddetta "colonia dei malati mentali", che allora contava 1.700 ricoverati, anzi segregati. Chi ci entrava difficilmente ne usciva, e perdeva ogni contatto con il mondo esterno o il luogo di provenienza. Persino bambini e adolescenti vi furono rinchiusi e passarono lì il resto della loro vita. I cosiddetti "casi incurabili" di tutti gli altri manicomi venivano convogliati a Leros, spesso senza che le famiglie ne fossero a conoscenza.

Già dal 1981 un gruppo di psichiatri di Salonicco, guidati dal Dott. Bairaktaris, si era recato a Leros e ne aveva denunciato le condizioni disumane, ma lo scandalo vero e proprio scoppiò qualche anno più tardi dopo la pubblicazione di foto agghiaccianti su un giornale greco, Tachidromos e sulla rivista inglese 'The Observer" che intitolò il servizio "il segreto colpevole dell'Europa".

La mobilitazione delle istituzioni Europee fu immediata, minacciò la Grecia di ricorrere al tribunale per la violazione dei diritti umani e al tribunale europeo,

ma mise nello stesso tempo a disposizione dei fondi comunitari per affrontare la situazione.

Nel 1989 un gruppo di operatori dei servizi psichiatrici di Trieste, coordinato dal Dott. Rotelli, si trasferì a Leros con la missione di iniziare il processo di chiusura dell'OP ("L'impossibile che divenne possibile": il pensiero di Franco Basaglia si realizzò in Grecia a Leros). Ciò che trovarono furono circa 1.300 persone rinchiuse in condizioni disumane. Fino ad allora la psichiatria ufficiale greca aveva chiuso gli occhi di fronte alle denuncie di pochi coraggiosi colleghi. Alla task force europea partecipò anche un gruppo olandese, che però non fu altrettanto efficace. Nuove forze si affiancarono da Atene, operatori e volontari che si offrirono di partecipare al progetto.

Dal 1990 al 1999 il Dott. Magalooikonomos coordinò l'ulteriore smantellamento dell'ospedale, come testimonia il suo libro pubblicato recentemente. Fu un processo faticoso e difficile, in molti aspetti controverso poiché l'improvvisa "liberazione" di molti ricoverati significò in alcuni casi anche un abbandono terapeutico, mentre la creazione di strutture protette nelle comunità della terraferma trovò spesso ostacoli enormi da parte della popolazione, influenzata dallo stigma legato alla condizione di paziente psichiatrico. Va' riconosciuto che, nel caso di Leros, lo smantellamento fu possibile grazie anche alla partecipazione attiva della popolazione locale, per la quale l'ospedale rappresentava una fonte di lavoro, ma che in larga parte reagì positivamente al cambiamento. Si tratta di una popolazione abituata da secoli all'accoglienza forzata o meno del "diverso".

Leros infatti era stata occupata dagli italiani durante il periodo fascista fino al 1947 e gli edifici dell'OP erano stati costruiti con funzione di caserma per le truppe italiane. Negli anni immediatamente successivi, durante la guerra civile, a Leros furono inviati al confine decine di prigionieri politici o "indesiderati", infine negli ultimi anni Leros é diventata una delle isole di approdo per migliaia di migranti provenienti dalla vicina costa turca. Lo spazio esterno del vecchio OP

è ora circondato da containers dove vengono alloggiati individui e famiglie che sperano di lasciare l'isola e approdare in Europa. Una nuova segregazione nei luoghi della vecchia istituzione come testimoniano le foto di Antonella Pizzamiglio.

Cosa succedeva però nel frattempo negli altri OP della Grecia?

Nel 1984 subito dopo l'entrata della Grecia nella EU e la creazione del servizio sanitario nazionale (1983) venne inaugurato un programma a lunga scadenza supportato da fondi europei per il cambiamento radicale dei servizi di salute mentale, impostati fino ad allora quasi esclusivamente sul ricovero in grandi OP, a quel tempo nove, con un totale di 7.500 ricoverati, dei quali il 69% aveva un periodo di permanenza di più di tre anni. Il programma prevedeva la graduale deistituzionalizzazione dei ricoverati lungodegenti e la creazione di strutture nel territorio.

Una delle prime strutture di psichiatria di comunità fu istituita a quel tempo dalla *Clinica Psichiatrica dell'Università di Atene* nel quartiere di Vironas – Kesariani comprendente un centro di salute mentale, un *day hospital*, un laboratorio protetto e un centro di psichiatria dell'età evolutiva. Contemporaneamente, reparti di psichiatria furono creati negli ospedali generali come alternativa al ricovero negli OP. Altre strutture iniziarono in quegli anni a svilupparsi quasi esclusivamente nelle due principali città, Atene e Salonicco, come la rete dei *Centri di Igiene Mentale*, mentre un'importante esperienza di psichiatria di comunità fu avviata dal Dott. Sachellaropoulos nella Focide.

Si dovrà aspettare il 1995 per la pianificazione più strutturata della riforma psichiatrica, che si poneva come obbiettivo la chiusura degli OP, la creazione di nuovi reparti negli ospedali generali e di strutture intermedie nella comunità, di centri di salute mentale nel territorio e di riabilitazione professionale per gli utenti ed ex-utenti degli OP.

Il programma Psychargos

Il programma "Psychargos" deve il nome al mito degli argonauti. La fragile nave di Giasone deve compiere un lungo e travagliato tragitto in mari sconosciuti e passare attraverso le Symplegades, le rocce ai lati dello stretto del Bosforo che, secondo il mito, si avvicinavano fra loro stritolando le navi che passavano. Mai come oggi questa immagine simbolica rappresenta lo stato attuale delle cose: le odierne Symplegades che minacciano il viaggio della navicella "Psychargos" sono rappresentate dalla crisi economica, dall'emergenza migratoria e dalle rigidità del sistema amministrativo verso il cambiamento.

Sviluppato alla fine degli anni '90 (1999) con un primo piano di azione per il decennio 2000-2009, il programma di riforma aveva lo scopo di trasformare la psichiatria in Grecia da un modello di asilo ad un modello di servizi inseriti nella comunità, nonché di avviare la deistituzionalizzazione dei 3.500 ricoverati a quel tempo nei nove ospedali psichiatrici del Paese: prevedeva la chiusura degli OP entro il 2015 e la diminuzione del 40% della durata media dei ricoveri, l'ampliamento della rete dei servizi territoriali e la creazione di strutture intermedie in tutto il Paese. Un significativo passo fu la chiusura definitiva dell'ospedale pedopsichiatrico dell'Attica, un'istituzione di internamento per minori, grazie a pedopsichiatri come D. Georgiadis e altri, che portò alla creazione di quattro reparti per minori in altrettanti ospedali generali e di numerosi centri per l'età evolutiva nel territorio.

Attualmente ci troviamo nella terza fase del programma (2011-2020), la cui realizzazione è stata rallentata dalla crisi economica e i cui obiettivi sono stati in parte disattesi. Infatti, dei nove OP tre sono ancora in funzione ed hanno al contrario registrato un aumento dei ricoveri, in particolare dei ricoveri coatti. I tre assi principali del programma sono: la territorializzazione dei servizi, con la creazione di strutture nelle zone periferiche, la promozione di attività preventive e di educazione alla salute, la modernizzazione del sistema amministrativo e la formazione del personale.

La situazione dei servizi nel 2014, registrata dall'ultimo rapporto disponibile di valutazione del programma Psichargos da parte di una commissione internazionale, appare nelle allegate tabelle 1 e 2.

Non ci sono dati più recenti disponibili a livello globale nazionale, ma è noto che parecchi dei servizi inaugurati da Psichargos sono stati smantellati per via dei tagli alla sanità effettuati dal 2012 e in particolare alla spesa relativa alla salute mentale. Molte strutture hanno dovuto chiudere dopo il licenziamento degli operatori e in molti casi gli ospiti sono rientrati negli OP, anche se è chiaro che il manicomio non è meno costoso delle strutture comunitarie.

Gli effetti della crisi economica sulla salute mentale della popolazione greca sono stati analizzati da molti. Un mese fa in occasione del forum internazionale sulla salute mentale che si tenne a Londra, il ministro della salute e della solidarietà sociale A. Xanthos dichiarò che "è stato dimostrato che la disoccupazione e il default economico del Paese hanno influenzato grandemente gli indici di salute mentale della popolazione e il funzionamento dei servizi per la salute mentale. L'aumento delle patologie durante la crisi economica è stato dimostrato e in particolare la prevalenza della depressione nella popolazione generale è aumentata dal 3.3% del 2008 al 12.3% nel 2013". Va detto che lo stesso indice è ritornato negli anni successivi a valori minori, come se la società dopo il primo impatto avesse in qualche modo metabolizzato gli effetti della crisi.

La mancata realizzazione di ulteriori servizi territoriali e la chiusura di molti hanno non solo ritardato lo smantellamento dei tre OP ancora funzionanti, ma al contrario aumentato la loro attività, seppur in regime di tagli economici e del personale. Per dare un'idea del funzionamento *dell'Ospedale Psichiatrico Statale dell'Attica*, nell'anno in corso nel reparto urgenze a settembre 2018 sono state effettuate 357 visite, 192 ricoveri, di cui 97 obbligatori e questo dato è in accordo con i dati relativi al periodo 2012-2017: da 4.400 a 4.650 visite all'anno, 2.200-2.400 ricoveri, di cui 57% ricoveri coatti, 56% rappresenta il primo ricovero, quindi la metà dei ricoverati non rappresenta pazienti cronici. Nel 60% si tratta

di persone di sesso maschile e, dato relativo al 2018, nel 81.4% sono di nazionalità Greca, 4.4% Albanese e 14.2% di altre nazionalità (extra EU) (www.psychat.com).

"Dafni", questo il nome usuale del più grande OP del Paese, situato nell'omonimo Comune alle porte di Atene, ospita circa 600 ricoverati in totale e comprende anche tre centri di salute mentale distribuiti nella regione dell' Attica, un'Unita' di Terapia Famigliare, 15 strutture intermedie fino a 15 ospiti, e 51 appartamenti protetti da uno a quattro ospiti (www.psychat.com).

L'altro OP, "Dromokaiteio", nella zona di Atene rappresenta anche l'istituzione psichiatrica più antica (edificato dal 1887) e comprende 500 posti letto in totale in cinque reparti, sei strutture intermedie esterne più due interne, nove appartamenti protetti (4-6 ospiti), due centri di salute mentale (www.dromokaiteio.gr).

La chiusura di queste due istituzioni e dell'OP funzionante a Salonicco sembra essere ancora molto lontana.

Negli ultimi anni e in base alla riforma, furono create due istituzioni rispondenti al Ministero della Salute: *l'Osservatorio sulla Salute Mentale* e la *Commissione Salvaguardia dei Diritti degli Utenti dei Servizi Psichiatrici.* Quest'ultima fu istituita nel 2000, ma divenne particolarmente attiva negli anni fra il 2009 e il 2015, con coordinatore il Prof. Tomaras che si impegnò in un'opera sistematica di verifica e spesso denuncia delle condizioni di ricovero negli OP e nei reparti di psichiatria degli ospedali generali, nella difesa di molte istanze da parte di pazienti e famigliari, e nell'aprire al dibattito pubblico i temi legati alla salute mentale, allo stigma e alla necessità di un maggior sviluppo delle strutture comunitarie e alternative al ricovero (ad esempio, l'esperienza con le famiglie affidatarie).

Bisogna aggiungere a questo quadro complesso lo sviluppo negli ultimi due decenni di NGOs e organizzazioni no profit impegnate nel campo della salute mentale e supportate da fondi sia governativi sia Europei, che, come succede in

Italia, ma ancora non in modo altrettanto capillare, affiancano i servizi pubblici nell'affrontare i problemi di salute mentale della popolazione sia adulta che minore. Le unità mobili di salute mentale attive nelle Cicladi (EPAPSY) e in zone periferiche del continente offrono un fondamentale supporto a popolazioni isolate e prive di accesso alla rete dei servizi di salute mentale. La presenza di questi operatori nelle isole ha introdotto grandi cambiamenti nella mentalità della popolazione riguardo al modo di affrontare i problemi psichici.

Inoltre, molte ONGs si sono attivate nel supporto ai migranti e ai rifugiati, soprattutto ai minori non accompagnati, ma ciò nonostante la rete dell'accoglienza non è ancora sufficiente ne' abbastanza organizzata per affrontare le necessità di questi gruppi di popolazione.

La crisi economica che ha attanagliato la Grecia negli ultimi dieci anni ha avuto conseguenze enormi sulla salute psichica dei suoi cittadini, e nello stesso tempo ha rallentato in modo significativo la realizzazione di servizi di salute mentale nella comunità, se non in molti casi smantellato quelli che già esistevano. E' più che mai necessario il rilancio della riforma psichiatrica e delle strutture previste dal Programma Psychargos, in modo ancora più urgente nel campo dei servizi per la salute mentale di bambini e adolescenti, l'ottimizzazione delle risorse e il contenimento degli sprechi, la formazione del personale e la de-burocratizzazione del sistema amministrativo, tenendo conto dei veloci cambiamenti in atto in una società che, nonostante le difficoltà, ha dato prova di grande resistenza e resilienza.

Bibliografia:

AA.VV (1979). Donna e follia. Numero monografico *Fogli di informazione*, 54-55.

Anagnostopoulos, D.C. & Soumaki, E. (2012). The impact of socio-economic crisis on mental health of children and adolescents. *Psychiatriki* , *23*: 15 – 16.

Basaglia F., & Ongaro Basaglia F. (1971). *La maggioranza deviante*. Torino: Einaudi.

Basaglia, F. (1999). *Conferenze brasiliane*. Milano: Cortina.

Bateson, G. (1972). *Verso un'Ecologia della Mente*. Milano: Adelphi.

Christodoulou, G.N., Ploumpidis,D.N., Christodoulou, N.G., & Anagnostopoulos, D.C. (2012). The state of psychiatry in Greece. *International Review of Psychiatry*, *24*(4): 301–306.

Georgiades D. (2017). *Child and Adolescent Mental health Services in Greece.* Presented at the 10th Conference of Child Psychiatry, Athens, Sept. 2017.

Giotakos, O., Karabelas, D. & Kafkas, A. (2011). Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatriki, 22*: 109 – 119.

Karavatos, A., Ploumpidis, D.N. & Christodoulou, G.N. (2006). *Anthology of Greek Psychiatric Texts*. Athens: Beta Editions. [in Greek]

Megaloikonomos, T. (2016). *Leros: Una reale messa in dubbio della psichiatria classica*. Atene: Agra [in Greek].

Ministry of Mental Health & Social Solidarity (2011). *Psychargos 3rd. Revision study of the Program Psychargos.* http://www.psychargos.gov.gr [in Greek].

Ministry of Mental Health & Social Solidarity (2015). *Evaluation of the application–implementation of the Psychiatric Reform.* http://www.psychargos.gov.gr.

Parrini A. (1978). *La norma infranta, pratica e teoria di una équipe psichiatrica tra ospedale e territorio.* Firenze: Guaraldi.

Ploumpidis, N.D., Varouhakis, H., Theodoropoulou, St., Karavatos, A., Tomaras, V. & Tsipas, V. (2009). *Report of the Committee of Psychiatric Reform (2006 – 2008)*. Athens: Hellenic Psychiatric Association. http://www.psych.gr [in Greek].

Pomini, V., Legaki, E.M., Mellos, L., Pantazi, Z., Pappa, X., Soldatou. M., & Tomaras, V. (2017). Families and therapists in the face of the socio-economic

crisis in Greece: Challenges and opportunities. *Systemic Thinking & Psychotherapy*, 10: 3-24.

Pomini V., Akalestou M.I., Tomaras V., & Charalabaki K. (2016). Systemic training for 'frontier' mental health professionals: An experience from Greece, in the face of the financial crisis. *Human Systems, 27* (1): 21-37.

Stylianidis, S., Chondros, P. (2012). La réforme psychiatrique en Grèce: Quelques remarques à propos de la précarité actuelle causée par la crise. *VST - Vie Sociale et Traitements*, 113: 128-134. DOI 10.3917/vst.113.0128

Tomaras, B. (2012). The committee for the rights of individuals presenting mental health problems. *Synapsis, 27*,8: 19-22.[in Greek].

Tranchina P. (1979). *Norma e antinorma*. Milano:Feltrinelli

Websites:

www.efsyn.gr/arthro/adynato-poy-egine-dynato

www.psychargos.gov.gr

Alex Majoli https://pro.magnumphotos.com

Yiorgos Depollas *"The Unseen":* www.yiorgosdepollas.com/website/en/texts-interviews/item/113-the-unseen

Antonella Pizzamiglio, *Leros. Il mio viaggio:* www.youtube.com/watch?v=KrnasN81BSA

http://www.psyhat.gr

http://www.dromokaiteio.gr

Foto 1. "Psychargos" Fonte: D. Georgiades (2017)

Tabella 1. Strutture del sistema dei servizi di salute mentale
Fonte: Ministero della Salute e Solidarieta' Sociale, 2015. www.psychargos.gr

Image 1: Main strands of the system of MH services

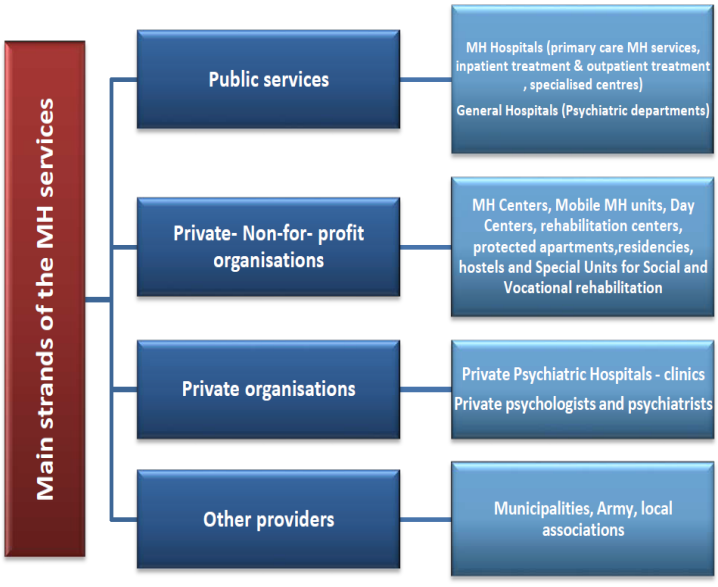


Tabella 2. Servizi di salute mentale. Fonte: Ministero della Salute e Solidarieta' Sociale, 2015. www.psychargos.gr

MENTAL HEALTH UNITS	ATTICA	EAST MACEDONIA-THRACE	CENTRAL MACEDONIA	WEST MACEDONIA	EPIRUS	THESSALY	IONIAN ISLANDS	WEST GREECE	CENTRAL GREECE	PELOPONNESUS	NORTHERN AEGEAN	SOUTH AEGEAN	CRETE	TOTAL
Mental Health Hospitals	2		1											3
General Hospitals (Psychiatric Departments)	9	4	7	1	2	2	1	2	-	3	1	3	4	39
General Hospitals (Psychiatric Departments for children and Adolescents)	4		2											6
Mental Health Centers	9	6	5	-	3	2	3	2	2	3	1	-	4	40
Child Guidance Centers	7	1	3	-	1	1	1	1	-	-	1	-	2	18
Mobile Mental Health Units	-	2	2	1	2	3	2	2	2	4	2	4	3	29
Day Centers and Day Hospitals[3]	30	2	8	-	1	3	2	3	2	2	1	1	3	58
Psychosocial Rehabilitation Units and Programs	197	18	92	3	22	31	12	21	27	29	1	15	23	491
Centers for the response on Alzheimer disease	6		4			1						1	1	13
Social Cooperative (KoiSPE)	7	1	3	-	1	-	2	1	1	1	1	1	3	22
Autism Day Centers	9	1		1		1				1			1	14
Rehabilitation and Vocational Reintegration Units	5	1	2		1								1	10
Private psychiatric clinics	11	3	10	1		10							1	36

Valeria Pomini

ENG

Reform of Psychiatry in Greece: An unfinished story (summery)

The phases in the recent history of psychiatry in Greece:
- The 80s, Basaglia's influence, the Leros scandal
- Psychiatric reform and the '*Psichargos*' program
- The economic crisis and the migration crisis

Franco Basaglia and the Movement of Democratic Psychiatry had a clear influence on the mobilization for psychiatric reform in Greece: in the '70s many Greek students, also to escape the regime of colonels, came to study medicine in Italy and other European countries, entering directly in contact with *Psichiatria Democratica* and the anti-psychiatry movements also of England and France. Back home, they began to react and condemn the terrible conditions of the country's psychiatric hospitals (PH).
The most famous and notable case was in Leros, the Aegean island where since 1958 there was established a particularly segregating and barbaric institution, the so-called "colony of the mentally ills", which at that time numbered 1,700 hospitalized, or rather segregated, patients.

In 1989 a group of professionals of psychiatric services in Trieste, coordinated by Dr. Rotelli, moved to Leros with the mission of starting the process of closing the PH. What they found were some 1,300 people locked up in inhumane conditions. Until then, official Greek psychiatry had closed its eyes to reports

from a few brave practitioners. From 1990 to 1999 Dr. Magalooikonomos coordinated the further dismantling of the hospital; it was a complex and difficult process, in many respects controversial because the sudden "liberation" of many patients in many cases also meant a therapeutic abandonment, while the creation of protected structures in the mainland communities often found obstacles from the population, influenced by the stigma related to the condition of psychiatric patients.

After the entry of Greece into the EU and the creation of the National Health Service (1983), a long-term program was inaugurated and supported by European funds, with aim the radical change of Mental Health Services, set up until then almost exclusively on in-patient treatment in one of the 9 PHs disseminated in the Country. At that time, a total of 7,500 patients were hospitalized, 69% of whom for a time period of three or more years. The program included the gradual deinstitutionalisation of long-term inpatients and the creation of structures in the community.
The '*Psychargos*' program was developed at the end of the 1990s (1999) with a first action plan for the 2000-2009 decade, with the aim of transforming psychiatry in Greece from the asylum model to a model of services based in the community. Again, one of the main aims was the de-institutionalization of the 3,500 patients' resident at that time in the country's nine psychiatric hospitals, foreseeing the closure of all the PHs by 2015. Other purposes of the program were the 40% decrease in the average length of hospitalization of patients presenting mental health disorders, the expansion of the community services network and the creation of intermediate structures throughout the country. A significant step was the closure of the Psychiatric Hospital for Minors in Attica.

The third phase of the program (2011-2020) has been delayed by the economic crisis and its objectives have been overlooked. In fact, of the nine HPs, three

are still in operation. Furthermore, an increase in the number of hospitalizations have been recorded, in particular regarding the mandatory ones. Many of the intermediary structures created by *Psichargos* have been dismantled due to cuts in the financial support of health care and in particular mental health services since 2012. In many cases, patients have returned to PHs, although it is clear that the asylum is not cheaper than community structures.
Another important aspect concerns specific groups of population at risk in mental health, namely migrants and refugees who are 'blocked' in Greece by European migration policies, host in often overcrowded camps such as the case of Moria in Lesbos. These are people who have suffered multiple traumas, for which their current condition represents a further trauma. The facilities dedicated to these groups are insufficient and many people end up in psychiatric hospitals over and over again, without therapeutic continuity.

In this difficult context, important initiatives have been taken in the last decade: the creation of a commission for safeguarding the rights of users of psychiatric services, which has publicly denounced the conditions of patients in PHs, the creation of the *National Mental Health Observatory*, and the appearance of users' groups and family members (e.g., "*Hearing Voices*", "*SOPSY*", "*Anti-stigma*") that fight social and institutional stigma and enrich public debate on mental health issues. Furthermore, no-governmental, non-profit institutions have been created and supported by public funds in order to offer a continuity in mental health care to residents in remote regions (e.g., mobile mental health units active in the islands as well as in the continent) or to specific groups of population (children and adolescents, refugees and migrants, and others).

Jacques Miermont

ITA

Processi di istituzionalizzazione e deistituzionalizzazione in Francia

JACQUES MIERMONT (Francia): Psichiatra ospedaliero, già dirigente del *Polo di Terapia Familiare del Gruppo Ospedaliero Paul Guiraud*, Villejuif (Francia), Presidente della *Società Francese di Terapia Familiare*, ha curato il *Dictionnaire des thérapies familiales* (Payot, Paris), tradotto anche in italiano e ha pubblicato diversi libri tra cui *Psychose et thérapie familiale* (ESF), *Thérapies familiales et psychiatrie* (Doin, Paris).

La fotografia della psichiatria in Francia: segnali di allarme

Marion Leboyer e Pierre-Michel Llorca, due eminenti accademici francesi, scrivono una dichiarazione allarmante circa lo stato della psichiatria francese nel loro libro: *Psichiatria, stato di emergenza*. Gli autori elencano il ritardo diagnostico correlato alla stigmatizzazione delle "persone mentalmente disturbate"; la complessità dell'erogazione della cura e i tempi di attesa; le barriere fra medicina generale e psichiatria, che impediscono ai medici di cure primarie di inviare i pazienti a servizi che potrebbero fornire trattamenti tempestivi; la complessità dei sintomi, nonché l'assenza di indicatori biologici che potrebbero permettere diagnosi affidabili. Inoltre, si parla di consumo eccessivo di ansiolitici e antidepressivi, legato a inappropriate prescrizioni da parte dei medici di medicina generale. Così come fra gli psichiatri, il 60% dei medici di famiglia considera le raccomandazioni delle linee guida sulla miglior pratica clinica inapplicabili alla realtà francese. Secondo questi autori, le raccomandazioni per disordini mentali severi sono basate su un triplice schema

terapeutico: farmaci, stile di vita, terapie. Queste ultime sono essenzialmente terapie cognitivo-comportamentali (TCC): bonifica cognitiva, recupero di abilità sociali. Il suicidio uccide più di 10.000 persone all'anno, con 100.000 tentativi di suicidio annui, ed è noto che il 90% dei soggetti che tentano di metter fine alla propria vita soffrono di disordini psichiatrici. Inoltre, un terzo dei senzatetto soffre di severe malattie mentali, così come un quarto della popolazione carceraria.

Di nuovo, in questo libro, incappo in questo riscontro, p.180: "secondo gli studi dell'Associazione Francese Specializzandi in Psichiatria, la formazione in psicoterapia è giudicata insoddisfacente, oppure molto insoddisfacente, da più del 75% degli specializzandi. L'insoddisfazione raggiunge l'81% per la formazione in approcci sistemici." (A. Van Effenterre, C. Hannon, P.-M. Llorca: *Survey of PU-PH on training in psychiatry in France*, L'Encéphale, 2013). Questo testo, sebbene di grande interesse, non fornisce soluzione per questa insoddisfazione, specie per le terapie sistemiche e familiari, che sono assimilate al movimento antipsichiatrico, che è come dire senza formazione in questo approccio.

La trasformazione ideologica degli ospedali psichiatrici: da rifugio a sistemi manageriali

Nel 1960, la psichiatria venne strutturata in distretti: territori di circa 70.000 abitanti in cui persone con malattie mentali potessero essere trattate il più vicino possibile alle loro case. Questo sfociò in un conflitto fra i distretti, riguardo alla presa in carico dei senzatetto.
Fra il 1990 e il 2011, la Francia ridusse i posti letto in psichiatria di più della metà, senza chiudere alcun ospedale. Il numero di posti letto era 90 su 100.000 abitanti nel 2007. Da allora si è lievemente ridotto. Fra il 2000 e il 2015, il

numero di posti letto in psichiatria è diminuito dell'8%, a fronte di una popolazione che è cresciuta del 10%.

Gli ospedali sono, malgrado tutto, il centro dell'erogazione delle cure. Possiamo parlare di un sistema ospedale-centrico: il direttore generale è responsabile non soltanto per l'ospedale ma anche per le strutture extra-moenia. Questo si concretizza in un linguaggio specifico per staff amministrativo, psichiatri, infermieri, educatori, assistenti sociali, etc., che parlano solo della distinzione fra cure erogate dentro o fuori dall'ospedale.
Improvvisamente, nel 2003, i senzatetto comparvero nelle strade, rifiutando il Servizio di Assistenza Medica di Emergenza (SAMU), morendo così assiderati in inverno, per non menzionare i suicidi che non furono dichiarati, o i pazienti che si ritrovarono spediti direttamente in carcere: tutto ciò coincise con la legge del 19 Gennaio 1983 e il decreto di rafforzamento dell'11 Agosto dello stesso anno, che definirono le risorse economiche stanziabili e resero il soggetto con assicurazione medica debitore del costo giornaliero delle cure. In altre parole, il legislatore giudicò le persone che soffrivano di severi disordini psichiatrici, e che potevano guadagnarsi da vivere, come solventi, anche quando ricevevano sussidi.

Pericolosità per sé o per altri e cure senza il consenso del paziente

Dal 1838 ad oggi, sono state promulgate quindici leggi, non contando i decreti e le ordinanze, che si sono succedute l'una all'altra nel definire legalmente la trasformazione da ricovero - nel senso di rifugio e alloggio - ad ospedalizzazione per le persone che hanno perso la capacità di intendere e volere, o rappresentano un rischio per la vita propria o di coloro che li circondano: i primi rifugi di ospedalità sono diventati oggi aziende ospedaliere (Marie-Odile Safon:

Hospital Reforms in France, Historical and Regulatory Aspects. IRDES, September 2017).

La legge del 30 Giugno 1838 richiede l'apertura di un rifugio per i malati di ciascun genere, in tutti i distretti (suddivisioni territoriali francesi), che necessitano di collocamento forzato, o per iniziativa dell'autorità pubblica rappresentata dal Prefetto ("internalizzazione ufficiale") o da parte della cerchia del paziente ("internalizzazione volontaria") quando il malato rappresenta un pericolo per sé o per gli altri.

Dal 1970 al 1991, la procedura legislativa riflette la volontà delle autorità pubbliche di relegare gli ospedali su un piano tecnico, a nocumento di una tradizione di accoglimento e rifugio quasi bi-millenaria.
La legge del 27 Giugno 1990 cerca di ammodernare quella del 1838, e perciò toglie il termine "collocamento" in favore del termine "ospedalizzazione". Oggi si discute di ricovero ospedaliero liberamente scelto, ospedalizzazione su richiesta di parte terza, e di ricovero per ordinanza.

Con la legge del 5 Luglio 2011, il legislatore ha sostituito il termine di "ospedalizzazione" con quella di "cura". Tre categorie di ricezione di "cure" non consensuali sono così definite:

1. *cura psichiatrica su richiesta di parte terza* (SDT): la parte terza deve essere una persona nota al paziente e a egli vicina quale un familiare, un amico, un vicino di casa. Questa richiesta scritta deve essere presentata con due certificati medici di conferma. Un solo certificato medico è sufficiente se vi è un serio rischio per la persona del paziente. Questo caso è denominato "ospedalizzazione urgente richiesta da parte terza" (*HDT*).

2. *cura psichiatrica nel caso di un pericolo imminente* (*SPI*): questa tipologia è diretta a individui senza persone vicine o che sono de-socializzati. Il ricovero è basato sulla decisione del direttore della struttura, sollecitato da un singolo certificato medico, non più datato di 15 giorni, scritto da un medico esterno all'istituto designato.

3. *cura psichiatrica erogata su giudizio di un rappresentante dello Stato* (*SDRE*): formalmente chiamata "ospedalizzazione su ordinanza", questa procedura si applica a persone con disordini mentali che compromettono la sicurezza o danneggiano seriamente l'ordine sociale.

   Nel 2015, 92.000 persone sono state interessate dalla cura non consensuale, un numero che rende conto del 5% dell'attività psichiatrica totale, ma che corrisponde a un quarto dei pazienti permanentemente ospedalizzati. Dal 2012, l'uso di cura senza consenso è aumentata del 15%, con un incremento tre volte maggiore rispetto a quello dell'attività psichiatrica in toto nello stesso periodo (+5%). Questo incremento è in parte secondario alla semplificazione della procedura di ricovero per pericolo imminente (*IPS*), in parte all'uso dei servizi di emergenza e anche in parte dovuto al programma di cure ambulatoriali dei pazienti esterni, che ha l'effetto di aumentare il tasso di recidiva.

   La legge del 2011 ha cercato di tutelare ulteriormente il diritto dei pazienti che ricevono non consensualmente le cure: l'introduzione del "Giudice delle libertà e della carcerazione" (JDL) controlla automaticamente, entro il ventesimo giorno di degenza, la validità della procedura di ricovero e l'opportunità di mantenere un'ospedalizzazione completa per persone ricoverate in maniera non consensuale.

E' un paradosso francese? Il numero di persone ricoverate non consensualmente continua a crescere: oggi ammonta a 100.000 pazienti all'anno. E' possibile che l'eccesso di regolamentazione abbia peggiorato il problema per il quale la legge è stata disegnata?

Spalmate su quasi due centinaia d'anni, dal 1838 al 2011, tutte e tre le leggi sono state approvate nello stesso arco di tempo (fra il 27 giugno e il 5 luglio). E' una semplice coincidenza o centra il bisogno dei parlamentari di concludere il tutto in tempo per le vacanze estive? Oppure si tratta di un effetto delle lente dinamiche correlate alla natura dei processi psicotici, che sono i più gravidi di preoccupazione per la società francese? Forse tutte e tre, e forse nessuna di esse!

Una testimonianza personale

Nel 1980, ero in un'area psichiatrica il cui capo del dipartimento, Dr Jean-Pierre Balnadet, aveva buoni contatti con il Ministero della Salute nel governo fresco di elezioni. La sua ambizione era creare strutture "esterne all'ospedale": centri di crisi, centri di trattamento attivo (day-hospital), centri ad attività part-time, appartamenti di gruppo, appartamenti terapeutici, etc, e ultimo ma non meno importante un centro medico-psicologico per il trattamento ambulatoriale (terapia farmacologica e psicoterapia individuale). Il suo scopo era spostare il lavoro di cura fuori dall'ospedale.

Questa meta non fu raggiunta. Prima che egli divenisse capo del settore, avevo sviluppato, come interno part-time in ospedale, consulti familiari regolari per pazienti con disordini psichiatrici acuti e/o cronici. Questi colloqui mi aiutarono ad affrontare situazioni di violenza, sia durante l'ospedalizzazione che fuori dalle strutture ospedaliere. Quando il Dr. Blanadet ricoprì il suo ruolo, mentre

sviluppava i propri progetti, fece creare una posizione di praticantato interno part-time perché potessi continuare la mia attività come consulente e terapeuta familiare sia nel dipartimento ospedaliero che nel centro medico-psicologico.
In circa 25 anni, ho cercato di sviluppare il sistema di consultazione familiare per diversi ospedali e servizi ambulatoriali, creando ogni volta connessioni interpersonali, con pazienti in grado di essere potenzialmente trasferiti in diversi servizi ospedalieri e strutture ambulatoriali, le loro famiglie e il team di cura. Considero queste connessioni come strutturanti multiple gerarchie internodali di sicurezza terapeutica. Molti furono gli ospedali coinvolti: due servizi universitari psichiatrici per adulti e un ospedale psichiatrico pediatrico universitario che gestivano molti settori nel sud suburbano di Parigi. Per circa 10 anni venne costruita una collaborazione con i giudici minorili nello stesso territorio (benché i confini giudiziari fossero diversi da quelli dei servizi psichiatrici) e il Servizio di protezione giudiziaria dei giovani.

Nel mio ultimo impiego in qualità di responsabile del Servizio di Terapia familiare nel gruppo ospedaliero *Paul Guiraud* di Villejuif, gli obiettivi del mio lavoro con i pazienti, le loro famiglie, e come professionista sono stati: il supporto nella fase decisionale, il sollievo della sofferenza e dell'ansia, la riduzione dei livelli di violenza e del rischio associato alla pericolosità, l'attenuazione delle tensioni relazionali, il rinforzo delle conversazioni per persone con reti sociali povere o inesistenti, il mantenimento o la ricostituzione dell'autonomia personale e familiare.
Ho imparato come raggiungere la cooperazione terapeutica con i pazienti, le loro famiglie e i professionisti in modi che differiscono dalla terapia familiare classica, dalla psico-educazione familiare e dalla terapia familiare cognitivo-comportamentale. Questo cambiamento è stato guidato dalle sollecitazioni operate dai professionisti affinché le famiglie entrassero nel processo di cura, date le difficoltà incontrate nel lavoro. Così, i terapeuti adottano diverse posizioni

a seconda della particolarità di ciascun caso: questo può essere considerato come una psico-educazione del terapeuta da parte della famiglia; non più l'analisi del funzionamento dei suoi membri, delle loro interazioni e delle loro storie personali. Diviene una chiave di un viaggio terapeutico dove ciascuno può sentirsi apprezzato per le sue competenze, liberato dalla sofferenza, rassicurato nell'incertezza, attore comprimario in una storia che si sviluppa attraverso gli eventi che si verificano durante le sedute. Questo viaggio non può essere fatto senza il riconoscimento di un paesaggio ove operano altri attori con convinzioni diverse, in un processo di co-terapia allargata.

Conclusioni

Ho osservato differenze significative fra psichiatria accademica, psichiatria di distretti territoriali, psichiatria nella pratica privata, per quanto riguarda il pregiudizio positivo o negativo del clinico, fra ciò che è considerato efficace o non efficace, e la valutazione del successo e del fallimento nell'esercizio degli interventi terapeutici.

Penso che il pensiero di Michel Foucault sia presente in molti professionisti dei distretti psichiatrici territoriali (contrariamente ai colleghi accademici), ma anche nella terapia istituzionale, influenzata dalle varie correnti di psicoanalisi. Oggigiorno, l'uso del modello cognitivo comportamentale è particolarmente presente nei servizi universitari.

In questo articolo ho provato a mostrare come prendere in considerazione un approccio eco-sistemico rinnovato che potrebbe contribuire al miglioramento delle condizioni di esercizio della psichiatria e della psicoterapia in Francia, in una prospettiva complementare alla proposta di Marion Leboyer e Pierre-Michel Llorca, esposto nel testo e citato all'inizio.

Jacques Miermont

ENG

Institutionalization and Deinstitutionalization Processes in France

The state of psychiatry in France: alarming findings

Marion Leboyer and Pierre-Michel Llorca, two eminent French academics, make an alarming statement concerning the current state of French psychiatry in their book: *Psychiatry, state of emergency*. They list the delay in diagnosis related to the stigmatization of "mentally ill people", the complexity of the supply of care and waiting times, the barriers between general medicine and psychiatry, preventing front-line physicians from referring patients to services that would enable rapid treatment, the complexity of symptoms, and the absence of biological indicators that would enable reliable diagnoses. Moreover, there is a suspicion of overconsumption of anxiolytics and antidepressants due to inappropriate prescriptions made by general practitioners. As for the psychiatrists, 60% of them consider that the best practice recommendations are unsuited to the reality in France. According to these authors, these recommendations for severe psychiatric disorders are based on the triplet: medication, lifestyle, and therapy. These therapies are essentially cognitive-behavioral therapies (CBT): cognitive remediation, rehabilitation of social skills. Suicide kills more than 10,000 people a year, with 100,000 attempts being made annually, knowing that 90% of people who attempt to end their lives suffer from

psychiatric disorders. In addition, one third of homeless people suffer from severe psychiatric disorders, as does a quarter of the prison population.

Again, in this book, I come across this finding, p. 180: "According to the studies of the French Association of Students in Psychiatry, training in psychotherapy is considered unsatisfactory, or very unsatisfactory, by more than 75% of psychiatric residents. The dissatisfaction rate is 81% for training in systemic approaches. (A. Van Effenterre, C. Hannon, P.-M. Llorca: *Survey of PU-PH on training in psychiatry in France*, L'Encéphale, 2013). This book, though quite remarkable, does not provide a solution to this dissatisfaction, especially for systemic and family therapies, which are assimilated to the anti-psychiatric movement, that is to say without training in this approach.

The ideological transformation of the psychiatric hospital: from refuge to management system.

In 1960, psychiatry was set up by territorial sectors: a territory of about 70,000 inhabitants where people suffering from psychiatric disorders could be treated as close to their homes as possible. This resulted in a conflict in the sectors concerning the care of homeless people.
Between 1990 and 2011, France closed more than half of its psychiatric beds without closing any hospitals. The number of beds in psychiatry was 90 per 100 000 inhabitants in 2007. It has declined slightly since then. Between 2000 and 2015, the number of psychiatric beds decreased by 8%, while the population increased by 10%.

The hospital is still at the heart of the dispensation of care. We can speak of hospital-centrism: The Director of the Hospital is responsible not only for the hospital but also for all outer-hospital structures. This results in a language

specific to administrative staff, psychiatrists, caregivers, educators, social workers, etc., who speak only of the distinction between intra and outside-hospital care.

Suddenly, in 2003, homeless people appeared on the streets, refusing the use of Emergency Medical Assistance Services (*SAMU*), dying of cold in winter, not to mention suicides that went unnoticed, or patients who found themselves going directly to prison: this all coincided with the law of 19th January 1983 and its implementing decree of the 11th August of the same year defining the global funding envelope and making the medically insured person liable for the daily cost. In other words, the legislator considered that the person suffering from serious mental disorders, and earning a living, was financially solvent, even when receiving benefits.

Danger to oneself or others and care without patient consent

From 1838 to the present day, some fifteen laws (not counting the decrees and ordinances) that have succeeded one another to legally define the transformations in accommodation and hospitalization for people who have lost their capacity to manage their lives, or representing a major vital risk for themselves or for those around them: the earlier houses of hospitality have now become hospitals operated under the principles of private company (Marie-Odile Safon: *Hospital Reforms in France, Historical and Regulatory Aspects*. IRDES, September 2017).

The law of June 30, 1838 requires the opening of an asylum for the insane for each gender in all departments (French territorial subdivision), who needed to be detained by force, either on the initiative of the public authority represented by the Prefect (Commitment Placement), or of the patient's entourage

(Voluntary Placement) when these insane persons present a danger for themselves or for others.

From 1970 to 1991, the legislative procedure reflects the will of the public authorities to refactor the hospitals on a technical platform to the detriment of the almost bi-millennial tradition of refuge accommodation.
The law of 27 June 1990 seeks to modernize the law of 1838, and substitutes the term "placement" for that of "hospitalization". We are now talking about free hospitalization, hospitalization at the request of a third party, and commitment.

With the law of July 5, 2011, the legislator substituted the notion of "hospitalization" by that of "care". Three categories of involuntary commitment to "care " are thus defined:

- Psychiatric care at the request of a third party (SDT): the third party must be a person known to the patient and close to him: a family member, a friend, a neighbor. This written application must be accompanied by two confirmatory medical certificates. A single medical certificate is sufficient if there is a serious risk to the patient's person. This is called "urgent hospitalization requested by a third party" ("*HDT urgence*").

- Psychiatric care in the event of imminent danger (SPI): this care is aimed at people without close acquaintances or who are de-socialized. Admission is based on the decision of the director of the establishment based on a single medical certificate, no older than fifteen days, written by a doctor external to the host institution.

- Psychiatric care on the decision of a state representative (SDRE): Formerly called "hospitalization commitment", this procedure applies to people with

mental disorders that compromise the safety of the public or seriously affect public order.

In 2015, 92,000 people were involved in non-consensual care, which represents 5% of the total activity in psychiatry, but one-quarter of the full-time hospitalized patients. Since 2012, the use of care without consent has increased by 15%, three times higher than the activity in psychiatry over the same period (+ 5%). This increase is in part due to the use of the simplified hospitalization procedure for imminent danger (IPS); to the use of emergency services; and also, partly due to the outpatient care program, which has the effect of increasing the relapse rate.

The 2011 law sought to further protect the rights of the non-consenting patients receiving care: The introduction of the "Judge of Freedoms and Detention" (*JDL*) automatically checks the validity of the admission procedure and the desirability of maintaining complete hospitalization for persons involuntary hospitalized, no later than the twelfth day after their admission to the hospital.

Is this a French paradox? The number of people under non-consensual care continues to grow: now at 100,000 patients a year. Could the excess of legislation be worsening the very problem that it is designed to deal with?

Spanning nearly two centuries, 1838 to 2011, all three laws were passed on the same date (give or take 4 days, between June 27 and July 5). Was this simply a coincidence, or the need for parliamentarians to wrap it all up in time for their summer vacation, or an effect of the slow-moving dynamics related to the nature of psychotic processes that are the most worrying to French society? Maybe all three, and maybe none at all!

A personal testimony

In 1980, I was in a psychiatric area whose head of department, Dr. Jean-Pierre Blanadet, had good contacts with the Ministry of Health of the newly elected left-wing government. Its ambition was to create "outer hospital" structures: crisis centers, active treatment centers (day hospital), part-time activity centers, club apartment (cards and society games), therapeutic apartments, etc., and last but not least a medical-psychological center for ambulatory treatment (chemotherapy and individual psychotherapy). Its goal was to operate completely outside of the hospital.

This goal has not been achieved. Before he became head of this sector, I had developed, as a part-time hospital practitioner, regular family consultations for patients with acute and/or chronic psychiatric disorders. These consultations helped me in dealing with situations of violence, both during hospitalization and outpatient care. When Dr. Blanadet took office, while developing his own projects, he managed to create a part-time hospital practitioner position so that I could continue my activities as a consultant and family therapist both in the hospital department and in the medical-psychological center.
Over nearly thirty-five years, I have tried to develop this system of family consultations for several hospital and outpatient services, each time creating unique interpersonal connections, with patients potentially moving between different hospital services and outpatient services sites, their families and care teams. I conceive of these connections as integrating several interwoven hierarchies of therapeutic security. Several hospitals were involved: two adult university psychiatric services, a pediatric psychiatric university hospital, and the psychiatric hospital managing many sectors in the suburbs south of the Paris. For about ten years, a partnership was also constituted with the juvenile judges

within the same territory (whereas the judicial boundaries were different from those of the psychiatric services) and the Judicial Youth Protection Service.

In my last employment as head of the Family Therapy division in the Hospital group Paul Guiraud in Villejuif, the objectives of my work with patients, their families, and professionals were: decision-making support, alleviating suffering and anxiety; reduction of levels of violence and the risks associated with dangerousness; the attenuation of relational tension, the initiation and stimulation of conversations for people with poor or non-existing networks; taking or restarting personal and family autonomy.
I learned how to achieve therapeutic cooperation with patients, their families and practitioners in ways that are different from classical family therapy, family psycho-education and behavioral and cognitive family therapy. This was driven by practitioners soliciting family participation in relation to the difficulties they were encountering in their work. Therapists adopt different positions according to the particularities of each case: this could be seen as a "psycho-education" of therapists by the family. This process is not subjected to analysis as to its members functions, interactions or their histories. It becomes the key to a therapeutic journey where everyone can feel valued in their skills and performance, relieved of suffering, reassured when faced by uncertainties, co-actor in a story that develops through events occurring during the sessions. This journey cannot be made without the recognition of a landscape where other actors of various persuasions operate, in a process of enlarged co-therapy.

In conclusion

I observed significant differences between Academic psychiatry, Psychiatry of territorial sector, and psychiatry in private practice, with regards to the clinician's positive and negative assessments, between what is considered

effective and ineffective, and the evaluation of success and failure in the exercise of their therapeutic interventions.

It seems to me that Michel Foucault's thought is present with many practitioners in the Psychiatry of territorial sector, (contrary to Academic colleagues), but also in Institutional therapy that is influenced by the various currents of psychoanalysis. Today, the use of the CBT medical model, is particularly present in University services.

In the preceding text, I tried to show that taking into account a renewed eco-systemic approach could contribute to the improvement of the conditions of the exercise of psychiatry and psychotherapy in France, in a perspective complementary to the proposals of Marion Leboyer and Pierre-Michel Llorca, expounded in the book cited in the beginning of this article.

Thomas Becker

ITA

Sguardi reciproci sulla Legge 180: istituzionalizzazione/deistituzionalizzazione in Europa e nel mondo: GERMANIA

THOMAS BECKER (Germania): Direttore Medico della Clinica Universitaria di Psichiatria e Psicoterapia II dell'*Università di Ulm* a Günzburg; specializzato in Neurologia, Psichiatria e Psicoterapia. Principali ambiti di ricerca: Servizi di Salute Mentale, psichiatria sociale, le scienze sociali nella salute mentale e Storia della riforma psichiatrica in Germania; si occupa inoltre di ricerca intervento. Membro del gruppo di lavoro per le linee guida nazionali degli interventi psicosociali nei Servizi di Salute Mentale.

Thomas Becker, Chantal Marazia, Felicitas Söhner, Heiner Fangerau

Department of Psychiatry II, Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg

Department of the History, Philosophy and Ethics of Medicine, Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Epidemiology and Psychiatric Sciences (2018), **27**, 314–318. © Cambridge University Press 2017
doi:10.1017/S2045796017000658

EDITORIAL

40th birthday of the Italian Mental Health Law 180 – perception and reputation abroad, and a personal suggestion

T. Becker[1]* and H. Fangerau[2]

[1] *Department of Psychiatry II, Ulm University, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Günzburg, Germany*
[2] *Department of the History, Philosophy and Ethics of Medicine, Medical Faculty, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Germany*

How things are perceived from a distance may help better understand their nature. Perceptions at home are likely to shape perceptions abroad. The mutual cross-references between local and distant perspectives on the Italian Mental Health Law 180 may help understand the process which preceded and resulted in the reform. This editorial argues that Law 180 came about at a unique – enabling – time in history. It argues that the run-up to and passing of Law 180 constituted a great accomplishment by professionals, the wider public and politicians/administrators. This editorial goes on to argue that the profession managed to cope with (many) adverse effects of the reform. The attention that Law 180 has received internationally should be devoted to other national (or regional) mental health reform processes as this may help us to understand how mental health care systems evolve and what defines 'windows of (operative) opportunity' or 'moments for (public) action'.

First published online 6 November 2017

Key words: Deinstitutionalisation, Franco Basaglia, Italian Mental Health Law 180, Italian reform.

- Uno sguardo a tutti i processi di riforma da una prospettiva di storia della Medicina
- Miglior comprensione di come evolvano i sistemi di cura della salute mentale
- Il ruolo degli intellettuali («tradizionali o organici»)
- Finestre di opportunità nel processo di riforma

La psichiatria di comunità nonostante - non in alternativa - all'ospedalizzazione (1)

- Contributo italiano – Il Ministro della Salute tedesco Andrea Fischer (Partito dei Verdi) 2000: «…questo fu un risveglio radicale e tale doveva essere…»;
- Risonanza nella letteratura accademica che enfatizza l'impatto di Basaglia nella RFG (Kersting 2003, Klein 2014, Beyer 2016, Hafner 2003, Salize 2012, Thoma 2012, Finzen 1998);
- Basaglia, con Foucalt e Goffman, è considerato un pensatore chiave (anni '60 e '70);
- I testi di Basaglia furono rapidamente tradotti (fine anni '60, inizio anni '70);
- Comunque, in Enquete (1800 pagine) non vi è menzione del nome di Basaglia;
- Molti riferimenti ad altre esperienze di riforma come quelle inglesi, svedesi, danesi, canadesi o statunitensi;
- *Attenzione*: la Legge 180 venne approvata solamente nel 1978;
- Il report di Enquete venne presentato in Parlamento nel 1975.

La psichiatria di comunità nonostante - non in alternativa - all'ospedalizzazione (2)

- D'altro canto, Basaglia: scarsa o nulla menzione della Germania (Ovest) nei tardi anni 70;
- Il terrorismo di estrema sinistra era una minaccia in entrambi i Paesi (BR, RAF);
- Le critiche (e verosimilmente gli stereotipi) della reazione tedesca al terrorismo di estrema sinistra in Italia;
- Le critiche (e gli stereotipi) della sinistra politica italiana sul terrorismo di estrema sinistra in Germania;

- Venite a vedere Trieste! (Basaglia) vs Non viaggiate in Italia (stampa scandalistica e, in qualche misura, Der Spiegel);
- In Basaglia, l'esperienza padovana della fenomenologia/filosofia fenomenologica si scontrò con la realtà dell'ospedale psichiatrico (Gorizia), la svolta di Jaspers (Jaspers: la potente svolta anti-comunista del dopoguerra alla luce dell'uso delle armi nucleari, Der Spiegel).

La psichiatria di comunità nonostante - non in alternativa - all'ospedalizzazione (3)

- *In Istituzione negata*: «i paesi di lingua tedesca, legati alla rigida ideologia teutonica stanno ancora cercando di risolvere il problema degli ospedali psichiatrici mediante strutture ancora più perfette, nelle quali l'attitudine di custodia continua a dominare…»;
- Riferimento (soprattutto) all' Istituto Centrale di Salute Mentale di Mannheim («costruzione di istituzioni sociali psichiatriche…»);
- *Sull'altra sponda*, fredda accoglienza in Germania (Wulff 1980), da parte della Società di Psichiatria Sociale Tedesca (DGSP), il riferimento, nel sentire tedesco, del pensiero antipsichiatrico e dei Collettivi Sociali dei Pazienti (SPK; qualche contatto fra essi e Basaglia);
- In riferimento al Nazismo e alla tradizione di eutanasia, la psichiatria tedesca «ha continuato a rifinire e modernizzare le tecniche seguendo ancora il pensiero dei vecchi maestri» (i valori della classe dirigente; Basaglia);
- La percezione tedesca del potenziale radicale di Basaglia, sia Mannheimer Kreis che la DGSP condannarono gli SPK (Glatzel 1974, Hartmann 1974).

La psichiatria di comunità nonostante - non in alternativa - all'ospedalizzazione (4)

- Fallimento nel forgiare un legame con DGSP (Basaglia e Minguzzi al convegno annuale della DGSP nel 1973, Wulff 1980);
- Basaglia ottiene il riconoscimento del proprio operato in oltralpe, dentro e fuori dai circoli psichiatrici (es. Der Speigel);
- Miglioramento delle relazioni con DGSP, es il convegno annuale del 1978 (contatto di Arezzo);
- Relazioni critiche, per es. Istituto Centrale di Salute Mentale, *Deutsches Arzteblatt;*
- Riassumendo, eco ambivalente in Germania (entusiasmo vs rifiuto), relazioni complicate e pregiudizio reciproco;
- Le differenze possono essere espresse in termini di «…comunità terapeutica come il «primo passo» (Italia) vs comunità terapeutiche come «obiettivo finale» (Germania).

La psichiatria di comunità nonostante - non in alternativa - all'ospedalizzazione; la tendenza in Germania dopo il 1945

Walter von Baeyer

- Nuovi farmaci (neurolettici);
- Movimenti di riforma politica e sociale fuori dalla Germania;
- Movimento antipsichiatrico;
- Iniziative tese ad articolare i bisogni dei pazienti;
- Dibattito sulla storia della psichiatria durante il dominio nazista (eugenetica, eutanasia);
- Consenso trans-partitico sulla necessità di una riforma.

Willy Brandt

Protesta di studenti in Heidelberg

Psychiatric reform in Germany

Bauer M, Kunze H, von Cranach M, Fritze J, Becker T.
Psychiatric reform in Germany
Acta Psychiatr Scand 2001: 104 (Suppl. 410): 27–34.
© Munksgaard 2001.

Objective: To describe the ongoing process of German psychiatric reform and the structure and functioning of mental health services.
Method: Information sources used include official reports describing mental health services, relevant publications related to organization and functioning of services.
Results: There has been far-reaching change in mental health care since the late 1960s: psychiatric hospitals have lost about 50% of their beds and one psychiatric hospital has been closed. One hundred and sixty-five general hospital psychiatric units have been built up. Out-patient, community and residential services have been developed. There is a lack of diversified residential and rehabilitation services, particularly for the most severely ill. Co-ordination of care is not always ensured, transfer of patients to remote nursing homes has occurred in some places. Carers and service users articulate their views to an increasing degree.
Conclusion: Political and professional enthusiasm have been important in implementation of the German reform. Evolving it further will require major efforts.

M. Bauer[1], H. Kunze[2], M. von Cranach[3], J. Fritze[4], T. Becker[5]

[1]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Städtische Kliniken Offenbach, Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Offenbach am Main, Germany, [2]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal, Germany, [3]Ärztlicher Direktor, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Kaufbeuren, Germany, [4]General Manager, German Society for Psychiatry, Psychotherapy and Nervous Diseases (DGPPN), Pulheim, Germany and [5]Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig, Leipzig, Germany

Key words: history; deinstitutionalization; health care reform; mental health services; health planning; trends

Prof Dr med. M. Bauer, Städtische Kliniken Offenbach, Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Starkenburgring 66, 63069 Offenbach am Main, Germany.
E-mail: mbauer.psych-of@gmx.de

This paper was read in a preliminary version at a symposium on Psychiatric Reform in Europe during the conference `25 years of Psychiatric Enquete – Trends and Perspectives of Psychiatric Reform', Bonn-Bad Godesberg, 22–23 November 2000. The symposium and this publication were funded by the World Health Organization Europe, Copenhagen and the Federal Ministry of Health, Bonn/Berlin

Copyright © Munksgaard 2001
ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA
ISSN 0065-1591

Acta Psychiatr Scand 2001: 104 (Suppl. 410): 27–34
Printed in UK. All rights reserved

Obiettivo: descrivere l'attuale processo di riforma psichiatrica in Germania

Metodo: review narrativa che include verbali ufficiali e pubblicazioni rilevanti

Risultati: radicale cambiamento nella cura della salute mentale dai tardi anni 60, riduzione del 50% dei posti letto psichiatrici negli ospedali, chiusura di un ospedale psichiatrico, 156 unità psichiatriche inaugurate in ospedali generali, sviluppo di servizi per pazienti ambulatoriali, di comunità e residenziali (senza un sistema assistenziale comunitario generale), mancanza di servizi diversificati residenziali e di riabilitazione, insufficiente coordinamento delle cure, trasferimento dei pazienti in residenze lontane con assistenza infermieristica, gli utenti dei servizi e dei loro fornitori articolano maggiormente le loro opinioni

Bauer et al 2001

Abstract Germany turned towards community-based mental health care in the mid seventies, during a general climate of social and political reform. The continuing deinstitutionalisation process and the implementation of community mental health services was considerably affected by the reunification of East and West Germany in 1990, which required dramatic changes in the structure and quality of the mental health care system of the former German Democratic Republic (GDR). Overall, German mental health care is organised as a subsidiary system, where planning and regulating mental health care is the responsibility of the 16 federal states. So German mental health care provision is spread among many sectors and characterised by considerable regional differences. A key characteristic is the particularly wide gap between inpatient and outpatient services, which are funded separately and staffed by different teams. In 2003 the total number of psychiatric beds was a mere two thirds of the overall bed capacity in 1991, the first year as a re-unified Germany, when psychiatric beds in East and West Germany totalled 80,275. From 1970 onwards the number of psychiatric beds was cut by roughly half. So the momentum of the reform has been strong enough to assimilate the completely different mental health care system of the former German Democratic Republic and, in the course of a decade, to re-structure mental health services for an additional 17–18 million new inhabitants. In an ongoing struggle to adapt to changing administrative set-ups, legal frameworks, and financial constraints, psychiatry in Germany in currently facing specific problems and is seriously challenged to defend to considerable achievements of the past. A major obstacle to achieving this aim lies in the fragmented system of mental health care provision and mental health care funding.

Key words psychiatric reform · community mental health care · cost of care · mental health care funding · mental health care planning

Background

Mental health care reform in Germany started later than in other industrialised countries. To a considerable degree, this was a late consequence of the Nazi regime's reign of terror, during which a massively corrupted mental health care system assisted in the murder of 90,000–140,000 people with mental illness between late 1939 and 1945 (Faulstich 1990). After World War II, psychiatric hospitals and mental asylums in Germany were not as overcrowded as

Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2007) 257:92–103 DOI 10.1007/s00406-006-0696-9

SPECIAL ISSUE

Hans Joachim Salize · Wulf Rössler · Thomas Becker

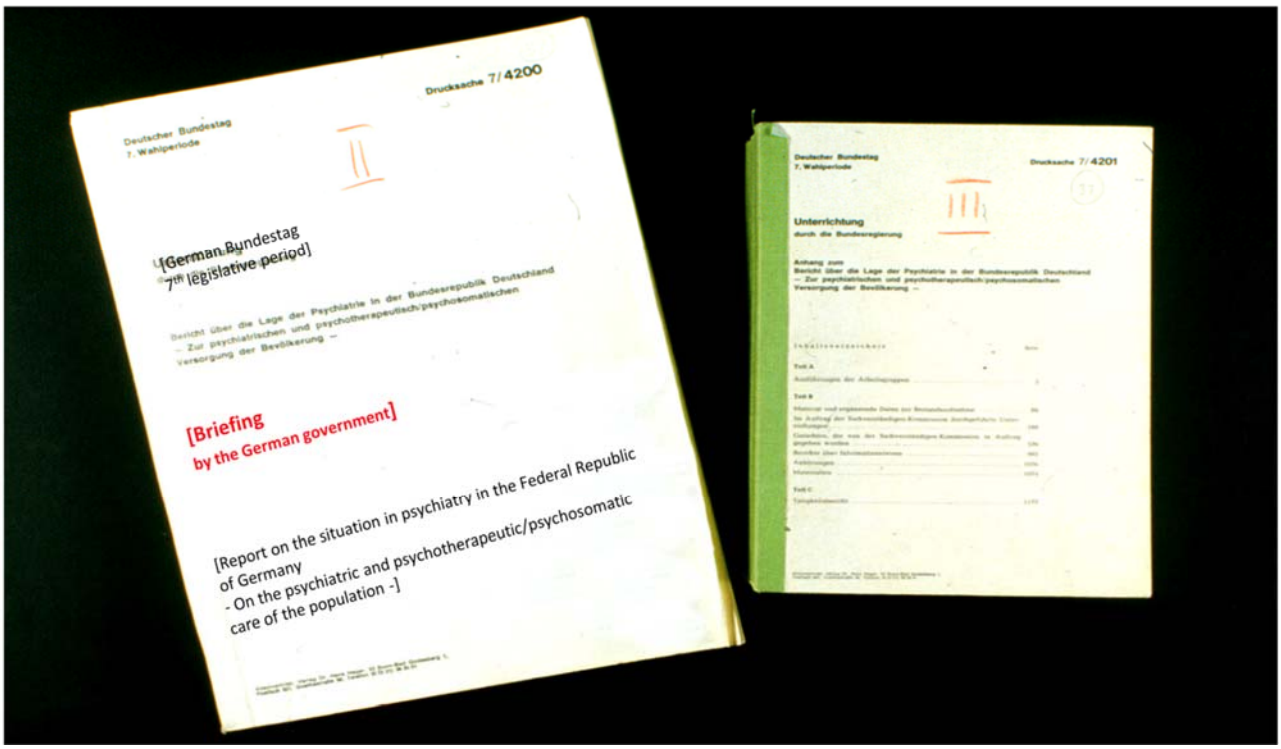
Mental health care in Germany

Current state and trends

Published online: 5 December 2006

La Germania si convertì ad un **sistema di salute mentale basato sulle comunità** nella metà degli anni 70, sostanziale impatto della **riunificazione** della Germania nel 1990, cambiamenti drammatici nel sistema di salute mentale nella ex-GDR, sistema Sussidiario (complicato, mancanza di una piano di salute pubblica), **stati federali** con forte impatto sulla pianificazione dei servizi (con variazioni regionali sostanziali), molti settori di cura indipendenti (**non coordinati**), caratteristica chiave = ampio divario fra Servizi ospedalieri e ambulatoriali, nel 2003 numero di letto 2/3 di quelli del 1991, numero di letti dimezzati dal 1970 al 2003, Forte **impulso** del processo di riforma (non radicale e lenta), problemi secondari all'assestamento amministrativo, cornice Legale e vincoli finanziari, **sistema frammentato** di cura e risorse economiche

Salize et al 2007



La cura della salute mentale dovrebbe:

- Essere basata sulla comunità;
- Incorporare l'idea di una cura globale e basata sui bisogni per tutte le persone con disordini mentali;
- Essere ben coordinata in bacini di utenza definititi, e
- Avere la stessa qualità delle cure per patologie somatiche.

1975

Rodewisch Theses, GDR (E. Germany), May 1963

50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR

50 Years Rodewisch Theses – For the Beginnings of Social-Psychiatric Reforms in East Germany (GDR)

Autoren Ekkehardt Kumbier[1], Kathleen Haack[1], Holger Steinberg[2]

Institute [1] AG Philosophie und Geschichte der Psychiatrie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock
[2] Archiv für Leipziger Psychiatriegeschichte, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Leipzig

THEMEN DER ZEIT

Sozialpsychiatrie in der DDR: Die unvollendete Reform

Dtsch Arztebl 2013; 110(38): A-1732 / B-1528 / C-1504

Jachertz, Norbert

Artikel | Literatur | Briefe & Kommentare | Statistik

Vor 50 Jahren wurden die „Rodewischer Thesen" formuliert. Ihr Ziel war die Öffnung der großen Anstalten in der DDR – es wurde jedoch nicht überall erreicht.

Während die Psychiatrie-Enquete des Bundestages von 1975 bis heute noch zurate gezogen wird, wenn es um die psychiatrische Versorgung geht, sind die Rodewischer Thesen der DDR-Psychiatrie aus 1963 allenfalls Fachkreisen bekannt. Zu Unrecht, handelt es sich doch um einen relativ frühen und ambitionierten sozialpsychiatrischen Ansatz, die Verwahr-Psychiatrie zu überwinden. Mit den Thesen knüpfte die DDR zumindest theoretisch an angelsächsische und skandinavische Vorbilder an, auch das sowjetische Dispensaire-System spielte

Foto: picture alliance

1. Impostazione terapeutica attiva
2. Terapia ottimale in condizioni ottimali
3. Profilazione dei reparti delle cliniche o ospedali
4. Equiparazione degli ospedali psichiatrici con quelli generali
5. Ampliamento dell'assistenza psichiatrica comunale
6. Promuovere la riabilitazione/attività psichiatrica
7. Sottolineare il significato sociologico-sociale di malattie psichiche
8. Individuazione precoce/ Contrastare l'intolleranza
9. Riduzione di misure coercitive / Proposte di legge per una migliore integrazione dei malati psichiatrici nella società
10. Ampliamento di scambi internazionali di esperienza
11. Coordinamento dell'attività pratica e scientifica

Kumbier et al. 2013, Jachertz 2013

Il sistema politico e la normativa dell'assistenza sanitaria in Germania:

Legislazione

Parlamento Bundestag

Governo federale

16 governi statali

Senato Bundesrat

Governi degli stati federali

Approva i progetti di legge

Approva i progetti di legge che riguardano gli interessi degli stati federali

Esecuzione e supervisione legislativa

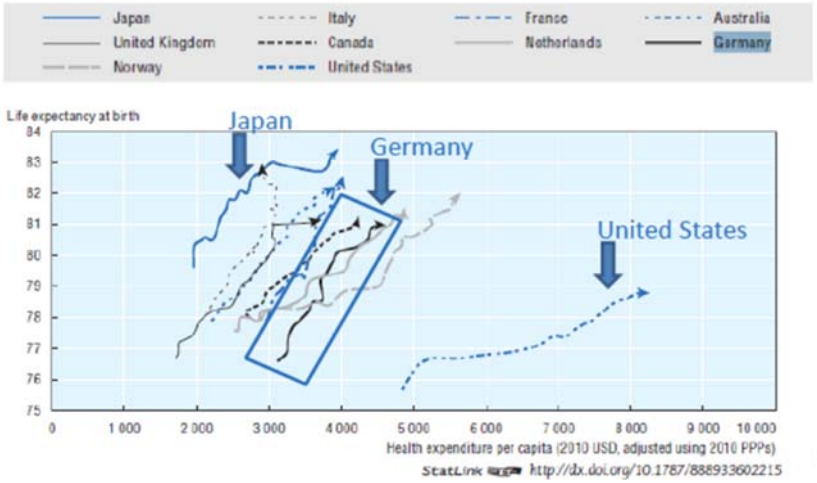
Amministrazione federale
- Iscrizione del farmaco
- Controllo assicurativo
- Lavoro d'ufficio federale

Autoamministrazione
- Onorario dei medici
- Pianificazione spese per farmaci
- Accordi collettivi

Amministrazione statale
- Supervisione GMP
- Concessione di licenze professionali
- Autorità finanziarie

Il sistema di cura della salute mentale in Germania oggi:
spesa sanitaria e aspettativa di vita

Figura 2.6: guadagno dell'aspettativa di vita e aumento della spesa sanitaria, Paesi ad alto gettito di reddito, 1995-2015



OECD Health at a Glance 2017, p. 39

Innovazione: il Modello di Amburgo

- In cooperazione con psichiatri di libera professione e altri operatori della cura
- Coordinamento della cura per pazienti con durata di malattia > 2 anni con focus su ACT (Trattamento assertivo comunitario)

  Risultati

  (14%) perdita di contatto, 6% nel gruppo ACT vs 23% nel gruppo di controllo (GC), tempo in contatto 51 settimane ACT vs 44% GC, ACT superiore a GC per sintomi, severità di malattia, minor uso di sostanze nel gruppo ACT

Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial)

Anne Karow, MD; Jens Reimer, MD; Hans Helmut König, PhD; Dirk Heider, PhD; Thomas Bock, PhD; Christian Huber, MD; Daniel Schöttle, MD; Klara Meister, PhD; Liz Rietschel, PhD; Gunda Ohm, MD; Holger Schulz, PhD; Dieter Naber, MD; Benno G. Schimmelmann, MD; and Martin Lambert, MD

Lambert et al 2010

Innovazione: Budget psichiatrico regionale (BPR) Itzehoe

- ***5*** Regionen
- ***5*** Regional-Budgets
- ***Alle*** Krankenkassen
- ***Alle*** psychischen Störungen (F-Diagnosen)
- ***881.000*** Einwohner
  (= 31,4% der Gesamtbevölkerung von Schleswig-Holstein)
- ***36*** Projekt-Jahre
- ***~ 350.000*** Menschen
- ***~ 500.000*** Behandlungs-Fälle

Innovazione: Budget psichiatrico regionale (BPR) Itzehoe

- Budget annuo fisso, con l'obbligo di provvedere alla cura di tutti i pazienti affetti da disordini mentali nel bacino di utenza (il numero di visite può variare del 6%)
- Nessun incentivo ad incrementare il numero di «casi» o la durata del trattamento dei pazienti ospedalizzati
- Uso più flessibile delle risorse
- Valutazione vs regione di controllo (3.5 anni): lieve vantaggio a favore del BPR, nessuna riduzione nel costo totale, lieve aumento del costo delle cure psichiatriche specialistiche ambulatoriali [assistenza medica accreditata]

Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen?
Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit

The Regional Psychiatry Budget (RPB): A Model for a New Payment System of Hospital Based Mental Health Care Services?
Analysis of Costs and Effectiveness of the RPB at 3.5 Years Follow-Up

Autoren Hans-Helmut König[1], Sven Heinrich[1], Dirk Heider[1], Arno Deister[2], Dirk Zeichner[3], Thomas Birker[4], Cornelia Hierholzer[1], Matthias C. Angermeyer[5], Christiane Roick[6]

Institute Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

König et al 2010, Deister et al 2010

Innovazione: modello di cura integrato (IC NWpG)

- Team mobili multiprofessionali
- Gestione dei casi
- Coordinamento e prestazioni dei servizi psichiatrici
- Servizi speciali per le crisi
- Vicinanza all' abitazione

STUDY PROTOCOL Open Access

Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial

Online-Atlas "Hilfen der Gemeindepsychiatrie", 2018

Innovazione: i progetti modello mostrano di funzionare….

Neurology, Psychiatry and Brain Research 22 (2016) 81–86

Contents lists available at ScienceDirect

Neurology, Psychiatry and Brain Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/npbr

Effectiveness and cost-effectiveness of home treatment compared with inpatient care for patients with acute mental disorders in a rural catchment area in Germany

Reinhold Kilian[a,*], Thomas Becker[a], Karel Frasch[a,b]

[a] Department of Psychiatry II, Ulm University, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Germany
[b] Bezirkskrankenhaus Donauwörth Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Donau-Ries Klinik, Germany

ARTICLE INFO

Article history:
Received 26 August 2015
Received in revised form 15 January 2016
Accepted 19 January 2016
Available online 18 April 2016

Keywords:
Psychiatric servcies
Hometreatment

ABSTRACT

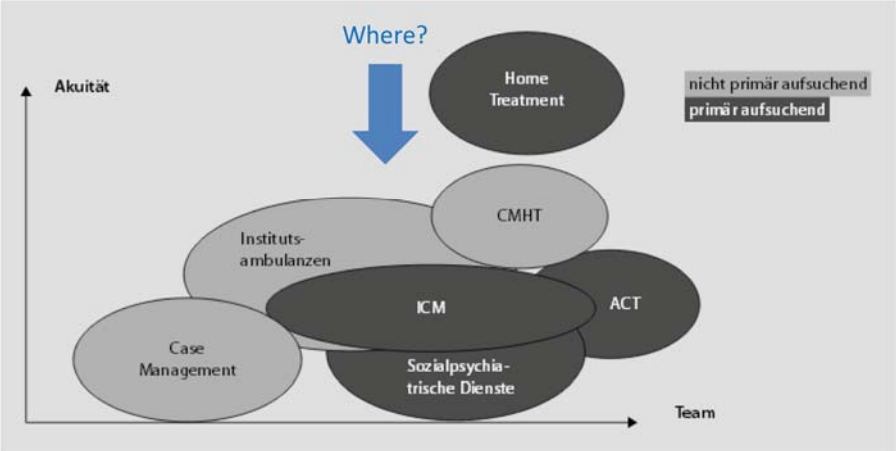
Background and aims: Hometreatment (HT) is considered as a safe and effective alternative to inpatient treatment (IT) for the treatment of patients with acute mental disorders. To date, there are only few studies on the effectiveness and no studies on the efficiency of HT vs IT in Germany. The aim of this study is to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of HT in comparison with IT in a rural catchment area in Germany.

Methods: In a prospective observational trial, 60 patients with acute mental disorders treated by a HT team were compared with 58 patients who were eligible for HT but received IT. Treatment outcomes (change of psychotic symptoms [PANSS], depressive symptoms [HAMD] and overall clinical and functional impairment [HoNOS] from admission to discharge) were assessed. Treatment costs were

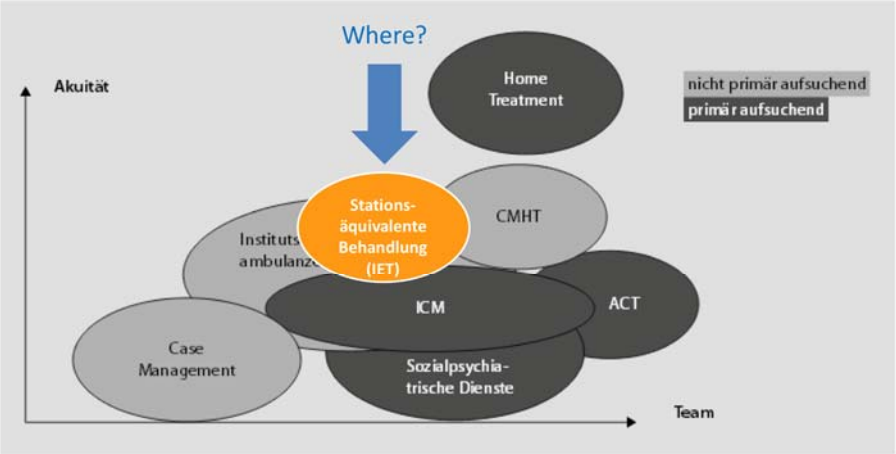
Kilian et al 2016

- 60 pz trattati a casa (HT) vs 58 pz ospedalizzati (IT)
- Trattamento HT ca 70 gg, IT 40 gg
- Costo per trattamento HT< (delta di ca 7000 Euro)
- Coerente con una stima a priori:
  - IT costo ca 300 euro/die per 40 gg → 12000 euro
  - HT costo ca 500 euro/sett per 10 sett → ca 5000 euro

Where to place inpatient-equivalent treatment (IET)?



Darstellung ambulanter gemeindepsychiatrischer Ansätze. (Mod. nach Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2008)



Darstellung ambulanter gemeindepsychiatrischer Ansätze. (Mod. nach Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2008)

Conclusioni 1

- Passaggio da un sistema di cura basato sull'ospedale a uno basato sulle comunità dagli anni 70;
- Riforma graduale (200 unità costruite in ospedali generali, ospedali psichiatrici ridotti di numero/ristrutturati, costruzione di servizi comunitari, miglioramento della formazione e del livello degli staff;
- Slancio della riforma abbastanza forte da ristrutturare il sistema di cura psichiatrico della GDR (dal 1990 ad oggi);
- Sistema di cura frammentato e risorse economiche;
- Attuale passaggio verso un sistema di finanziamento pro-capite;
- Sopravvivenza della negoziazione del budget per i bacini di utenza, i.e. persistenza di legame con la sanità pubblica.

Conclusioni 2

- Espansione dei settori della cura psicosomatica;
- Tagli di budget (secondari a incremento non compensato del costo del lavoro) con alcuni recenti aumenti dei finanziamenti (2009);
- Tagli ripetuti al budget degli psichiatri ambulatoriali;
- Sistema di cura frammentato e risorse economiche;
- Diffusa tendenza alla privatizzazione degli ospedali psichiatrici (e generali);
- Modelli di cura più innovativi;
- I principali paradigmi di Enquête sono sopravvissuti.

E-Mail: t.becker@uni-ulm.de
Internet: http://www.uniklinik-ulm.de/psychiatrieII/forschung

Thomas Becker

ENG

Sguardi reciproci sulla Legge 180: istituzionalizzazione/deistituzionalizzazione in Europa e nel mondo: GERMANIA

Thomas Becker, Chantal Marazia, Felicitas Söhner, Heiner Fangerau

Department of Psychiatry II, Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg

Department of the History, Philosophy and Ethics of Medicine, Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Epidemiology and Psychiatric Sciences (2018), **27**, 314–318. © Cambridge University Press 2017
doi:10.1017/S2045796017000658

EDITORIAL

40th birthday of the Italian Mental Health Law 180 – perception and reputation abroad, and a personal suggestion

T. Becker[1]* and H. Fangerau[2]

[1] *Department of Psychiatry II, Ulm University, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Günzburg, Germany*
[2] *Department of the History, Philosophy and Ethics of Medicine, Medical Faculty, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Germany*

How things are perceived from a distance may help better understand their nature. Perceptions at home are likely to shape perceptions abroad. The mutual cross-references between local and distant perspectives on the Italian Mental Health Law 180 may help understand the process which preceded and resulted in the reform. This editorial argues that Law 180 came about at a unique – enabling – time in history. It argues that the run-up to and passing of Law 180 constituted a great accomplishment by professionals, the wider public and politicians/administrators. This editorial goes on to argue that the profession managed to cope with (many) adverse effects of the reform. The attention that Law 180 has received internationally should be devoted to other national (or regional) mental health reform processes as this may help us to understand how mental health care systems evolve and what defines 'windows of (operative) opportunity' or 'moments for (public) action'.

First published online 6 November 2017

Key words: Deinstitutionalisation, Franco Basaglia, Italian Mental Health Law 180, Italian reform.

- Look at all reform processes from a History of medicine perspective
- To better understand how mental health care systems evolve
- Role of the intellectual (‚traditional' and ‚organic' intellectual)
- Windows of opportunity in processes of reform

Community psychiatry despite the asylum, not instead of it (1)

- *Italian contribution* – German minister of health Andrea Fischer (Green Party) 2000 „… this awakening was radical and it had to be radical …";
- Resonates with academic literature emphasising Basaglia's impact in the FRG (Kersting 2003, Klein 2014, Beyer 2016, Häfner 2003, Salize 2012, Thoma 2012, Finzen 1998);
- Basaglia, with Foucault & Goffman, considered key thinker (1960s, 1970s);
- Basaglia's books translated early (late 1960s, early 1970s);

- *However*, in Enquête (1,800 pages) no mention of the name of Basaglia;
- Many references to other reform experiences such as those in UK, Sweden, Denmark, Canada or USA;
- Beware: Law 180 only passed in 1978;
- Enquete report submitted to Parliament in 1975.

Community psychiatry despite the asylum, not instead of it (2)

- *In the opposite direction*, Basaglia: little (or no) mention of (West) Germany in late 1970s;
- Left-wing terrorism was a threat in both countries (BR, RAF);
- Criticism (and, possibly, stereotypes) of German reaction to left-wing terrorism in Italy;
- Criticism (and stereotypes) of political left in Italy‘s dealing with left-wing terrorism in Germany;
- Venite a vedere Trieste! (Basaglia) vs Do not travel to Italy (yellow press plus, to some degree, Der Spiegel);
- In Basaglia, experience of Phänomenologie/ phenomenological philosophy (Padova) clashed with asylum reality (Gorizia), anti-Jaspers turn (Jaspers: strong post-war anti-communist turn considering use of nuclear weapons, Der Spiegel).

Community psychiatry despite the asylum, not instead of it (3)

- In *Istituzione negata*: „German-speaking countries, bound to the rigid Teutonic ideology, are still trying to solve the problem of psychiatric asylums by ever more perfect structures, in which the custodial attitude continues to dominate …“;
- Reference to (most likely the) Central Institute of Mental Health in Mannheim („building of social psychiatric institutions …“);

- *On the other hand*, cold reception in Germany (Wulff 1980), including German Society for Social Psychiatry (DGSP), reference, in German understanding, to antipsychiatric thinking and Socialist Patients' Collective (SPK; some contact between Basaglia and SPK);
- Referring to Nazi and euthanasia tradition, German psychiatry „had continuted to refine and modernize the techniques and thinking of the old masters" (ruling class values; Basaglia);
- German perception of Basaglia's radical potential, both Mannheimer Kreis and DGSP had condemned SPK (Glatzel 1974, Hartmann 1974).

Community psychiatry despite the asylum, not instead of it (4)

- Failure to forge link with DGSP (Basaglia and Minguzzi at DGSP annual meeting in 1973; Wulff 1980);
- Basaglia's achievement acknowledged north of the Alps, in and outside psychiatric circles (e.g. Der Spiegel);
- Better relationship with DGSP, e.g. annual meeting in 1978 (Arezzo contact);
- Critical reports, e.g. Central Institute of Mental Health, Deutsches Ärzteblatt;
- *In sum*, ambivalent echo in Germany (enthusiasm vs rejection), complicated relationship and mutual prejudice;
- Difference could be put in terms of: … therapeutic community as a ‚first step' (Italy) vs therapeutic community ‚as the final objective' (Germany).

Community psychiatry despite the asylum, not instead of it; trends in Germany post-1945

Walter von Baeyer

- New therapeutics (neuroleptics)
- Political & social reform movements outside Germany
- Antipsychiatric movement
- Initiatives aimed at articulating patient needs
- Early interest in anti-stigma programmes
- Debate on history of psychiatry during Nazi rule (eugenics, euthanasia)
- Cross-party consensus on need for reform

Willy Brandt

Student protests in Heidelberg

Psychiatric reform in Germany

Bauer M, Kunze H, von Cranach M, Fritze J, Becker T.
Psychiatric reform in Germany
Acta Psychiatr Scand 2001: 104 (Suppl. 410): 27–34.
© Munksgaard 2001.

Objective: To describe the ongoing process of German psychiatric reform and the structure and functioning of mental health services.
Method: Information sources used include official reports describing mental health services, relevant publications related to organization and functioning of services.
Results: There has been far-reaching change in mental health care since the late 1960s: psychiatric hospitals have lost about 50% of their beds and one psychiatric hospital has been closed. One hundred and sixty-five general hospital psychiatric units have been built up. Out-patient, community and residential services have been developed. There is a lack of diversified residential and rehabilitation services, particularly for the most severely ill. Co-ordination of care is not always ensured, transfer of patients to remote nursing homes has occurred in some places. Carers and service users articulate their views to an increasing degree.
Conclusion: Political and professional enthusiasm have been important in implementation of the German reform. Evolving it further will require major efforts.

M. Bauer[1], H. Kunze[2], M. von Cranach[3], J. Fritze[4], T. Becker[5]

[1]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Städtische Kliniken Offenbach, Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Offenbach am Main, Germany, [2]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal, Germany, [3]Ärztlicher Direktor, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Kaufbeuren, Germany, [4]General Manager, German Society for Psychiatry, Psychotherapy and Nervous Diseases (DGPPN), Pulheim, Germany and [5]Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig, Leipzig, Germany

Key words: history; deinstitutionalization; health care reform; mental health services; health planning; trends

Prof Dr med. M. Bauer, Städtische Kliniken Offenbach, Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Starkenburgring 66, 63069 Offenbach am Main, Germany.
E-mail: mbauer.psych-of@gmx.de

This paper was read in a preliminary version at a symposium on Psychiatric Reform in Europe during the conference `25 years of Psychiatric Enquete – Trends and Perspectives of Psychiatric Reform', Bonn-Bad Godesberg, 22–23 November 2000. The symposium and this publication were funded by the World Health Organization Europe, Copenhagen and the Federal Ministry of Health, Bonn/Berlin

Copyright © Munksgaard 2001
ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA
ISSN 0065-1591

Acta Psychiatr Scand 2001: 104 (Suppl. 410): 27–34
Printed in UK. All rights reserved

Objective: to describe ongoing process of German psychiatric reform

Method: narrative review including official reports and relevant publications

Results: Far-reaching change in mental health care since late 1960s, psychiatric hospitals minus 50% of beds, one psychiatric hospital closed, 156 general hospital psychiatric units opened, out-patient, community & residential services developed (no comprehensive community care system), lack of diversified residential and rehabilitation services, coordination of care insufficient, transfer of patients to remote nursing homes, carers and service users articulate their views more.

Bauer et al 2001

Abstract Germany turned towards community-based mental health care in the mid seventies, during a general climate of social and political reform. The continuing deinstitutionalisation process and the implementation of community mental health services was considerably affected by the reunification of East and West Germany in 1990, which required dramatic changes in the structure and quality of the mental health care system of the former German Democratic Republic (GDR). Overall, German mental health care is organised as a subsidiary system, where planning and regulating mental health care is the responsibility of the 16 federal states. So German mental health care provision is spread among many sectors and characterised by considerable regional differences. A key characteristic is the particularly wide gap between inpatient and outpatient services, which are funded separately and staffed by different teams. In 2003 the total number of psychiatric beds was a mere two thirds of the overall bed capacity in 1991, the first year as a re-unified Germany, when psychiatric beds in East and West Germany totalled 80,275. From 1970 onwards the number of psychiatric beds was cut by roughly half. So the momentum of the reform has been strong enough to assimilate the completely different mental health care system of the former German Democratic Republic and, in the course of a decade, to re-structure mental health services for an additional 17–18 million new inhabitants. In an ongoing struggle to adapt to changing administrative set-ups, legal frameworks, and financial constraints, psychiatry in Germany in currently facing specific problems and is seriously challenged to defend to considerable achievements of the past. A major obstacle to achieving this aim lies in the fragmented system of mental health care provision and mental health care funding.

Key words psychiatric reform · community mental health care · cost of care · mental health care funding · mental health care planning

Background

Mental health care reform in Germany started later than in other industrialised countries. To a considerable degree, this was a late consequence of the Nazi regime's reign of terror, during which a massively corrupted mental health care system assisted in the murder of 90,000–140,000 people with mental illness between late 1939 and 1945 (Faulstich 1990). After World War II, psychiatric hospitals and mental asylums in Germany were not as overcrowded as

Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2007) 257:92–103 DOI 10.1007/s00406-006-0696-9

SPECIAL ISSUE

Hans Joachim Salize · Wulf Rössler · Thomas Becker

Mental health care in Germany

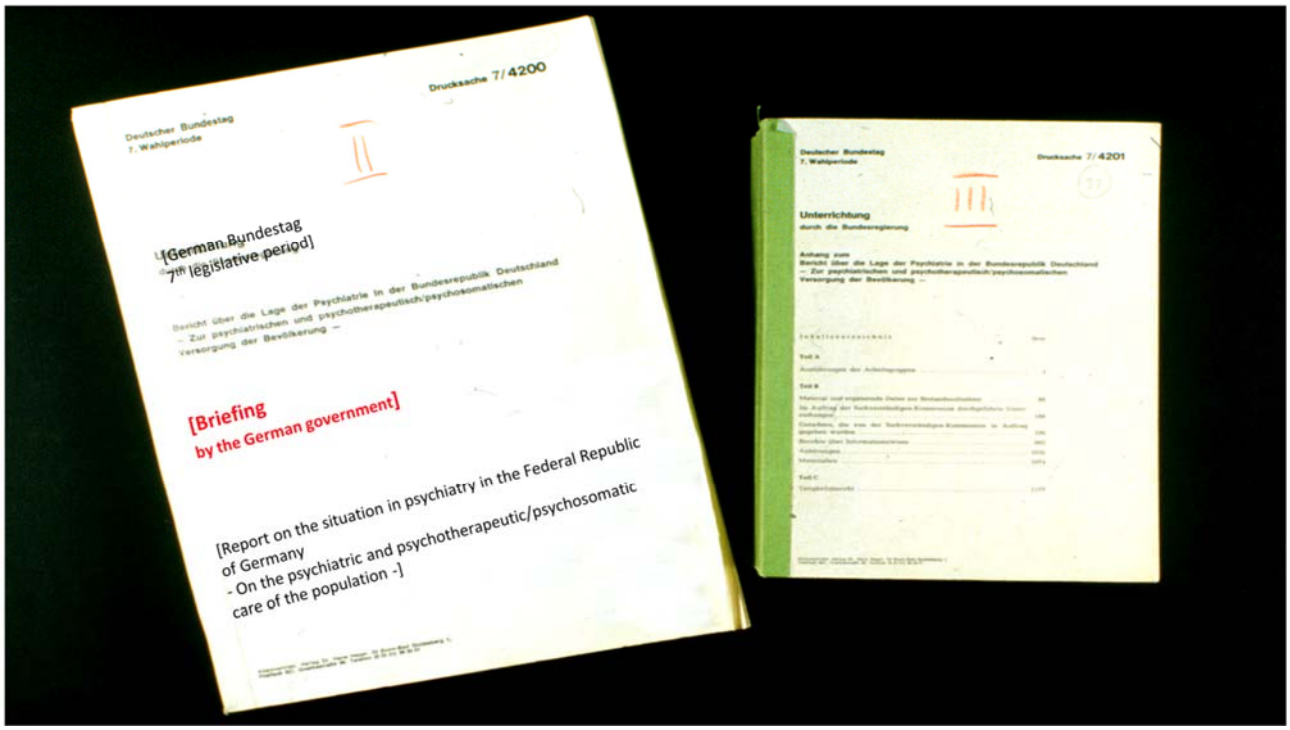
Current state and trends

Published online: 5 December 2006

Germany turned towards **community-based mental health care** in mid-1970s, major impact of German **reunification** in 1990, dramatic changes in mental health care system in ex-GDR, subsidiary system (complicated, lack of strong public health planning), **federal** states with strong impact on service planning (with major regional variation), many independent (**non-coordinated**) care sectors, key characteristic = wide gap between in- and

outpatient services, in 2003 N beds a mere 2/3 of bed numbers in 1991, N beds halved 1970-2003, strong **momentum** of (non-radical and slow) reform process, problems related to administrative set-up, legal framework and financial constraints, **fragmented system** of care and funding.

Salize et al 2007



Mental health care should:

- be community-based;
- incorporate the idea of needs-based and comprehensive care for all people with mental disorders;
- be well-coordinated in defined catchment areas, and
- be of similar quality as in somatic health care.

1975

Rodewisch Theses, GDR (E. Germany), May 1963

50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR

50 Years Rodewisch Theses – For the Beginnings of Social-Psychiatric Reforms in East Germany (GDR)

Autoren Ekkehardt Kumbier[1], Kathleen Haack[1], Holger Steinberg[2]

Institute
[1] AG Philosophie und Geschichte der Psychiatrie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock
[2] Archiv für Leipziger Psychiatriegeschichte, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Leipzig

THEMEN DER ZEIT

Sozialpsychiatrie in der DDR: Die unvollendete Reform

Dtsch Arztebl 2013; 110(38): A-1732 / B-1528 / C-1504

Jachertz, Norbert

Artikel | Literatur | Briefe & Kommentare | Statistik

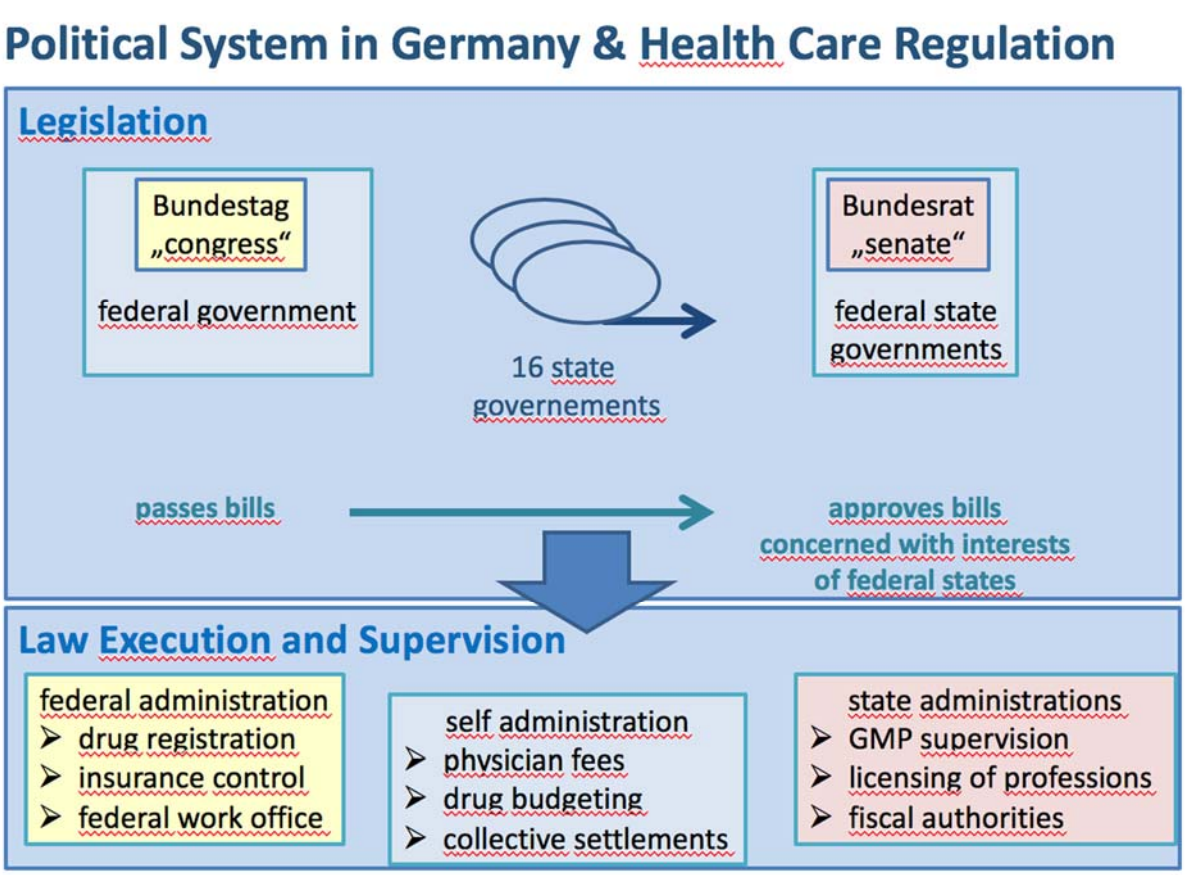
Vor 50 Jahren wurden die „Rodewischer Thesen" formuliert. Ihr Ziel war die Öffnung der großen Anstalten in der DDR – es wurde jedoch nicht überall erreicht.

Während die Psychiatrie-Enquete des Bundestages von 1975 bis heute noch zurate gezogen wird, wenn es um die psychiatrische Versorgung geht, sind die Rodewischer Thesen der DDR-Psychiatrie aus 1963 allenfalls Fachkreisen bekannt. Zu Unrecht, handelt es sich doch um einen relativ frühen und ambitionierten sozialpsychiatrischen Ansatz, die Verwahr-Psychiatrie zu überwinden. Mit den Thesen knüpfte die DDR zumindest theoretisch an angelsächsische und skandinavische Vorbilder an, auch das sowjetische Dispensaire-System spielte

Foto: picture alliance

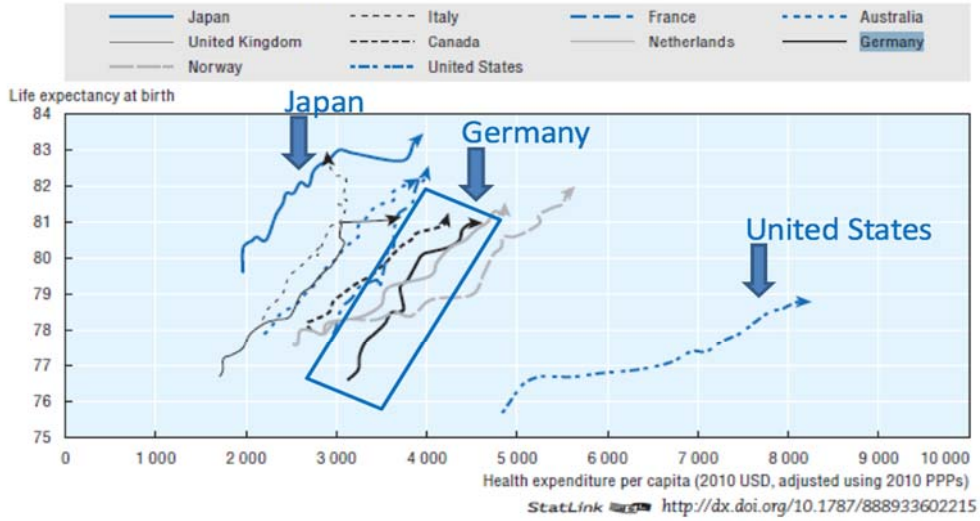
1. Active therapeutic attitude
2. Optimal therapy under optimal conditions
3. Profiling of the infirmaries
4. Equality of psychiatric hospitals with general hospitals
5. Development of community-based psychiatric care
6. Promote psychiatric rehabilitation / employment
7. Highlight Sociological-Social Importance of Psychic Diseases
8. Meet early detection / intolerance
9. Minimizing coercive measures / legislative initiatives for better integration of the mentally ill in society
10. Expansion of international exchange of experience / research
11. Coordination of practical and scientific activities of psychiatric specialist institutions

Kumbier et al. 2013, Jachertz 2013


Political System in Germany & Health Care Regulation
Legislation
Bundestag
„congress“
federal government
16 state
governements
Bundesrat
„senate“
federal state
governments
passes bills
approves bills
concerned with interests
of federal states
Law Execution and Supervision
federal administration
drug registration
insurance control
federal work office
self administration
physician fees
drug budgeting
collective settlements
state administrations
GMP supervision
licensing of professions
fiscal authorities

Mental health care in Germany today: health expenditure and life expectancy

Figure 2.6. **Life expectancy gains and increased health spending, selected high-income countries, 1995-2015**



OECD Health at a Glance 2017, p. 39

Innovation: Hamburg Model

- In cooperation with psychiatrists in private practice and other care providers
- **Coordination of care** for patients with illness duration > 2 years with ACT focus

Results

- 17/120 patients (14%) loss of contact, 6% in ACT team vs. 23% in control group (CG), time in contact 51 weeks (ACT) vs. 44 weeks (CG), ACT superior to CG for symptoms, illness severity, GAF, QoL, treatment satisfaction (MMRM); higher level of employment, lower level of substance use in ACT patient group

Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial)

Anne Karow, MD; Jens Reimer, MD; Hans Helmut König, PhD; Dirk Heider, PhD; Thomas Bock, PhD; Christian Huber, MD; Daniel Schöttle, MD; Klara Meister, PhD; Liz Rietschel, PhD; Gunda Ohm, MD; Holger Schulz, PhD; Dieter Naber, MD; Benno G. Schimmelmann, MD; and Martin Lambert, MD

Lambert et al 2010

Innovation: Catchment areas in Schleswig Holstein with Regional Psychiatric Budget

- **5** Regionen
- **5** Regional-Budgets
- **Alle** Krankenkassen
- **Alle** psychischen Störungen (F-Diagnosen)
- **881.000** Einwohner
  (= 31,4% der Gesamtbevölkerung von Schleswig-Holstein)
- **36** Projekt-Jahre
- **~ 350.000** Menschen
- **~ 500.000** Behandlungs-Fälle

Innovation: Regional Psychiatric Budget Itzehoe

- Fixed annual budget, obligation to provide all patient care for people with mental disorders in catchment area (N persons seen may vary +/- 6%);
- No incentives to increase number of ‚cases'or increase duration of (in-patient) treatment;
- More flexible use of resources;

- Evaluation vs. control region (3.5 years): slight advantages favouring RPB region, no reduction in total cost, slight increase in cost of office-based specialist psychiatric care [vertragsärztliche Versorgung].

Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen?
Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit

The Regional Psychiatry Budget (RPB): A Model for a New Payment System of Hospital Based Mental Health Care Services?
Analysis of Costs and Effectiveness of the RPB at 3.5 Years Follow-Up

Autoren: Hans-Helmut König[1], Sven Heinrich[1], Dirk Heider[1], Arno Deister[2], Dirk Zeichner[3], Thomas Birker[4], Cornelia Hierholzer[1], Matthias C. Angermeyer[5], Christiane Roick[6]

Institute: Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

König et al 2010, Deister et al 2010

Innovation: Integrated care model (IC NWpG)

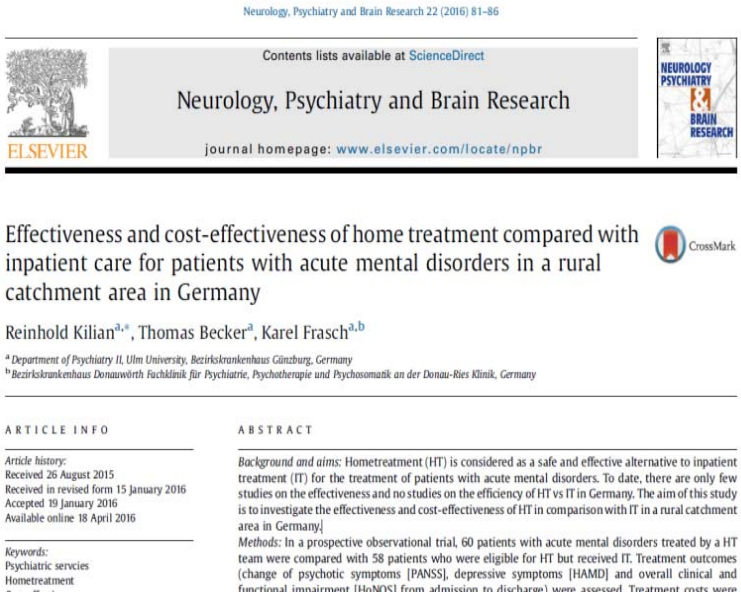
- mobile multiprofessional teams
- case management
- coordination and provision of psychiatric services
- special services for crises
- close to home

STUDY PROTOCOL Open Access

Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial

Online-Atlas "Hilfen der Gemeindepsychiatrie", 2018

Innovation: Model projects show they work …



Neurology, Psychiatry and Brain Research 22 (2016) 81–86

Contents lists available at ScienceDirect

Neurology, Psychiatry and Brain Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/npbr

Effectiveness and cost-effectiveness of home treatment compared with inpatient care for patients with acute mental disorders in a rural catchment area in Germany

Reinhold Kilian[a,*], Thomas Becker[a], Karel Frasch[a,b]

[a] Department of Psychiatry II, Ulm University, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Germany
[b] Bezirkskrankenhaus Donauwörth Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Donau-Ries Klinik, Germany

ARTICLE INFO

Article history:
Received 26 August 2015
Received in revised form 15 January 2016
Accepted 19 January 2016
Available online 18 April 2016

Keywords:
Psychiatric servcies
Hometreatment

ABSTRACT

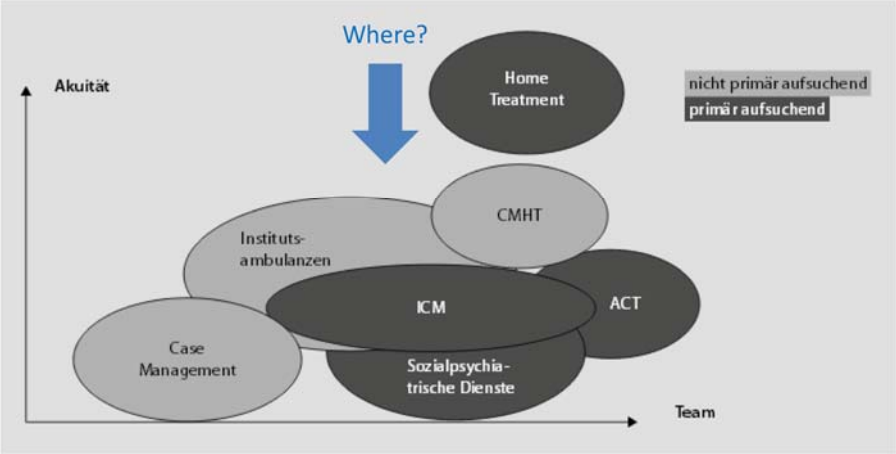
Background and aims: Hometreatment (HT) is considered as a safe and effective alternative to inpatient treatment (IT) for the treatment of patients with acute mental disorders. To date, there are only few studies on the effectiveness and no studies on the efficiency of HT vs IT in Germany. The aim of this study is to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of HT in comparison with IT in a rural catchment area in Germany.

Methods: In a prospective observational trial, 60 patients with acute mental disorders treated by a HT team were compared with 58 patients who were eligible for HT but received IT. Treatment outcomes (change of psychotic symptoms [PANSS], depressive symptoms [HAMD] and overall clinical and functional impairment [HoNOS] from admission to discharge) were assessed. Treatment costs were

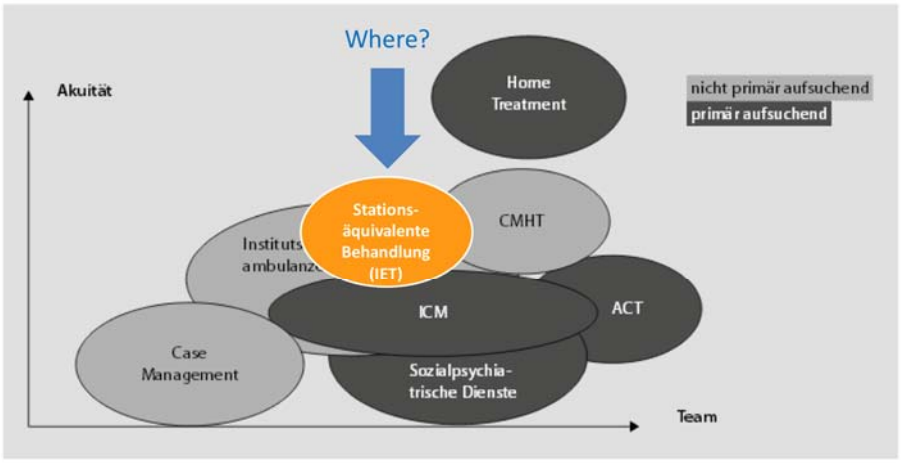
- 60 HT patients vs 58 patients in inpatient care
- HT treatment ~70 days, inpatient care ~40 days
- Cost per HT care episode < cost of inpatient care (difference about 7000 €)
- consistent with a priori estimate:
  - Inpatient care ~300 €/ day x 40 days → ~12,000 €
  - HT ~500 €/ week x 10 weeks → ~5.000 €

Kilian et al 2016

Where to place inpatient-equivalent treatment (IET)?



Darstellung ambulanter gemeindepsychiatrischer Ansätze. (Mod. nach Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2008)



Darstellung ambulanter gemeindepsychiatrischer Ansätze. (Mod. nach Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2008)

Conclusions 1

- Shift from hospital-based to community care since 1970s;
- Gradual reform (200 general hospital units built, psychiatric hospitals decreased in size/ restructured, community services built, staff levels & training improved);
- Momentum of reform strong enough to restructure psychiatric care system of the GDR (1990 onwards);
- Fragmented system of care and funding;
- Current shift towards modified capitation-type funding system;
- Catchment area-based budget negotiation survives, i.e. public health link is not lost.

Conclusions 2

- Expanding sector of psychosomatic care;
- Budget cuts (due to non-compensated salary increase) with some recent additional funding (2009);
- Repeated cuts in budgets of office-based psychiatrists;
- Widespread trend to privatise psychiatric (and general) hospitals;
- More innovative care models;
- Principal paradigms of Enquête have survived.

E-Mail: t.becker@uni-ulm.de
Internet: http://www.uniklinik-ulm.de/psychiatrieII/forschung

Roma Šerkšnienė

ITA

COME OPERANO I SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN LITUANIA?

ROMA ŠERKSNIENE (Lituania): Medico Psichiatra presso il *Kaunas Medical Institute*. Ha lavorato in ospedale psichiatrico ai tempi dell'Unione Sovietica. Specializzata nel trattamento psichiatrico di bambini e adolescenti. Psicoterapeuta familiare e Direttrice dell'*Istituto per le Relazioni Familiari di Kaunas*. Ha collaborato come psicoterapeuta di supporto presso la *Kaunas Medical University* e presso *l'Istituto Olandese di Psicoanalisi.*

PUNTI DI FORZA DEL SISTEMA DI SALUTE MENTALE.

- Il numero di posti letto negli ospedali psichiatrici si è ridotto, tra il 1991 al 2017, da 5.380 a 2.017. (Tabella 1)

Tabella 1.
Posti letto in Psichiatria nel 2017

	Numero posti letto	per 10 000 pop	%
Psichiatria	2804	10	11,4

- Il sistema di cura per la salute mentale lituano è tuttora efficace nel trattamento delle patologie mentali severe. Nonostante la riduzione del numero di ospedali e della durata media della degenza ospedaliera secondaria alla deistituzionalizzazione, la qualità delle cure da parte dei servizi

psichiatrici ospedalieri è aumentata (Tabella 2). Allo stesso tempo, i servizi per i pazienti con malattia mentale lieve sono lasciati all'iniziativa personale, e si evidenzia una mancanza di strategie preventive e di servizi nelle comunità.

Tabella 2.

Quadro della rete di servizi di salute metale nel 2017

	Numero unità	**Numero incluse le subunità**
Ospedali statali e municipali:		
psichiatrici	4	6
Istituzioni private		
psichiatrici	2	

PUNTI DEBOLI DEL SISTEMA DI SALUTE MENTALE:

- Il primo punto debole è la frammentazione della politica di sviluppo della salute mentale. Teoricamente tutti i programmi e le strategie sono state lanciate, con obiettivi e risultati definiti, ma sul piano reale mancano risorse umane e finanziarie per il potenziamento del sistema.
- Il secondo punto riguarda i medici di famiglia, che non sono abbastanza integrati nel sistema di servizi di salute mentale (tabella 3). Le statistiche mostrano che in Lituania sussistono sufficienti risorse per le cure primarie mentali ma seguendo la politica di salute mentale l'intero onere ricade sugli psichiatri. Parzialmente ciò dipende dalla programmazione pregressa, che prevede che i centri municipali di salute mentale (115) si prendano cura di tutti gli utenti che necessitano di cure ambulatoriali. Attualmente si sta delineando la necessità di coinvolgere i medici di famiglia nel ruolo di gestori delle cure mentali primarie, dato che i centri di salute mentale municipali stanno ricevendo troppi invii di casi comuni. Un'altra conseguenza

dell'erogazione di cure mentali primarie da parte dei centri municipali è che i medici di famiglia non abbiano il dovere di confrontarsi con problemi mentali in assoluto.

Tabella 3. Medici in servizio alla fine del 2017

	Numeri assoluti	per 10 000 pop.	%
Psichiatri	573	2.0	4,2
Medici di famiglia	2184	7,8	15,9

- **Medicalizzazione.** Deplorevolmente, i decenni recenti sono stati caratterizzati da eccessiva medicalizzazione della salute mentale e dall'abuso di interventi biomedicali, inclusi i trattamenti per la depressione e la prevenzione del suicidio. La maggior parte delle risorse umane ed economiche sono concentrate nelle istituzioni psichiatriche, che detengono ancora un elevato numero di posti letto e di psichiatri, nonché un crescente finanziamento per il rimborso di farmaci psicotropi di nuova generazione. Tuttavia, mancano le restanti componenti della cura, come l'inserimento in strutture comunitarie per la residenza, la riabilitazione psicosociale e vocazionale, la psicoterapia, le comunità di servizi di salute mentale pediatrici, i servizi di supporto per le famiglie.

- **Prevenzione della malattia mentale.** Nonostante vi siano molte iniziative messe in atto da autorità municipali e da organizzazioni non governative nel campo della promozione della salute mentale e della prevenzione, esse sono frammentate e i programmi di prevenzione non sono caratterizzati da strumenti atti a misurarne l'efficacia e la sostenibilità economica.

PUNTI AMBIVALENTI DEL SISTEMA DI SALUTE MENTALE:

- **Sistema di cure primarie di salute mentale.** Nel 1997 è stata costituita una nuova rete di servizi psichiatrici municipali per pazienti ambulatoriali; in tutto il paese se ne contano 115. È stato un primo passo molto importante verso la promozione di servizi di salute mentale basati sulla comunità. I servizi ambulatoriali sono basati su un gruppo di lavoro costituito da psichiatra, psichiatra infantile, psicologo, assistente sociale, infermiere specializzato (Tabella 4). Tuttavia, l'acceso agli utenti è limitato per budget insufficiente (mancanza di personale).

Tabella 4. Sistema di servizi primari di salute mentale (situazione dello staff nelle due città più grandi), 2017

Regione	Popolazione	Psichiatri adulto	Psichiatri pediatrico	Nurse special.	Ass Sociali	Psicologi	Tot
Vilnius	805 367	44	13	53	41	29	180
Kaunas	563 112	41	7	41	30	16	135

- **Sfide sociali sulla salute mentale**
  - **Fiducia e sfiducia nei servizi di salute mentale (qualità di benessere vs stigma).** Queste variabili potrebbero, forse, giocare ruoli cruciali nell'evitare la ricerca di aiuto psicologico dai professionisti, che è il quadro caratteristico della Lituania. I problemi di salute mentale più sfidanti in Lituania si caratterizzano come quelli latenti, cronici e che riguardano intere regioni o gruppi sociali. Alcuni di questi problemi, come l'alcolismo e l'intolleranza della diversità, sono riconosciuti dagli esperti come eredità dell'era sovietica, mente altri, come insicurezza, aggressività, tendenze suicidarie, *stess*, pessimismo, sono stati associati

al periodo della dissoluzione dell'Unione Sovietica, alla transizione all'economia di mercato, e alla perdita di sicurezza sociale. In coda al recupero dell'indipendenza, i cambiamenti che hanno preso piede non hanno creato un senso di sicurezza; il costituirsi di un mercato libero ha avuto anch'esso un impatto negativo sul benessere e sulla salute della società a dei suoi individui. La società lituana è ancora caratterizzata da un'attitudine stigmatizzante nei confronti della salute mentale, con una tendenza evitante al contatto con i professionisti del sistema, e, nel caso questo ci sia, viene applicato prevalentemente per il trattamento medico, non psicoterapico. Le ricerche rivelano che in Lituania esiste ancora un'immagine negativa dei professionisti della salute mentale, la paura di chiedere aiuto per la vergogna e la stigmatizzazione, informazioni limitate circa l'assistenza e i servizi. Indipendentemente dai miglioramenti sostanziali nei servizi di salute mentale occorsi negli anni dopo il ritorno all'indipendenza, lo stigma sociale rimane prevalente. I pazienti psichiatrici sono percepiti come pericolosi, violenti, ed incapaci. Ricevere pubblicamente o in forma anonima servizi di salute mentale è un impegno gravoso a causa della struttura a nodi stretti della società lituana, dove tutti conoscono tutti.

- **Elevato tasso di suicidi.** Per molti anni, la Lituania ha avuto il tasso di mortalità per suicidi più elevato dell'Unione Europea: con 31,5 morti per 100,000 abitanti, è quantomeno tre volte più elevato della media europea (11,3). La prevenzione dei suicidi è una delle maggiori priorità nella politica di salute mentale.
- **Eccessivo consumo di alcool (ubriachezza)** è molto comune, soprattutto fra uomini ed adolescenti. Il tasso di mortalità legato all'alcool (32,6 morti per 100,000 abitanti) è più del doppio della media europea (15,7). Sebbene il tasso sia molto inferiore fra le donne rispetto agli uomini, entrambi sono ancora fra i più elevati nell'UE. Rafforzare le

politiche di controllo dell'alcool è ben in evidenza nell'agenda politica lituana, e una nuova legge è stata approvata nel gennaio del 2018: comprende l'aumento dell'età minima per il consumo di alcolici a 20 anni, la riduzione degli orari di vendita al pubblico e il divieto di pubblicizzare alcolici.

Roma Šerkšnienė

ENG

HOW OPERATES MENTAL HEALTH SERVICES IN LITHUANIA?

STRONG POINTS OF MENTAL HEALTH SYSTEM:

- The number of beds in psychiatric hospitals has decreased from 5380 in 1991 to 2804 in 2017 (Table 1)

Table 1. Hospitals Beds in Psychiatry in 2017

	Bed number	per 10 000 pop	%
Psychiatry	2804	10	11,4

- Lithuanian mental health care system is still effective for treatment of severe mental disorders. Despite the decreased number of hospital beds and average length of stay in hospital due to deinstitutionalization, the quality of psychiatric care services in hospitals was increased (Table 2).

Meanwhile, services for patients with mild mental illness have to manage on their own due to lack of services and prevention opportunities.

Table 2. Mental Health Care Establishment Network in 2017

	Number	**Number incl. subdivions**
State and municipalities hospitals:		
psychiatric	4	6
Private health care institutions		
psychiatry	2	

WEAK POINTS OF MENTAL HEALTH SYSTEM:

- Fragmentation of mental health policy implementation. Theoretically all programs and strategies are on-going, goals and outcomes are set, but in reality there are no human or financial resources for implementation.
- General practitioners are not integrated enough into mental health care system (Table 3). Statistics show that in Lithuania there are enough human resources for primary mental healthcare (GPs), but according to mental health policy the whole burden falls to psychiatrists. It is partly because it was planned that the municipal mental health centres (115) would take care of all people who are in need of outpatient mental healthcare. Now it is becoming obvious that GPs need to be involved as gatekeepers in primary mental healthcare, as the municipal mental health centres are receiving too many referrals of common cases. Another consequence of provision of mental health centres at the primary care level is that GPs make the assumption that they do not have to deal with mental health problems at all.

Table 3. Active Physicians at the end of 2017

	Abs. numb.	per 10 000 pop.	%
Psychiatry	573	2.0	4,2
Family doctors (GPs)	2184	7,8	15,9

- **Medicalization.** Regrettably, recent decades have been marked with excessive medicalization among mental health patients and the overuse of biomedical interventions, including in the treatment of depression and suicide prevention. The largest proportion of physical and human capital is concentrated in psychiatric institutions, with still large numbers of beds, psychiatrists and increasing funding for reimbursement for the new generation of psychotropic medications. However, the other components of care that are lacking are community-based housing, psychosocial and vocational rehabilitation, psychotherapy, community-based child mental health services, and supportive services for families.

- **Prevention of mental health**. Despite the fact that there are many new initiatives by municipal authorities and non-governmental organisations (NGOs) in the field of mental health promotion and prevention, those are only fragmented and still the prevention programs lack a tradition of measuring effectiveness and sustainability of funding.

AMBIVALENTIC POINTS OF MENTAL HEALTH SYSTEM:

- **Primary mental health care system.** In 1997 a new network of municipal out-patient psychiatric services (municipal mental health centers) was launched; the total number of such centers throughout the country is 115. It was a very important first step in the development of community-based services and mental health promotion. The outpatient services are based on teamwork – psychiatrist, child psychiatrist, psychologist, social worker, mental health nurses (Table 4). But the access of people to mental health services is limited because of insufficient budget and therefore not enough staff.

Table 4. Primary mental health care system (staff positions in two biggest cities), 2017

	Population	Adult Psychia-trist	Child Psychia-trist	Mental health nurse	Social worker	Psycho-logist	Total
Vilnius region	805 367	44	13	53	41	29	180
Kaunas region	563 112	41	7	41	30	16	135

- **Society challenges on mental health**

  - **Trust and distrust in mental health services (quality of wellbeing vs stigma).** The prevalent stereotypes, mythical beliefs, and politician's attitudes could, perhaps, play crucial roles in the avoidance of seeking psychological help from professionals that is a common characteristic of

Lithuanians. The most challenging mental health problems in Lithuania are identified as latent, chronic, and covering whole regions or social groups. Some of these problems - alcoholism, intolerance to differences - experts recognized as a Soviet-era heritage, others - insecurity, aggression, suicidal behavior, stress, pessimism - associated with the break-up period, the transition to a market economy, and the loss of social security. Following the restoration of independence, the changes that have taken place did not create a sense of security; the creation of a free market also had a negative impact on the wellbeing and health of the society and its individual members. Lithuanian society is still characterized by a stigmatized attitude towards mental health, avoiding reaching out to professionals, and if applying mainly for medical treatment, not psychotherapy. Research revealed that in Lithuania still exists negative attitude and image towards mental health professionals, the fear to seek help because of shame and stigmatization and limited information about assistance and services. Regardless of substantial improvements in the mental health services since the independence restoration in an year, social stigmatization remains prevalent. The mentally ill are perceived as dangerous, violent, and incapable. Receiving mental health services in disclosure or anonymously is a demanding task due to close-knit structure of the Lithuanian society, where everyone knows everyone.

- **High suicide rates.** For many years, Lithuania has had the highest mortality rate from suicide in the EU. At 31.5 deaths per 100 000 population, it is almost three times higher than the EU average (11.3). *Suicide prevention* is one of the main priorities in mental health policy.

- **Excessive alcohol consumption (binge drinking)** is especially common among men and adolescents. Alcohol-related deaths are more than two times greater than the EU average. The alcohol-related mortality rate (32.6 deaths per 100 000 population) is more than double the EU average (15.7). Although the rate for women is much lower than for men, both rates are among the highest in the EU. *Strengthening alcohol control policies is high on the policy agenda in Lithuania*, and a new law came into effect in January 2018 - this includes increasing the legal age for alcohol consumption to 20 years, restricting sales times and banning alcohol advertising.

Alon Ashman

ENG

Psychiatric health services in Israel

Transcription

My name is Alon and I am a young psychiatrist, coming from a young Nation. I am from Israel. I have turn into psychiatry in 1997. Before that, I was an army combat Medic. Then, I realized that I want to be a psychiatrist, to get away from all the fighting. I began a psychospiritual process for myself and realized I want to be a psychiatric. I remember that I was very afraid to go to the system, as I believed it was very unhuman. All those believes and prejudices that we have about it! But when I entered in it in 1997, I was surprised that it is a very humanistic place. Mentally ill patients were treated with respect and dignity. I have learnt that the reform started 5 years before my move, in 1991 with a very specific law outlined for the rights of the mentally ill patients. I want to talk about this reform and I want to talk later, about the second reform which is more of a secret.

The first reform in Israel was enforced to treat mentally ill patients like human beings. This includes the first law in 1991 due to which we are not allowed to force hospitalization without proper cause. There is very strict regulation on that. The patient must be mentally ill and dangerous, for us to hospitalize him. And the patient is given the right to appeal and have a lawyer. The law permits only 7 days of hospitalization and then you can do it for another 7 days. After 14 days there is a committee formed. So at the end, only the really dangerous mentally ill patients, which are schizophrenic mostly, are admitted.

The second important law was in 1996, which regulates the patient's rights – such as privacy, secrecy and the right to say no.

The third law was enforced with respect to rehabilitation in 2000, which makes a central part of the therapy approach in the community. After hospitalization, patients can go to the community and receive services which support their re-integration into society, such as financial help, education, occupational support, social activities support and housing.

It could be observed that from 2000 until today, there is a transformation from hospital to community. Currently, the hospitalization time is much shorter, and focused only on treating the acute phase of the illness with, mainly, medications. After patients are not psychotic anymore, they are transferred to the community clinic and they receive targeted services there, which are helping them to reintegrate into society.

Another important change that is happening in Israel, is related to the role of the psychiatrist. In other words, the umbrella of psychiatrists is diminished. There is more power given to the social workers, psychologists and furthermore, the holistic approach which is more influential. Social workers in Israel are like the counselours in Italy.

The second reform is related to the social worker - the main coordinator in treating the acute phase, like psychosis. The role is not taken by the psychiatrists but by the social worker.

Currently, we have places called « Balancing homes ». There is a hospital and there is a 'Balancing home' : it is a villa, a place like the one we live in palced in the middle of other houses. There is inside a multidisciplinary team, comprised of social workers, therapists (occupational, artists, dance, theatre, pet…), guides, yoga teacher, shiatzu, etc. Also sport.

So, I am working at this 'Balancing home', which is a normal home, opened, in a neighborhood. When there is psychotic patient, they can come to the home

where they are welcomed by a guide (a person that was there because of his problems), and they start living there.

I am responsible for giving the patient a medication; I go there only once a week and do individual and group conversations. Usually after one month, the patient is not psychotic anymore and he is able to return to the community. Nowadays in the country, there is a movement of patients that are not hospitalized because of that. And the main thing that is followed are both the humanistic / systemic and holistic approaches.

Also, in Israel, there is another unique structure called '*Kfar Izun'* or 'Harmony village'. The village is near the sea, in a quite area. It looks like going on a holiday to Thailand, for instance. Usually, there, we have backpackers, the Israel young people who travel around the world, try some drogs and return with psychiatric problems and symptoms (also adiction). They join the village and they enter psychotherapy groups, they take part of a holistic therapy approach and are given antipsychotics for a short time. Usually, after a while, arounf 4 months, they go back to community without stigma or hospitalization.

So, I think Israel is a bit advanced in its approach to mentally ill patients. Our country is between Africa and Europe, so we must progress. I think we are following good and successful human and practical approaches.

Thank you!

Alon Ashman

ITA

I servizi di salute psichiatrica in Israele

ALON ASHMAN: Medico psichiatra laureato alla *Ben-Gurion University*, specializzato in Ipnosi e EMDR. Ha lavorato per anni in ospedali psichiatrici. Dal 2018 è Responsabile di Psichiatria presso il centro riabilitativo di "*Kephar Isun*" e Direttore del Centro mentale diurno.

Mi chiamo Alon e sono un giovane psichiatra, provengo da una giovane Nazione. Vengo da Israele. Mi sono dedicato alla psichiatria dal 1997. Prima ero un medico nelle zone di combattimento al servizio dell'esercito israeliano; è stato durante quel periodo che ho capito che volevo essere uno psichiatra, per allontanarmi da tutti i combattimenti e dalle guerre. Ho iniziato un processo psico-spirituale su me stesso e ho capito che volevo essere una psichiatrica. Ricordo che, prima di entrare nel sistema psichiatrico, avevo molta paura perché credevo che fosse un sistema disumano; con tutte i preconcetti e i pregiudizi che abbiamo in merito! Ma quando vi sono entrato, nel 1997, sono rimasto sorpreso dal fatto che si trattasse di un contesto particolarmente umanistico. I malati mentali erano trattati con rispetto e dignità. Appresi che la riforma era iniziata cinque anni prima del mio trasferimento, nel 1991, con una legge molto specifica per i diritti dei malati mentali.

Vorrei parlare di questa riforma e più tardi della seconda riforma, che è più segreta, diciamo sconosciuta, sicuramente nel mondo.

La prima riforma in Israele è stata attuata per trattare i malati mentali come esseri umani; questo include la prima legge del 1991, grazie alla quale non siamo

autorizzati ad effettuare un ricovero coatto senza una giusta causa. Esiste una regolamentazione molto rigorosa in materia: il paziente deve essere malato di mente e chiaramente pericoloso, affinché lo si possa ospedalizzare; inoltre, la persona ha il diritto di appellarsi e di avere un avvocato. La legge permette solo sette giorni di ricovero in ospedale e poi lo si può allungare di altri sette giorni; al termine dei 14 giorni c'è una commissione che decide, insieme agli avvocati. Quindi, alla fine, sono ammessi solo i malati mentali veramente pericolosi, che sono per lo più schizofrenici in gravi condizioni.

La seconda legge importante è del 1996, che aggiunge un aspetto non indifferente: regola i diritti dei pazienti, come il diritto alla privacy, alla segretezza e soprattutto il diritto a dire di "no".

La terza legge, che riguarda la riabilitazione, è stata applicata nel 2000, ed è quella che ha introdotto l'approccio terapeutico e holistico nelle comunità. Dopo il ricovero in ospedale, i pazienti possono recarsi in una comunità e ricevere servizi che ne favoriscono il reinserimento nella società, come l'aiuto finanziario, l'istruzione, il sostegno occupazionale, l'alloggio e le attività sociali.

Si può osservare che dal 2000 ad oggi, c'è una trasformazione che consiste in un passaggio da ospedale a comunità. Attualmente, il tempo di ospedalizzazione è molto più breve e si concentra solo sulla cura della fase acuta della malattia con, principalmente, farmaci. Dopo la scomparsa dei sintomi che rendono la persona in stato di pericolo, le persone vengono trasferite nella clinica comunitaria e ricevono servizi mirati che li aiutano a reintegrarsi nella società.

Un altro importante cambiamento che sta avvenendo in Israele, è che il ruolo dello psichiatra è diminuito. Il potere dei *social worker* (che non corrisponde alla figura dell'assistente sociale in Italia ed è più vicina alla figura del counselor, che in Israele riceve una formazione universitaria), degli psicologi e dell'approccio olistico è molto più influente.

La seconda riforma riguarda non lo psichiatra ma il *social worker*, che è il principale coordinatore nella cura della fase acuta, come quella della psicosi. Attualmente, abbiamo luoghi chiamati "Case di equilibrio" (*Balancing homes*). Esiste un ospedale ed esiste una "casa per l'equilibrio"; è una villa, un posto come quello in cui viviamo, in mezzo a quartieri abitati, dove c'è un team multidisciplinare, composto da *social workers*, terapeuti di vario tipo (occupazionali, arteterapeuti, danza o teatro terapeuti, *pet therapists*), guide (si tratta di persone che hanno vissuto questa esperienza), insegnanti di yoga, shiatzuka, ecc. Sono strutture dove si fa anche lo sport.
Quindi sto lavorando in questo tipo di "casa per l'equilibrio", che è una casa normale e aperta, nel quartiere. Quando ci sono pazienti psicotici, possono venire in questa "casa" dove vengono accolti da una guida e iniziano a vivere lì. Sono responsabile della somministrazione di farmaci al paziente; frequento la casa una volta alla settimana e svolgo colloqui individuali e di gruppo e sono in contatto con il coordinatore. Di solito, dopo circa un mese il paziente non è più psicotico e può tornare nella comunità, senza stigma. Al giorno d'oggi nel Paese, ci sono molti pazienti che non si recano in ospedale perché preferiscono l'alloggio. Inoltre, l'aspetto più importante è che gli approcci seguiti sono principalmente quello umanistico / sistemico e quello olistico.

Inoltre, in Israele, c'è un'altra struttura unica chiamata *Kfar Izun* (Villaggio dell'equilibrio); il villaggio si trova vicino al mare, in una zona tranquilla, ricorda molto la spiaggia thailandese. Di solito in quel posto ci sono i *backpackers*, giovani israeliani che viaggiano nell'oriente con lo zaino in spalla e tornano con problemi di tipo psichico o anche di dipendenza da sostanze; loro si uniscono al villaggio ed entrano in gruppi terapeutici, partecipano ad un approccio olistico con figure come quelle già elencate e ricevono per un breve periodo di tempo anche antipsicotici. Dopo circa quattro mesi, tornano in comunità senza stigma o ricovero in ospedale.

Quindi, penso che Israele sia un po' in fase avanzata nel suo approccio ai malati mentali. Israele è un Paese che si trova tra l'Africa e l'Europa, quindi dobbiamo progredire, ma penso che stiamo seguendo approcci umani e pratici validi che riscontrano successo.

Grazie!

Alon Ashman

ENG

Psychiatric health services in Israel

Description of the law and services

Legal issues

The Mental Patients Treatment Act of 1991 specifies the conditions for involuntary psychiatric hospitalization, examination and treatment through civil or criminal proceedings. The Youth (Treatment and Supervision) Act of 1960 includes some of the same rulings for minors. The Community-Based Rehabilitation of the Mentally Disabled Act of 2000 deals with the rehabilitation and integration of mentally disabled persons into the community, in order to enable them to achieve maximum functional independence and quality of life, while protecting their dignity in the spirit of the Basic Law of Human Dignity and Freedom of 1992. The Patients' Rights Law of 1996 defines the rights of individuals who request medical treatment of any kind regarding topics such as informed consent to treatment and the protection of confidentiality and personal privacy.

Involuntary Psychiatric Treatment

In Israel, compulsory hospitalization is regulated by the Treatment of Mentally Ill Law, 1991. According to the law, a person cannot be admitted to an involuntary hospitalization prior to an examination, which gives the district psychiatrist the authority to order a person's forced examination. If a person is diagnosed with mental illness and is suffering from a risk of himself or others, the District Psychiatrist may order forced treatment of the same person, which can be performed by forced hospitalization. The District Psychiatrist may forcibly place a person for a period not to exceed seven Days, and it is his power to extend this provision by an additional seven days, on the basis of a written reasoned request from the hospital. The extension of an involuntary hospitalization provision beyond a 14-day period may only be provided by a District Psychiatric Committee that operates by law. The patient has the right for legal representation by a lawyer. The District Psychiatric Committee and the decisions of the District Psychiatric Committee may be appealed to a District Court judge of that district.

Before adulthood

The juvenile court may order a psychological or psychiatric examination of a minor in a clinic or hospital, if he is convinced that there is a real possibility that the minor is mentally ill or suffers from a serious mental disorder that may endanger him or others or cause mental damage to his development.

If the minor is above 15 years of age, he may object.

In such a case, the minor may apply through a lawyer to the Youth Magistrate's Court and express opposition to hospitalization.

Criminals

A court order for compulsory hospitalization may be issued when a person has been accused of a crime and the court is convinced that the accused is incapable of standing trial because he is mentally ill or that he committed the crime as a direct result of mental illness.
A court order for compulsory psychiatric observation may be issued for the purpose of conducting a psychiatric evaluation of a person who is accused of a crime when the court suspects that the accused is mentally ill and committed the crime as a direct result of the illness.

Involuntary hospitalization criteria: According to the law, involuntary treatment or hospitalization can be ordered by the district psychiatrist or by court order. The law stipulates that the district psychiatrist can issue an order for an urgent involuntary psychiatric examination if the following three conditions are met:

1. The person is ill, and his illness has impaired his judgment or his ability to assess reality;
2. He or she is liable to do himself or others immediate physical harm;
3. The person refuses to submit to psychiatric examination.
4. If the district psychiatrist is convinced, on the basis of an examination, that conditions 1 and 2 above are met and that there is a causal connection between them, he or she is entitled to issue an order for an urgent involuntary psychiatric hospitalization.

Involuntary non-urgent psychiatric hospitalization: The law stipulates that the district psychiatrist can issue an order for a non-urgent involuntary psychiatric examination if the following conditions are met:

1. The person is ill, and his illness has impaired his judgment or his ability to assess reality.
2. The person satisfies one of the following statements:

a. He is liable to do himself or others physical harm, but not in the immediate future.
b. His ability to attend to his own basic needs is severely impaired.
c. He causes severe mental suffering to others, sufficient to prevent them living a normal life.
d. He causes severe property damage.

3. The person refuses to submit to psychiatric examination.

If the district psychiatrist is convinced, on the basis of an examination, that conditions 1 and 2 above are met and that there is a causal connection between them, he or she is entitled to issue an order for a non-urgent involuntary psychiatric hospitalization or non-urgent outpatient treatment.

- The percentage of admissions to compulsory hospitalization out of total admissions to hospital is about 35% .
- 60% were on the order of a district psychiatrist, and 40% were in accordance with court orders.
- The rate of forced admissions to psychiatric hospitalization is subject to an upward trend in recent years. (0.92 per 1,000 persons).
- Admission to compulsory hospitalization by diagnosis: half of all admissions to forced hospitalization had schizophrenia in admission, 14% had severe psychotic disorders, 9% had effective disorders, 4% had substance and alcohol abuse, and 17% had other causes.

Psychiatric hospitalization

Psychiatric hospitalization services in Israel are provided as inpatient care or day hospitalization, according to the severity of the patient's illness and his treatment requirements, in cases where community-based treatment does not meet his needs. The psychiatric hospitalization system includes 8 government-

owned psychiatric hospitals, 2 belonging to the Clalit Health Fund, one public non-profit hospital, and 2 privately-owned hospitals. In addition, there are 13 psychiatric departments in general hospitals and a psychiatric department of the Prison Services. The various departments specialize in treating different age groups: children and adolescents, adults, and elderly.

- There are 3,567 beds for psychiatric hospitalization. In addition, there are 1,149 beds for drug rehabilitation.
- Most of the beds are in psychiatric hospitals and 12% were in general hospitals. About one-tenth (9%) of hospital beds were for children and youth.
- The rate of hospitalization beds: a downward trend, 0.41 per 1,000 persons at the end of 2016, a decrease of 13% over the past decade.
- The net occupancy rate is 95% on a national average
- About 15000 people are admitted to psychiatric hospitalization per year. 61% of males and 39% of females. One-fifth (20%) are young people up to age 25, 42% between 25-44, 29% at the age of 45-64, and 10% at the age of 65 and over.
- About 5000 people are admitted to psychiatric hospitalization for the first time in Israel per year, 33% of all people admitted to hospital.
- Half of admissions were in-patients with schizophrenia and delusional disorders 15% with effective disorders, 8% with severe psychotic disorders, and 7% with neurotic disorders.
- About 1500 people are treated in the framework of day-care per year, 0.19 per 1,000 people.

Emergency Room Visits

Psychiatric emergency rooms play an important role in the mental health system, and their task is to care for emergency cases in the community. They should provide a timely, accessible and comprehensive response to all

applicants, and decide on appropriate continuation of treatment following emergency room examinations and diagnosis. The service is available at all psychiatric and general hospitals in Israel.

- There are 36 psychiatric emergency medical clinics 19 in psychiatric hospitals and 17 in general hospitals.
- The rate of psychiatric emergency positions is 0.004 per 1,000 persons.
- Approximately half of visits to the psychiatric ward ended in hospitalization.

Balancing home

The balancing home is located in the community and operates 24/7 and provides full hotel services including all meals. Number of patients in one house - up to 10 people. Gender separation of accommodation rooms. Provides the full range of mental health services required in the area, including prescriptions for drug treatment, individual and group treatments, etc., as well as leisure activities without the need to leave the framework.

Those who meet all the following conditions will be able to receive treatment at the balancing home:

1. Adults who experience a severe crisis due to their emotional state and cannot remain in their homes and require an intensive mental health response, which is more intensive than that provided by the existing ambulatory frameworks.
2. Agree to stay in this framework and receive treatment. Treatment in the framework of the home. The balance home will not be forced and I open.

Contraindications

1. Refusal to stay and receive treatment within the framework of the balancing home.

2. A clinical mental state that constitutes a risk to life that requires constant supervision and medical treatment in the framework of hospitalization, such as the risk of immediate suicide.
3. Serious anti-social, violent, sexual, or aggressive behavior that could sabotage the activity of the framework or endanger patients or staff.
4. Active addiction to psychoactive substances (drugs and / or alcohol) that is part of the current clinical manifestation.

General principles for managing the balancing home

1. Attention, respect and humanity without stigma and condescension, while conveying messages of anticipation for recovery.
2. A home-based atmosphere that includes as much as possible avoiding institutional elements.
3. Formulation and implementation of the intervention program, including treatment programs, social and recreational activities, independent medication, coordination of follow-up and rehabilitation in follow-up frameworks, and more, with agreement and transparency and dialogue between staff and patient.
4. The framework will strive to involve, with the consent of the patient, the family and / or other support factors, in the intervention process, including encouraging visits and hospitality.
5. A variety of interventions from the basket of mental health services according to the clinical need and the consent of the patient, including psychiatric examination, psychiatric treatment / follow-up (by a psychiatrist and / or nurse), psychotherapy in a variety of holistic methods, preliminary assessment, training of the patient's family.
6. Individual escort by a guide.

7. Training to take medicines independently, regularly and continuously, is an essential component of the treatment plan. If the patient finds it difficult to take medication independently and needs help, it is the responsibility of the team to assist the patient by reminding them to take the medicine and to take care of taking medication at the prescribed times.
8. If necessary, the balancing home staff will assist in promoting the process of recognizing the patient for mental disability by the National Insurance Institute. Preparation and referral of a patient to the Rehabilitation Committee.
9. A renewed clinical evaluation will be performed at least once a week by the staff led by the principal and the senior psychiatrist.
10. In any situation of termination of intervention, whether planned or not, maximum emphasis will be placed on ensuring continuity of treatment, including assistance in coordinating a framework and a date for continuing treatment in the community and if necessary, accompaniment for the purpose of familiarity with the follow-up framework.

Outpatient psychiatric care

Outpatient services constitute a central element in the mental health services system whose purpose is to provide community-based prevention and treatment. They should provide timely, accessible and comprehensive treatment for the full spectrum of psychological disturbances and disorders, to patients of all ages, according to their care requirements and the legally mandated basket of services.

Psychiatric Rehabilitation

In Israel as in many other countries, there is increasing social consensus about the right of people with mental disabilities to achieve maximum integration into the society at large. This change in attitude facilitated the passage in Israel of

the Community-Based Rehabilitation of the Mentally Disabled Act of 2000, which went into effect beginning January 2001. The purpose of this law is to enable persons with at least 40% mental disability to receive community-based rehabilitation services designed to improve their condition and allow them to achieve an optimal level of social integration. The law mandates a basket of services to which eligible individuals are entitled. The District Rehabilitation Committees, under the direction of the rehabilitation coordinators, accept referrals from professional sources, make decisions about eligibility and, with the active participation of the client, devise a personal rehabilitation program appropriate to the client's needs.

Definitions

Rehabilitation services: Community based rehabilitation services include housing, employment, leisure and social activities, educational support, peer support services, home care services, case management and the provision of information about the rehabilitation services system.

Rehabilitation services basket: The rehabilitation law defines services provided to rehabilitees. Each service type includes various different services. A rehabilitee is entitled to concurrently receive one service of each type. The Rehabilitation Basket Committee decides what combination of services each rehabilitee should receive, according to recommendations for his medical condition. This combination of services, approved by the committee, is called the rehabilitation basket. Each service has a time limited approval. The rehabilitee may utilize all or some of the services approved for him by the committee.

Rehabilitation Services Committee: A committee that meets to discuss requests for rehabilitation services. The client is referred to the committee by one of the various care professionals treating him, with supporting medical documents. The committee determines a suitable basket of services for each rehabilitee. The rehabilitee can choose which provider to use from amongst those available, for each service approved for him by the committee. After choosing the provider, the committee gives the approval to implement the service.

Housing: Includes hostels, supported housing and sheltered housing.
Hostels and supported housing: Community based housing serving residents who need intensive 24- hour assistance and support. Each hostel houses up to 30 residents, with whom the professional staff work on an individual and/or group basis according to personally-tailored rehabilitation programs designed to promote the residents' functional and social daily living skills and lead to a more independent lifestyle. There is also supported housing for youth aged 18-25, for persons with eating disorders and for persons with medical disabilities. Hostels serve lower functioning residents with mental disabilities, but who do not require inpatient care. They can live in the community and some are capable and willing to progress, with assistance and guidance, to higher levels of functioning.

Sheltered housing: Supportive services provided at home to residents living in rented apartments, who are capable of living in the community but need regular assistance and/or support in particular aspects of daily life. The service includes regular visits by a counselor and mental health professional. The aim is to guide residents in using their and community resources and managing their daily needs such as housekeeping, using money, shopping, dealing with their neighbors and finding leisure activities. They are also assisted in improving their relationships and interactions with family and friends.

Employment: Several services providing employment are in the rehabilitation basket.

Vocational clubs: A service for rehabilitees not yet ready for employment, which combines social activities, employment and training in daily living skills which can help them towards possible future employment. These clubs operate about four hours a day.

Sheltered workshops: Sheltered work environment for individuals who are not yet ready to cope with the open labor market conditions. This work setting functions as a normal workplace, enabling the rehabilitee to learn skills and work habits such as responsibility, perseverance and accepting authority. Supported employment: This service provides support to rehabilitees employed in the open labor market. They are employed with usual employer-employee relations, as stipulated by law. The rehabilitation support may be long-term or short-term leading to unassisted full integration into the regular labor market.

Leisure and social activities: These services include social clubs and integration into regular community leisure services and group activities. The aim of the services is to enable a variety of personal and interpersonal social experiences. The social clubs operate in the afternoon hours and allow rehabilitees to receive social support and to learn the social skills that are crucial to overcoming the social isolation these individuals typically experience. The main services operating now are: social clubs, the Amitim program of the community centers organization, and the program of 'Yaala, enjoy in a different way'. These activities help get rid of stigma, with a particular emphasis on integration into the community.

Educational support: Educational programs are intended to assist rehabilitees in completing their education in accordance with their talents and aspirations, in order to utilize their learning abilities and advance their integration into the community. The various programs identify potential students and assist them in dealing with the day-to-day problems in their studies, improving their self-esteem, realizing their personal abilities, uncovering hidden talents and overcoming educational deficiencies they sustained because of their illness. Educational support services include programs in Hebrew language instruction for new immigrant rehabilitees, providing elementary school education, completion of studies for high school diplomas, completion of matriculation, introduction to computer skills, and support programs for pre-academic and academic studies

Home support services: Individual care provided to a rehabilitee in his/her home to assist in time of crisis or in the first stage of adjustment to independent life in the community. This service is provided for a limited period of 3-6 months.

Peer counseling: The service is designed for rehabilitees who cannot manage themselves in the community and need intensive assistance in various areas to help them adjust to community life. Peer counseling is one-to-one personal assistance to enable learning essential and interpersonal skills, and how to utilize existing community support services such as physical activity, leisure and social activities, employment and housing services.

Marcelo Pakman

ITA

Istituzionalizzazione/deistituzionalizzazione negli USA, passato e presente

MARCELO PAKMAN (USA): Psichiatra di comunità, psicoterapeuta sistemico. Ha lavorato per anni nelle istituzioni e ha sempre svolto attività clinica; si è occupato di micropolitica della Salute Mentale di Comunità nell'Ovest del Massachusetts, Stati Uniti. Scrive e lavora in tutto il continente americano e in Europa su situazioni di povertà, violenza e dissonanza etnica, memoria e testimonianza e sul rapporto tra pratica clinica, epistemologia e filosofia.

Il 1978, contemporaneamente al varo della legge Basaglia in Italia, fu l'anno in cui negli Stati Uniti il ricovero forzato per malattia mentale divenne illegale. Questo fu un passo importante nel processo di trasferimento della cura della malattia mentale dalle istituzioni alle comunità di salute mentale, che può essere considerata un'articolazione fra un movimento per la giustizia e i diritti civili e un cambiamento interiore nella concezione della malattia mentale. Queste furono le due facce di una stessa medaglia a cui contribuirono molti fattori. Da allora, i due aspetti del processo non rimasero uniti. Mentre lo statuto legale del malato psichico continuò a consolidarsi, il concetto di malattia mentale soffrì di serie involuzioni, maggiormente a causa della "decade del cervello" e della diseducazione degli psichiatri che progressivamente diventarono alieni alla psicoterapia. Emerse una nuova categoria di professionisti della salute mentale, che divennero gli agenti di una psicoterapia svalutata a livello delle comunità di

salute mentale, mentre gli psicoanalisti e i terapeuti familiari cercarono rifugio nell'attività privata. Era nata una nuova classe di amministratori di salute mentale, funzionale al monopolio che le compagnie di assicurazioni avevano sulle procedure, che rimpiazzarono lo sviluppo teoretico. Questa trasformazione avvenne in ogni caso non senza resistenze, sia esplicite che nascoste. Alcuni nuovi approcci sono promettenti, sebbene siano sempre trasformati in un campo di battaglia per un confronto fra la prospettiva centrata sulla neurofarmacologia e coloro che sono tuttora interessati all'esperienza unica e singolare dei pazienti e delle famiglie. Tutto questo in un'era in cui la coercizione è stata rimpiazzata dall'ostinata accettazione delle prospettive dominanti, non solo nel campo della salute mentale ma anche nelle nostre società postindustriali in senso allargato.

Marcelo Pakman

ENG

Institutionalization/Deinstitutionalization in the USA, then and now.

1978 coincidentally with the Basaglia Law in Italy was the year when the involuntary commitment of mentally ill became illegal in the USA. This was an important step in the process of transference of care of the mentally ill from institutions to community mental health that can be considered an articulation between a civil rights/justice movement and changes interior to the conception of mental illness. These were two sides of a common coin in which many factors contributed.

Since then both aspects of the process did not remain united. While the legal status of the mentally ill continued to establish itself solidly, the conception of mental illness suffered serious setbacks under the impact mostly of the decade of the brain and the miseducation of psychiatrists who became progressively alien to the practice of Psychotherapy. A new professional underclass of mental health workers became the agents of a devalued psychotherapy at a community mental health level, while psychoanalysis and family therapy sought refuge again in private settings. A new class of mental health administrators was born, functional to the monopoly of insurance companies and procedures that replaced theoretical development. This happened however not without resistance either overt or hidden.

Some new approaches are however promising although they always become a battlefield for a confrontation between a perspective centered on neuropharmacology and others still interested in the singular experience of patients and families. All this occurs in an era in which coercion has been replaced by the willful acceptance of dominant perspectives, not only within mental health but in our postindustrial societies at large.

TAVOLA ROTONDA

"Attualità e nuovi scenari della psichiatria"

MODERATORI: MASSIMO CLERICI E FABIO MADEDDU

MASSIMO CLERICI: Psichiatra, Professore associato di Psichiatria presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'*Università Milano-Bicocca*, dove è direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria. Direttore del Dipartimento di Salute Mentale delle Dipendenze dell'*ASST* Monza, Presidente della *Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze* (SIP.Dip), della *Società Italiana Ricerca e Intervento Familiare* (SIRIF), entrambe sezioni speciali della *Società Italiana di Psichiatria* (SIP) e della *Società Lombarda degli Psichiatri* (SIP.Lo).

FABIO MADEDDU: Psichiatra, Psicoanalista dell'*International Association for Analytical Psychology* (IAAP), Professore Ordinario di Psicologia Clinica all'*Università di Milano-Bicocca*, Direttore Scientifico del *Centro per i Disturbi di Personalità e Tossicomania* di Milano (CREST). Vicepresidente dell'*Associazione per lo studio e il trattamento dei disturbi di personalità* (PdLab).

Enrico Zanalda

ENRICO ZANALDA: Psichiatra, Direttore dell'Area Funzionale Salute Mentale nell'ambito della Direzione Integrata Salute Mentale e Patologia delle Dipendenze dell'ASL TO 3. Da ottobre 2018 coprirà la carica di Presidente SIP (Società Italiana di Psichiatria).

Panorama della Sanità

Riforma psichiatrica, 40 anni e non sentirli

panoramasanita.it/2018/06/11/riforma-psichiatrica-40-anni-e-non-sentirli/

«A distanza di 40 anni dalla promulgazione della L. 180/1978 possiamo ribadire che il sistema dei servizi di salute mentale italiano ha delle caratteristiche di assoluta particolarità nel panorama internazionale. È l'unico senza ospedali psichiatrici, è tra i pochi ad essere interamente appartenente al sistema sanitario nazionale, ha la legislazione più liberale in termini di limitazione della libertà individuale, tramite il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e ha tassi di posti letto ospedalieri di sette volte inferiori alla media degli altri Paesi europei». È quanto afferma Enrico Zanalda, Segretario Nazionale Sip, *Società Italiana di Psichiatria* autore di un articolo pubblicato sul n. 6 di Panorama della sanità.

«Questo non vuole dire» precisa però Zanalda «che sia più efficiente di quelli rispetto

ad altri parametri. In una recente comparazione europea sull'efficacia dei servizi sanitari nell'ambito della salute mentale, quello italiano è risultato sedicesimo, penalizzato da alcuni dei parametri considerati tra cui l'accessibilità ai trattamenti specialistici anche farmacologici, la dotazione di personale e l'investimento economico complessivo. Facendo riferimento ai primi due Rapporti sulla salute mentale pubblicati dal Ministero della Salute nel dicembre 2016 (dati 2015) e nel dicembre 2017 si ritiene che il modello dei DSM sia stato realizzato in maniera disomogenea a livello regionale e che l'intervento sanitario riabilitativo dovrebbe essere meglio integrato con quello sociale. È necessario investire» sottolinea il segretario della Sip «in salute mentale sia in termini economici che culturali. La Legge 180/1978 così come ripresa nella L.833/1978 permane un'ottima legge per quanto riguarda i trattamenti senza consenso e in quest'ambito rimane moderna e non mostra i 40 anni che ha. Vi è invece la necessità di ripensare all'organizzazione della salute mentale in termini progettuali per far sì che si investa maggiormente sui disturbi all'esordio, in modo da prevenire l'aggravamento delle condizioni cliniche e sociali che contribuiscono all'esito in cronicità. Il nostro sistema dei DSM è in gran parte basato sull'assistenza territoriale, con un limitato ricorso ai ricoveri ospedalieri ma con un crescente ricorso agli inserimenti residenziali che deve esser rivisto e ripensato. Vi è inoltre un'evidente carenza di risorse umane, espressione di un progressivo depauperamento del servizio sanitario; lo snellimento del personale intervenuto negli ultimi anni nelle aziende sanitarie ha penalizzato maggiormente quelle discipline come la psichiatria che fondano il loro intervento sulla relazione tra individui. La carenza di risorse destinate alla salute mentale» conclude Zanalda «è purtroppo il segno inequivocabile della storica discriminazione dell'assistenza alle persone affette da disturbi mentali».

TAVOLA ROTONDA
"Prove di dialogo fra professionisti della relazione d'aiuto nell'ambito del disagio psichico"

MODERATRICE: LAURA FORMENTI

LAURA FORMENTI: Docente di Pedagogia generale e sociale all'*Università di Milano-Bicocca*, coordinatore del dottorato "Educazione nella società contemporanea", presidente della *Società Europea di Ricerca sull'Educazione degli Adulti* e socio fondatore di *Philo*, Scuola Superiore di Pratiche Filosofiche, Milano.

Il video di questa tavola rotonda verrà pubblicato a breve.

INTRODUZIONE

Come coordinatrice di questa tavola rotonda ho pensato che coordinarsi tra professionisti sia sempre una sfida. Siamo mossi da valori professionali diversi. Facciamo ogni giorno cose diverse, che ci plasmano. I sistemi nei quali operiamo presentano vincoli che ci condizionano ma offrono anche opportunità. Il vincolo della differenza professionale presenta molti lati oscuri, diventa occasione di conflitti, ma è anche una risorsa importante. I problemi di salute mentale non sono solo dell'individuo singolo/isolato, e nemmeno solo problemi "di salute", ma investono tutti gli aspetti della soggettività, oltre ai livelli sistemici meso e macro.

Questa complessità richiede una serie di sguardi e competenze diversi, per poter offrire esperienze e soluzioni che vanno in tante direzioni, rispondendo a bisogni, desideri, appartenenze, progettualità embricate. Questo tavolo vuole rappresentare tale diversità e ricchezza, nella consapevolezza del limite: nel poco spazio che avremo mancheranno tante voci e tante storie che pure dovrebbero essere raccontate. Mancheranno i necessari approfondimenti, senza i quali il discorso resta sempre e solo a livello superficiale.

L'esercizio che ci è stato chiesto di fare è una "prova di dialogo": ho già detto che coordinarsi tra professionisti è sempre una sfida. Allora ho provato a partire dalle basi, ovvero dal vocabolario. Tutti abbiamo le nostre parole-chiave. A volte sembrano le stesse, ma non lo sono, perché leggiamo quella parola in un contesto d'azione che è profondamente diverso per ciascuno di noi. Perché i nostri riferimenti teorici e disciplinari sono diversi e nessuno si è preoccupato di formarci all'interdisciplinarità, ai suoi dilemmi e conflitti, alle sue potenzialità immense di generare conoscenza nuova, fresca, utile, interessante, etica. Vera, perché complessa e non riducibile.

Ho chiesto a tutti i colleghi e colleghe presenti al tavolo di pensare a 3 parole e scrivere un breve testo per raccontarne il senso. Il risultato è stato molto

interessante: ogni autore e autrice ha scelto una certa prospettiva, che parla di uno sguardo, di valori professionali, ma anche di una biografia, di esperienza incarnata.

Invito tutti a non fare l'errore di considerare questi estratti come rappresentativi di categorie professionali o umane. Meglio, in uno spirito anche basagliano, immaginarli come frammenti di esperienza, a partire da sé, di teoria incarnata, di un abbozzo di senso locale, situato, sviluppato dentro a un processo dinamico, complesso e mai concluso. Un frammento il cui senso è già cambiato. Tutto scorre, anche le nostre storie e idee. Vi invito a usare queste piccole perle narrative, teoriche, operative, emozionali, razionali, per cominciare o continuare a pensare la relazione possibile tra professionisti ed esseri umani, nella ricerca di una cura possibile e condivisa.

Ripartendo dalle parole, proviamo a riprendere il dialogo, che per fortuna in alcuni luoghi non è mai stato interrotto, ma – come sappiamo bene - nella cultura dominante, impoverita dalla burocratizzazione e dal funzionalismo, dalla mancanza di senso, dalle guerre tra poveri, purtroppo è un dialogo ancora tutto da (ri)costruire.

Le tre parole chiave di Anna Barracco (familiare)

ANNA BARRACCO**:** già presidente CIPRA e membro dell'attuale direttivo, psicologa, psicoanalista, laureata in Scienze Politiche, è stata consigliere dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia per 14 anni. Collabora con la *Cooperativa Sociale "CREA"* che si occupa di psichiatria residenziale e semiresidenziale, socia *Limen* e *Basti-Menti*, associazioni impegnate nel campo della realizzazione di progetti innovativi d'inclusione sociale con particolare riferimento e attenzione alle persone con psicosi o gravi disturbi psichici. Offre al convegno la sua testimonianza quale familiare di una persona affetta da disagio psichico.

Dirò, in tre parole e 7 minuti cronometrati, 30 anni della mia vita.

FIDUCIA

Mi sono profondamente innamorata di Claudio, perché ho sentito che di lui potevo fidarmi. Mi sono fidata delle sue pochissime parole, dei suoi occhi nerissimi, della sua capacità di aspettarmi per ore, della sua dolcezza. Sapevo e non sapevo dei suoi problemi psichiatrici. O forse non volevo neanche troppo sapere. L'ho conosciuto perché era amico di un mio paziente. All'epoca, lavoravo come educatrice domiciliare e seguivo, fra gli altri, un paziente schizofrenico, molto deteriorato, che faceva il pittore. Ho incontrato Claudio in quella casa e per me è stato un colpo di fulmine. Avevo trentun anni, lui trentacinque, e dopo nove mesi ci siamo sposati.

La fiducia che, nonostante la sua storia tristissima e alcuni suoi trascorsi psichiatrici, potessimo essere una coppia fantastica, non mi ha mai abbandonato.

SPERANZA

Ho sperato di poter avere dei figli. Lo volevo profondamente. Lavoravo in modo un po' precario, come peraltro molti liberi professionisti, da giovani, e forse anche da meno giovani. Desideravo fortemente avere un figlio da Claudio, e di figlie ne sono arrivate due. Oggi hanno 25 e 23 anni. Fra mille problemi, ma anche con immensa gioia. Claudio ha ricominciato a stare male dopo la nascita della prima figlia, e da quel momento in poi, cioè dal 1995 al 2018, Claudio ha subito oltre 60 ricoveri, fra TSO e Ricoveri Volontari. Questo non ha impedito a Claudio di essere un padre dolcissimo e profondamente amato dalle bambine.
Nell'arco di questi 25 anni, è successo di tutto. Penso però che la cosa più importante, ciò che ha evitato che Claudio si trasformasse in uno dei tanti morti viventi che animano il "terricomio", è stata la speranza, che non ci ha mai abbandonato. Claudio ha trovato lavoro, grazie al CPS, nel 1998, ma poi lo ha perso, nel 2008, a causa della crisi economica. E' stato un colpo durissimo per lui. Perdere il lavoro può far morire le persone. Molti si sono suicidati, nel tremendo decennio della crisi economica. Ma se uno è un paziente del CPS, con l'invalidità all' 80% e il farmaco depot, tutto passa in secondo piano. Sembra che la vita, gli affetti, i figli, gli amori, il lavoro, non debbano contare più nulla.
Claudio poi è andato a vivere in una comunità, nel 2013, dopo anni terribili. Soffrivamo entrambi, entrambi non ci amavamo più, ma avevamo forte il desiderio di mantenere il legame genitoriale, ci rispettavamo profondamente, amavamo le nostre figlie e ci volevamo e ci vogliamo bene, come fratelli. Penso che se avessimo incontrato prima persone come il dott. Tibaldi, o il dott. Cersosimo, o il dott. Comelli, forse la nostra vita sarebbe stata diversa, ma forse

non è vero. Forse oggi abbiamo incontrato queste persone, perché noi siamo cambiati.

In comunità Claudio, nel 2013, si è rimesso in gioco, gli hanno trovato nuovamente un lavoro, ma purtroppo nel 2016 lo ha perso nuovamente, perché la cooperativa è fallita.

Claudio oggi ha una casa popolare, ha avuto innumerevoli difficoltà burocratiche che non sto qui a raccontarvi. Io tuttavia ho finanziato tutto l'arredamento e la sistemazione della casa, insieme abbiamo scelto, insieme abbiamo investito in quella nuova avventura, in quella nuova speranza.

Oggi Claudio vive, con il mio aiuto economico (spero ancora per poco, prima o poi avrà la pensione, avrà qualche aiuto), e spesso vede le figlie a casa sua. Viene da noi, abbiamo mantenuto spazi di vita e di senso, fra alti e bassi che non posso raccontarvi in sette minuti cronometrati.

Claudio in Comunità ha conosciuto una donna, si sono innamorati, e stanno insieme ormai da tre anni. Speriamo di riuscire a farle avere più permessi per frequentarlo e magari, chissà? Arrivare ad una convivenza. Questa relazione è praticamente ignorata dagli operatori. Non ha alcun valore, non è pensata e non è vista come un fattore terapeutico, importante per entrambi. Giulia non ha nessuno, è sola al mondo, e Claudio per lei è importantissimo, è tutto.

Claudio non è facile, quando sta male, 60 ricoveri non cadono dal cielo, e capita purtroppo ancora. Ci sono stati momenti terribili, in cui le figlie mi hanno accusato, esasperate, di non aver fatto abbastanza per proteggerle da quell'incubo che il padre, in certi momenti, era per loro. Ma la speranza non ci ha mai abbandonato.

RISPETTO

L'ultima parola è Rispetto.

Rispettare una persona, anche quando ti fa arrabbiare e ti esaspera, è difficile.

Ho tante volte rispettato, a fatica, quello che le mie figlie mi hanno chiesto, e anche questo è stato difficile.
Ma soprattutto, ho imparato in questi anni a farmi rispettare.
A non farmi ferire dagli psichiatri che non mi guardano negli occhi, e continuano a non farlo mai. Dalle loro insulse relazioni, in cui sbagliano nomi, date, in cui scrivono cose terribili con una crudeltà di cui peraltro sono del tutto inconsapevoli. Dagli infermieri chiusi nel gabbiotto, che ormai mi fanno anche pena, dagli operatori delle comunità che sembrano trattare noi familiari come intoccabili.
Ho imparato a mettere in pratica tutta la pazienza e l'amore che ho impiegato nel crescere le figlie e nel relazionarmi con Claudio, con il mio attuale compagno, e con tutti i miei pazienti, in pratica, tutta l'arte della mediazione e della costruzione di pace, per aprirmi un varco nel muro di ghiaccio che sono i CPS e le singole persone che ci lavorano dentro.
Oggi accosto queste persone, questi operatori, preparandomi mentalmente agli incontri. Cerco di capire, di sostenere, di lasciar cadere, di accogliere, di non lasciarmi prendere dallo sconforto, di rilanciare.
Penso che l'unico modo per sopravvivere, è pensare che siamo tutti in una stessa barca. Mettersi a litigare non serve a niente. L'ho fatto per anni, ma le energie mi servono per vivere, per amare, per andare avanti. Non posso sprecarne troppe per concentrarmi sulle ombre. Oggi parlo solo quando sento che quello che dico è sufficientemente rispettoso e che non ferisce nessuno. Non sempre le cose vanno come vorrei.
A volte, non posso negarlo, provo ancora rabbia e sconforto. A volte mi verrebbe voglia di non parlare mai più con un operatore della psichiatria, vorrei non dover mai più vedere l'orrore di un SPDC e sentire quell'odore, che mi fa vomitare.
Resisto, e mi alleno ad un profondo rispetto verso me stessa, verso Claudio, che nonostante la sua immensa sofferenza e anche le sfortune che ha avuto, ce la sta facendo, un profondo rispetto verso chi si trova a lavorare nel campo della

salute mentale, a contatto con quest'esperienza unica che è la follia. Da quando pratico questo rispetto, e mi alleno duramente, ho incontrato persone meravigliose, che ci hanno aiutato tantissimo, e che peraltro oggi sono qui, e voglio nominarne alcune: Giuseppe Cersosimo, Riccardo Zerbetto, Giuseppe Pozzi, Francesco Comelli. Voglio ringraziare anche il CIPRA, Cecilia Edelstein e il dott. Tibaldi, che con coraggio, rispetto, speranza e fiducia, sta portando avanti una nuova psichiatria. Perché una nuova psichiatria è possibile, e non passa certo attraverso la santificazione di Basaglia. Ha bisogno di quartieri accoglienti, di politiche per il lavoro, di istruzione, di cultura e integrazione, di rispetto, di speranza e di fiducia.

Le tre parole di Deborah Rancati
(esperta del supporto tra pari)

DEBORAH RANCATI: ESP (Esperto in supporto tra pari), Vice-presidente *Rete Utenti Lombardia*, Fomatrice *Recovery Star*.

VICINANZA

Uno degli aspetti fondamentali nella relazione d'aiuto dell'ESP (esperto del supporto fra pari) è senza dubbio la vicinanza emotiva al paziente. Per quanto le patologie possano differire o aver mostrato sintomatologie e manifestazioni differenti, rimane infatti più che ovvio l'aspetto di condivisione del percorso attraverso la malattia e la relativa sofferenza. La vicinanza deve essere sufficiente a garantire gli aspetti della condivisione e dell'ascolto empatico che è lo strumento principale dell'ESP. È un fattore, però, piuttosto delicato: è importante per entrambe le parti, infatti, trovare la giusta distanza per impedire alle storie di entrambi di ledere all'altro.

SPERANZA

Questa è la parola chiave, il motivo stesso che ha avvicinato la psichiatria all'idea degli ESP. Potremmo definirci portatori di speranza. Non quella speranza passiva che prevede l'intervento divino nella soluzione dei problemi, bensì quella attiva che dimostra la possibilità di vivere al meglio delle proprie possibilità nonostante le limitazioni dovute alla malattia.

ALLEANZA

Anche questo è un aspetto cruciale. Per poter aiutare al meglio gli altri abbiamo necessariamente bisogno di costruire un'alleanza positiva e costruttiva con gli operatori delle persone che affianchiamo. A volte è necessario diventare "ponti" tra pazienti e servizi. Altre volte è necessaria una stretta collaborazione con gli operatori per risolvere problemi al di là della portata dell'ESP. Diventa quindi importante costruire relazioni positive anche con gli operatori, avere la possibilità di confrontarsi con loro in merito alle strade da seguire col paziente affiancato, sapendo di non dover e non poter sostituire nessun altro ruolo del percorso terapeutico.

Le tre parole di Lara De Vivo (assistente sociale)

LARA DE VIVO: Assistente Sociale, coordinatore e responsabile dell'ambito territoriale sociale n. 23 sede Comune di Millesimo (SV). Referente per il Distretto sociosanitario n. 6 delle Bormide del progetto *Open Dialogue* in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale ASL 2 savonese sede di Carcare.

FAMIGLIA

Il nostro sistema sociale si basava, sino alla metà di questo secolo, e si basa ancora sulla famiglia, quale luogo naturale dell'accudimento e della cura, del controllo e contenimento. Eventi produttivi e riproduttivi, nonché la malattia, la vecchia e la morte venivano gestiti e mantenuti all'interno della famiglia.
L'attenzione riservata alla famiglia nella psichiatria ha una storia relativamente recente. Fino a quando è stato il manicomio l'istituzione proposta a rispondere ai bisogni di cura, custodia e controllo del paziente psichiatrico, il rapporto con la famiglia ha avuto un ruolo marginale. La separazione netta tra ciò che è considerato "normale" e la "follia" hanno contribuito alla lontananza della famiglia. Spesso nelle famiglie di pazienti con malattie mentali, le relazioni sociali sono scarse, i familiari vivono una situazione di malessere, in cui pervadono sentimenti di paura, preoccupazione e senso di colpa.
Le teorie sistemiche hanno modificato il modo di guardare la famiglia, portando alla luce dinamiche relazionali, individuandola come determinante nella genesi del disturbo psichiatrico (capro espiatorio), perdendo così la possibilità di aiutare concretamente le famiglie e di farsi carico dei problemi che il disturbo mentale e altre malattie fanno emergere.
Nei nostri Servizi troppo spesso vengono applicati modelli pedagogici (psicoeducativi), si insegna ai componenti della famiglia ad affrontare i comportamenti, le comunicazioni contraddittorie e gli atteggiamenti problematici caratteristici del disturbo. Tali modelli hanno lo scopo di offrire alle famiglie semplici strumenti di gestione del paziente e di convivenza con quest'ultimo, al fine di ridurre i ricoveri ospedalieri e contenere la spesa pubblica (degenze sempre più brevi). L'intervento pertanto non è mirato a coinvolgere le famiglie, a rompere il loro isolamento, a cambiare la rigidità del rapporto con i Servizi, non esprime un'intenzione terapeutica volta al cambiamento e alla trasformazione.

Invece il ruolo della famiglia è fondamentale, e pertanto va aiutata, nella rielaborazione della propria storia familiare, alla valorizzazione delle proprie capacità e abilità, ponendo attenzione alla comunicazione, in quanto in questo modo si riduce lo stress e si migliora l'accettazione del malato.
Si ricordi che la cornice di riferimento è che i clienti e i loro familiari sono "responsabili" del cambiamento, sono gli attori che possono plasmare il proprio destino riprendendo in mano la propria vita.

LAVORO

È evidente la centralità del lavoro nella vita dell'uomo e la sua influenza positiva sulla salute, in particolare attraverso il lavoro l'uomo non soddisfa soltanto i suoi bisogni materiali, ma anche altri più intimi e profondi che lo coinvolgono sia come individuo, sia come essere sociale. Infatti, il lavoro è lo strumento attraverso il quale l'uomo, esprimendo ciò che può essere in quello che fa, tende alla soddisfazione del suo massimo bisogno che è quello di autorealizzarsi sia come individuo (bisogni di autostima e stima da parte degli altri), sia come essere sociale (bisogni di appartenenza, di accettazione, di partecipazione attiva allo sviluppo di un progetto comune, di contribuire al progresso sociale ed economico).
Possiamo quindi dire che il lavoro è basilare per la salute perché attraverso il lavoro l'uomo cerca di affermare la sua identità e ad esprimere il suo ruolo sociale, aspetti a loro volta determinanti per il raggiungimento ed il mantenimento di uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Questo aspetto dobbiamo tenerlo ben in evidenza nella gestione delle psicopatologie non considerando automaticamente la malattia mentale sinonimo di disabilità anche perché l'efficacia delle attuali terapie permette, in molti casi, di contenere i sintomi e di poter vivere una vita pressoché normale anche dal

punto di vista lavorativo al di fuori degli episodi di riacutizzazione, peraltro controllabili, legati all'andamento alternante di questi quadri patologici.
È importante la riappropriazione della sfera lavorativa, quale passaggio inclusivo verso l'uscita dal buco nero della malattia e del disagio mentale. E qui bisogna ricordare il ruolo salvifico del lavoro, che appare per adesso come il fattore di guarigione più importante per questi malati. Esso è in grado di ridare un senso alla vita, di ridare dignità alla persona, anzi di farla ritornare una persona a pieno titolo, con diritti e doveri, inserita come gli altri nel contesto sociale.

DIALOGO

Spesso nei servizi socio-sanitari la comunicazione tra operatori, il paziente e la sua famiglia è monologica (raccogliere informazioni, dare consigli, pianificare la cura). È l'esperto (medico/operatore) che parla dall'alto al basso (paziente), che prende decisioni. È invece importante acquisire l'abilità e la capacità di impegnarsi in una comunicazione dialogica, aperta, trasparente (condivisione) e partecipata, da parte di tutti coloro che fanno parte del processo di cura del paziente (compreso il paziente e la sua famiglia), lasciando spazio alla polifonia, incoraggiando tutte le voci a farsi sentire.

Le tre parole di Marina Bittasi (infermiera)

MARISA BITTASI: ha lavorato come infermiera e operatrice nei servizi socio sanitari, ha contribuito alla storia della trasformazione delle politiche sulla Salute Mentale nel territorio reggiano. Figura poliedrica, sensibile alle professioni della relazione di aiuto e partecipe alle équipe interdisciplinari.

RELAZIONE

L'individuo non è prescindibile dal proprio ambiente, essenzialmente perché, per sopravvivere, deve entrare in contatto con esso e scoprire i necessari supplementi in grado di soddisfare i suoi bisogni, sia fisiologici sia psicologici. In questo senso l'attività umana del "contattare l'ambiente" avviene sulla linea di demarcazione tra l'individuo e l'ambiente stesso, perché, oltre a separare il soggetto dal proprio contesto ambientale, lo mette anche in contatto con questo, diventando così l'organo specifico di tale interazione, come affermano Goodman e Perls, per citarne alcuni. Quando diciamo "confine" pensiamo infatti ad un "confine tra"; tuttavia il confine del contatto, il punto in cui si verifica l'esperienza, non separa l'individuo dal suo ambiente. Riconoscere ai servizi sociali il ruolo pregnante nella vita di ognuno di noi, significa che stiamo parlando di noi stessi, e non di "quella cosa là". Descrivere noi stessi come un "io" che osserva, in questi contesti, l'aiuto alla persona, produce una dipendenza dall'aiuto da parte di altri.

AIUTO

Preso atto che siamo il risultato largamente involontario delle nostre interazioni comunicative quotidiane, intessute di prestazioni di aiuto, la quota di popolazione che si occupa nella propria vita di aiutare gli altri, pur non essendo presumibilmente mai stata misurata, può senz'altro ritenersi una quota in cui ci siamo formati, attraverso reti di aiuto fittissime, regolate da codici simbolici. La relazione d'aiuto e le professioni d'aiuto, in buona sostanza, producono cultura, non soltanto aiuto; sono vitali. Ciò non soltanto per rispondere ai bisogni: nel

senso comune degli operatori e nella convinzione degli utenti prevale la convinzione che le professioni d'aiuto siano legittimate solo da uno stato di bisogno di qualcuno. La parola "bisogno" mette in campo sia "aiutati" sia "aiutanti", alimentando la convinzione che sia un gioco soltanto nostro. Si tratta, in realtà, di due livelli complementari che comprendono i bisogni di aiuto (in caso di bisogno, appunto), magari solo in certi casi o in via transitoria salvo, si intende, le inevitabili cronicità.

FAMIGLIA

L'atteggiamento delle famiglie dei pazienti psichiatrici è profondamente cambiato nel tempo. In epoca risalente esse mantenevano una netta distanza con i servizi e con il proprio famigliare. Negli anni immediatamente precedenti la riforma Basaglia e durante i successivi interventi di adeguamento legislativo ad essa relativi, gli operatori conducevano nei territori la sensibilizzazione sul nuovo modo di vedere il paziente psichiatrico, presso le famiglie stesse e nel contesto sociale. Tale intervento costituì senza dubbio, nella mia esperienza riferibile al territorio in cui ho operato negli anni '70, un valore aggiunto per la conoscenza di sistema grazie anche all'incontro con professionisti sistemici. Oggi, invece, le famiglie sono presenti con forme organizzative in modo più consapevole ma controverso: richiedono ai servizi ed alle istituzioni maggiore presenza ma, in difetto dell'attuazione concreta della riforma, si pongono spesso in maniera conflittuale, faticando a riconoscere i confine fra gli ambiti istituzionali e la quotidianità del paziente in relazione alla propria famiglia.

Le tre parole di Cristina Savino
(educatrice professionale)

CRISTINA SAVINO: educatrice professionale presso la Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione, coordina progetti e servizi di Salute Mentale. Cultrice della materia per l'insegnamento di Pedagogia dell'Inclusione Sociale presso l'Università di Milano-Bicocca.

EDUCATORE

La figura professionale dell'educatore viene formata attraverso il corso di laurea L19, educatore socio-pedagogico, e L/SNT2, educatore socio-sanitario: esiste quindi un doppio canale di formazione per una figura professionale che sarà destinata ad agire pratiche educative in contesti lavorativi formativi, educativi e pedagogici o sanitari e socio-sanitari. Dobbiamo fare chiarezza sulla figura dell'educatore e sulla sua formazione. L'educatore socio-pedagogico è formato attraverso conoscenze e competenze di carattere pedagogiche, filosofiche, psicologiche, sociologiche necessarie a organizzare, progettare, attuare, gestire e valutare interventi educativi. Lo sguardo derivante dalla cornice epistemologica pedagogica orienta alla comprensione, gestione, progettazione dell'evento educativo come apertura alle possibilità di essere nel mondo dell'educando attraverso l'esperienza e non alla sua normalizzazione.
Le attività educative in tal senso sono destinate a ogni età della vita e tengono in considerazione gli aspetti biologici, psichici, relazionali ed esistenziali, nel riguardo attento dell'intero, dell'uomo integrale. L'educatore sanitario viene formato e predisposto a operare nei confronti di persone di diverse età già in situazione di disagio o esposte al rischio di emarginazione sociale. Le competenze che lo guidano lo rendono capace di attuare specifici progetti

educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare. Una particolare attenzione viene dedicata all'orientare la professione come specificamente e univocamente rivolta a bisogni assistenziali, riabilitativi, di persone in situazione di disagio ed emergenza. Rimane evidente un diverso approccio dei primi nel vedere nelle persone di cui si occupano ciò che in modo evidente o latente è risorsa e potenzialità mentre per i secondi il focus è la mancanza o la patologia, i primi nell'ambito di disagio psichico si occupano di salute mentale e i secondi di psichiatria.

ESPERIENZA

Un oggetto di lavoro dell'educatore è l'esperienza. L'educatore professionale è consapevole della necessità di aver cura dell'esperienza. Ciò significa riconoscere e conoscere che genere di educazione/cura sia diffusa nel mondo che abitiamo e nei luoghi che in modo formale o informale educano. Esprime l'esigenza di comprendere come agire, da educatore, sull'educazione che accade governandola con l'intenzionalità pedagogica. Si costruiscono, intenzionalmente e con metodo, esperienze che attraversate dai soggetti per cui le abbiamo progettate permettano una modificazione dell'atteggiamento esistenziale.
Permane l'intrinseca imprevedibilità dei soggetti e delle esperienze stesse nel contesto di appartenenza che però possono essere significati e resi leggibili. Pertanto nell'ambito del disagio psichico l'educatore socio-pedagogico è conscio del passaggio dall'estraneità del concetto di malattia mentale alla comune esperienza umana della salute mentale come esperienza di formazione e rischio: la malattia come essere nel mondo (diagnosi differenziale) riconduce al rischio di perdersi e mancare la propria esistenza come cimento connaturato a ogni percorso di formazione. Ma tutto questo viene disconosciuto se, come spesso capita in ambito sanitario, si pensa a un progetto individuale riabilitativo basato

su istanze di normalizzazione avulse dal senso che il soggetto da all'esperienza di disagio psichico e dal contesto in cui si è sviluppata.

PRATICA

La realtà educativa è un evento composito, dinamico, problematico, l'essere umano è multidimensionale e quindi l'educatore agisce edotto che ogni individuo è percorso da interrogativi riguardo al significato dell'esistenza padroneggiando la capacità di intenzionare la realtà, dare senso. La competenza professionale dell'educatore è quindi basata sul sapere pratico. Le pratiche educative accompagnano le esperienze per rendere consapevole la persona destinataria dell'intervento di ciò che è, di ciò che potrebbe essere così da aprirsi al possibile, per rispondere non ai bisogni ma fornire la base per coltivare il desiderio. L'educatore si muove attraverso il metodo ovvero il modo di pensare e operare in situazione. L'educazione stessa è una pratica che analizza le situazioni, trova strategie per affrontarle, progetta e realizza attività, valuta il lavoro svolto. Tutto questo riconduce al valore del rinegoziare costantemente il significato degli accadimenti nell'esperienza educativa che offre in salute mentale quell'opportunità di porgere costantemente proposte reali di cambiamento e opportunità di smarcarsi dal destino della diagnosi e ripensarsi come soggetti responsabili del proprio futuro. Questo non significa procedere a tentoni ma avendo un orizzonte di senso che deriva dall'esperienza professionale e dalle teorie di riferimento.

Le tre parole di Benedetta Gambacorti Passerini (pedagogista)

RUOLO

Secondo quanto scrive Vanna Iori, «il Pedagogista è in possesso di conoscenze e competenze nelle discipline pedagogiche, metodologiche, didattiche, filosofiche, sociologiche e psicologiche e svolge le seguenti attività pedagogiche: progettazione, programmazione, organizzazione, coordinamento, gestione, monitoraggio, valutazione, consulenza e supervisione della qualità pedagogica dei servizi e dei sistemi pubblici e privati di educazione e formazione» (Iori, 2017, p. 25).

Con riferimento all'ambito della salute mentale, il pedagogista può essere presente ricoprendo i seguenti ruoli:

- Coordinamento: gestione e guida dell'èquipe multi-professionale di un servizio affidati a un coordinatore pedagogico.
- Consulenza e/o supervisione pedagogica: qualora si intenda richiedere una consulenza o una supervisione di tipo pedagogico su particolari questioni affrontate dal gruppo di lavoro.
- Formazione degli educatori: interventi formativi centrati su questioni e riflessioni pedagogiche.

EPISTEMOLOGIA PEDAGOGICA

L'agire del pedagogista all'interno dell'area della salute mentale dovrebbe essere fortemente orientato intorno a una chiara epistemologia pedagogica, che ne sostenga e ne giustifichi l'agire. Molto spesso il rischio per le professioni

educative è quello di declinare in chiave esclusivamente operativa il proprio agire professionale, smarrendo la parte di pensiero, riflessività che dovrebbe far parte del sapere professionale pedagogico. L'agire del pedagogista, in particolare, dovrebbe aiutare a ricondurre ad un'epistemologia pedagogica consapevole anche il lavoro degli educatori, dal momento che un lavoro educativo centrato su un agire senza significazione smarrisce la «*responsabilità epistemologica*» (Caronia, 2011, p. 118), descritta come «l'ineludibile (ma spesso invisibile) quota di scelta che si insinua in tutti i passaggi epistemici che punteggiano il pensare e l'agire in educazione sia in qualità di ricercatori che in qualità di professionisti» (*Ibidem*). In questo senso, quando il lavoro educativo "rinuncia" o "dimentica" la necessaria significazione della pratica, tralascia la messa in atto del suo sapere di riferimento, non rendendo possibile un incontro "autentico" con gli altri saperi dei diversi professionisti impegnati nell'area della salute mentale.

RICERCA

La figura professionale del pedagogista richiede una molteplicità di competenze per ricoprire i ruoli prima accennati ma, soprattutto, necessita di solide competenze pedagogiche di natura teorica grazie alle quali poter illuminare i contesti e le pratiche con cui si trova ad avere a che fare: in questo senso caratteristica principale del pedagogista dovrebbe essere quella di saper continuamente generare un virtuoso circolo per passare dalla teoria al livello pratico dell'azione educativa (Galimberti, Gambacorti-Passerini, Palmieri, Riva & Zannini, 2015). Tale capacità ricorda l'atteggiamento che deve possedere colui/colei che fa ricerca in ambito educativo, abile a mettere in atto una riflessività che interroghi la pratica e i contesti attraverso uno sguardo critico (Bove, 2009).

Un tale sguardo consente anche di mettere in atto azioni di ricerca-intervento per orientare l'agire dei professionisti nei contesti, proponendo una problematizzazione delle pratiche attraverso uno sguardo educativo.

Le tre parole di Antonio Restori (psicoterapeuta)

LENTE

Quante lenti sono coinvolte nell'incontro con l'Altro, e quanti Altri incontra chi ci coinvolge nella propria narrazione. Quanti fruitori entrano in contatto con l'Autore e quante trasformazioni narrative e stilistiche germinano a partire dalle differenti discipline che si affiancano all'Autore. C'è un potenziale umano che può e deve essere colto in un movimento a spirale virtuoso capace di coinvolgere le diverse aree disciplinari del mondo delle relazioni di aiuto**.** Ogni incontro con l'Altro può essere pensato come l'incontro con un Autore che narra della sua vita a noi, fruitori dell'opera letteraria; noi, come fruitori possiamo appartenere a circoli letterari differenti (discipline, professioni delle relazioni di aiuto), indossare lenti differenti; ma una cosa avremo sempre in comune con l'Autore e tra noi: il navigare nella stessa vita, dove è possibile amare, odiare, perdersi, ritrovarsi, abbandonare, essere abbandonati, gioire, impazzire… Essere consapevoli di questo, ed essere presenti alla nostra vita, è un prerequisito fondamentale che precede ogni scelta di stile letterario che desideriamo seguire. Se poi riusciamo anche a incontrarci tra noi sul confine degli stili e a so-stare nelle vibrazioni che da questi incontri si generano, credo sia allora possibile avvicinarci alla *grazia*, alla *complessità* dell'esistenza. Il sapere, la conoscenza è nomade.

COMPLESSITÀ'

Complesso è l'insieme dei fili che compongono un tessuto; ogni filo è indistinguibile, in quanto unito agli altri; solo l'unione dei fili dà vita ad una complessità. Mentre la complicazione è un groviglio, un intrico. La complicazione di un artefatto presuppone la conoscenza totale del fenomeno da descrivere; la complessità comporta invece un elemento d'ignoranza da parte dell'osservatore. E il non sapere stimola alla curiosità, alla creatività, alla poiesis, la poetica.
Se la realtà è complessa, la lente per poterla approcciare è il pensiero abduttivo. Procedere per abduzione significa conoscere per inferenze trans-culturali, trans-semantiche, trans-disciplinari. E la grammatica del linguaggio abduttivo è la metafora, perché porta (forein) il sapere in un altrove (meta) non conosciuto, e nella trasduzione dei significati genera saperi nuovi attraverso cui leggere la complessità.

ATTENZIONE E PRESENZA MENTALE

Distinguo un'"attenzione funzionale", necessaria per svolgere un compito, come la consulenza o la terapia, dall'attenzione dell'attenzione.
Usiamo generalmente l'attenzione funzionale per portare a termine un lavoro, come ad esempio, costruire una casa, preparare un toast, tradurre una versione di latino. Che cosa caratterizza questa situazione? Il fatto che il valore dominante, il valore centrale, non è l'attenzione: l'attenzione è subordinata al compito, al lavoro, al preparare un toast.
L'attenzione è al servizio di quello che stiamo facendo; se ci distraiamo non portiamo a termine il compito, la casa è insicura, il toast brucia, la traduzione della versione è imprecisa. Questo tipo di attenzione è funzionale a realizzare il lavoro che dobbiamo fare, è subordinata ad essa.

Per vivere abbiamo certamente bisogno di questa attenzione, perché ci permette di adattarci all'ambiente, di modificarlo per le nostre esigenze: mangiare bene, vivere in una casa piacevole, essere bravi counselors, terapeuti, educatori… Ma se provassimo a pensare per un attimo all'attenzione come valore centrale, non subordinata al raggiungimento di uno scopo, l'attenzione al primo posto, avvertiremmo probabilmente un ribaltamento di come vanno le cose.

Se poniamo l'attenzione al primo posto, probabilmente sperimenteremo una sensazione di comprensione profonda, di unità.

Dice C.Wilson (1998): "*è una qualità di attenzione non giudicante e, al tempo stesso, pienamente partecipatoria, pienamente connessa*".

Attenzione non giudicante però non da intendersi "fredda" posizione di distacco, ma pienamente partecipata, unificata, interconnessa. Questo genere di attenzione possiamo definirla saggia; emerge quando percepiamo la mente nella mente, le sensazioni nelle sensazioni, il corpo nel corpo.

Emerge quando siamo nella relazione con interesse non finalizzato; quando osserviamo per osservare, ascoltiamo per ascoltare, comunicando non sull'altro, ma attorno a ciò che avvertiamo.

Generalmente è la cura, il cambiamento, la guarigione ad orientarci nella relazione. In quanto terapeuti siamo soliti pensare necessario un cambiamento delle condizioni di sofferenza del sistema. *Sarebbe eticamente non corretta la posizione non finalizzata al cambiamento e alla cura, ma alla cura della cura?*

Le tre parole di Giuseppe Tibaldi (psichiatra)

GIUSEPPE TIBALDI: Psichiatra, Direttore dei Servizi di Salute Mentale Area Nord AUSL Modena, Membro del Direttivo della *Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica* (SIEP), Direttore della collana *Storie di Guarigione* (Mimesis Editore), *Trainer* e

supervisore del metodo *Open Dialogue* (nell'ambito del Progetto di implementazione di questo approccio in otto DSM Italiani, finanziato dal Ministero della Salute).

FRAMMENTAZIONE (PSICOTICA)

Può un'organizzazione psicotica dei professionisti dei vari Servizi rappresentare una risposta adeguata, ed efficace, alle necessità di soggetti e famiglie che vivono in prima persona l'esperienza dissociativa? Il fallimento del modello "a silos" sta nello schema emotivo, cognitivo ed operativo che genera, che valorizza le barriere ("non è di mia competenza! - questo non è il servizio cui doveva rivolgersi!"), anziché facilitare le alleanze; che induce all'assunto di base "attacco/fuga" nei confronti dei professionisti di altri servizi di confine, anziché generare progetti condivisi. In questa prospettiva, gli utenti con problematiche multiple possono essere assimilati, in qualche modo, ai migranti: non sono molto graditi, si entra facilmente in conflitto sul porto di arrivo, ma anche sulla destinazione finale.

"NOTHING ABOUT US WITHOUT US"

La richiesta delle principali associazioni di utenti e familiari è chiara: vogliamo essere pienamente coinvolti nei processi decisionali che ci riguardano. La pratica di molti servizi nati con la Riforma è paternalistica, sia in forma amichevole che minacciosa ("fidati di noi …. fai quello che ti diciamo noi di fare …. altrimenti….").
Le occasioni di coordinamento tra vari Servizi (come le Unità di Valutazione Multidimensionale – UVM) non contemplano, troppo spesso, la presenza dei diretti interessati (che sono informati a posteriori delle decisioni prese dagli "esperti", che dovrebbero essere accettate e, magari, applaudite). Le decisioni prese con i diretti interessati "rischiano di avere" una forza ed una tenuta molto maggiore, anche se si basano su un processo di negoziazione più articolato. La

legge sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) può avere un impatto notevole sui processi di negoziazione futuri. È un'occasione preziosa o qualcosa da temere?

SPERANZE (RAGIONEVOLI)

Troppo spesso i nostri Servizi mettono al centro del discorso e delle proprie strategie le disabilità e la certezza che sono destinate ad accentuarsi, con il passare del tempo. Faccio riferimento, ad esempio, alla proposta precoce di un riconoscimento di invalidità, come perno formale delle successive proposte "ri-abilitative". In alcuni sistemi regionali di salute mentale non si ha diritto ad alcun percorso di inserimento lavorativo se non si è ha già un riconoscimento di invalidità. Non c'è bisogno di riconoscersi nella tradizione sistemica per comprendere che siamo molto vicini ad un "doppio messaggio" istituzionale: se vuoi arrivare alla piena ripresa, accetta di riconoscerti e di essere riconosciuto come invalido. La scommessa della Riforma si basava su forti aspettative favorevoli: ci si aspettava che pazienti e professionisti potessero sopravvivere alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici. Quanto sono diffuse, oggi, tra i professionisti, le aspettative favorevoli di sopravvivere alla catastrofe psicotica (guarigione/recovery)? Le ricerche di esito a lungo termine ci dicono che le speranze sono fondate e ragionevoli. Quanti professionisti "pensano positivo"?

Le tre parole di Claudio Mustacchi
(il lavoro culturale, l'arte)

La mia vita si salvò per un retrogrado amore.
La mia vita si impennò per una lavata di testa.
Le mie circostanze furono tali ch'io non potei scappare dagli altri.
I miei concittadini levavano bandiere e gridi e risollevarono i cuori.
Io dormivo – assaggiavo il sole.

Amelia Rosselli

Le parole che definiscono emozioni, scrive David Grossman nel suo romanzo *Il sorriso dell'agnello* – splendido specchio delle ambiguità dei sentimenti umani – , ricordano i nomi che gli uomini di mare danno ai tifoni. Chiamandoli "David", "Michael" o simili nomignoli sperano di diminuirne il pericolo o perlomeno di renderli più famigliari. Quei nomi, pur nella loro impotenza, rendono anche possibile la condivisione, ci permettono di avvisare l'altro del pericolo, di raccogliere il suo bisogno di aiuto. Le parole sono mappe, se non confuse con il territorio che vogliono rappresentare possono esserci di grande aiuto per il cammino e per l'incontro.
Mi è stato chiesto di riflettere attraverso tre parole sulle figure professionali del mondo dell'arte e della cultura e sul contributo che esse portano alla cura e

all'accompagnamento educativo nei mondi della sofferenza e del disturbo mentale. Si tratta, come si può intuire, di un caleidoscopio di professionalità e competenze dai confini incerti e dalle molte definizioni (intervento artistico, mediazione culturale, arte terapia, educazione alla creatività, teatro sociale, animazione socioculturale, ecc.), ma il cui apporto alle pratiche e ai pensieri della psiche e del sociale è ormai fuori discussione. Tutti sanno l'importanza che l'arte ha assunto per trasformare la visione della follia nella società, ed è nota la centralità delle attività artistiche e poetiche nei progetti di trasformazione della psichiatria basagliana, fin dai suoi primi esordi. Uso per questa vasta e dinamica schiera di operatori il termine di "lavoro culturale", espressione un po' vaga ma che, a mio parere, lascia le porte aperte e non rinchiude nessuno entro gli stretti camici degli specialisti.
Non è però questo il termine su cui voglio soffermarmi. Di seguito propongo le tre parole scelte. Sono declinate come aggettivi, per ricordare che sono qualità dell'esperienza. Qualità che chi lavora per la salute mentale conosce e che alimentano il frequentarsi reciproco di arte e follia.

La prima parola è **FRAGILE**.

La fragilità abita le nostre vite e alberga nella nostra mente. Tutti siamo esposti alla fragilità. Forse la spinta umana che alimenta quell'attività che chiamiamo "arte" trova origine nella consapevolezza – non intellettuale ma profonda, fisica, sensoriale - della nostra fragile natura esistenziale. Ciò che chiamiamo "io" è, in fondo, il risultato di uno straordinario lavoro creativo per far fronte alla nostra vulnerabilità, opera d'arte faticosa e mai compiuta. Mentre molte attività umane sono rivolte a proteggerci, non sempre saggiamente, dalla nostra condizione di fragilità, i fare dell'arte (di tutte le arti, in un'epoca, fra l'altro, in cui si dissolvono i confini fra linguaggi e discipline) la frequentano, ne sono attratti, non la sentono come un nemico da combattere, ma come territorio da esplorare, destino da

assumere, spaesamento da condividere, esperienza verso cui azzardare un amore.
Il lavoro culturale può portare in dono la capacità dell'arte di accogliere e abitare la nostra e altrui fragilità.

La seconda parola è **PREZIOSO**.

I prodotti dell'arte sono preziosi, assumono un valore che non appartiene in sé agli oggetti – supporti materici di discorsi simbolici – ma che è generato dal senso, anche nel non senso, che il processo di attribuzione di significato e di comunicazione va loro tramite costruendo. Sono preziosi perché sono umani e spesso tanto più preziosi quanto più sono fragili. Hanno spesso bisogno di essere protetti, preservati. A volte paiono inutili, incomprensibili, richiedono ascolto, conoscenza, sensibilità, pazienza; per cogliere il loro valore è necessario attivare un processo mentale e sensoriale diverso dal quotidiano. Il processo artistico è in grado di rivelare il valore di cose che molti non vedono, o non comprendono.
Il lavoro culturale può portare in dono la capacità dell'arte di dare valore a gesti e oggetti dell'esistenza e osservare ciò che in essa vi è di più prezioso.

La terza parola è **POETICO.**

Il termine riguarda tutte le arti, non solo l'arte della parola. Ancora prima che l'arte riguarda una certa qualità dell'esperienza, una forma che prende in certi momenti la vita, che l'arte cerca di inseguire, cogliere, mostrare. Un'esperienza spesso difficile da trattenere, ripetere, progettare; per questo, quando si presenta, è fragile e preziosa. L'esperienza poetica (sia creata ad arte o incontrata nell'esistenza) crea ponti che collegano il mio essere ai suoi confini, che si trovano nel mondo, nella natura, negli oggetti come negli altri, negli incontri che abbiamo vissuto e che viviamo. Confini che si trovano anche dentro

di noi, nella nostra memoria, nelle nostre emozioni e sensazioni. Questa capacità di creare ponti, di muoversi nei confini, di ricomporre parti apparentemente separate, è preziosa non solo per il benessere del singolo individuo, ma per la società intera. L'esperienza artistica è singolare e sociale nello stesso tempo. Fu uno sguardo poetico, ancora prima che uno sguardo scientifico, che rivelò al mondo che quelle donne e quegli uomini che erano stati rinchiusi per "guarire dalla loro follia" altro non erano che il simbolo di quella fragile parte di noi stessi di cui avevamo paura.

Il lavoro culturale può portare in dono la capacità di muoversi nei confini e di promuovere benessere nelle persone e trasformazioni nella società.

Interventi preordinati

Pier Luigi Lattuada

PIER LUIGI LATTUADA - Medico, psicologo, psicoterapeuta, direttore della Scuola di Formazione in Psicoterapia Transpersonale, professore alla *Sofia University*, Palo Alto California, e alla *Ubiquity University*, ha svolto la sua tesi di laurea con Franco Basaglia e lavorato in ospedale psichiatrico ai tempi dell'apertura.

Sostenne Basaglia

Le frasi riportate provengono dalla registrazione di un'intervista fatta a Basaglia da me e un giovane collega, laureandi in medicina nel 1977 o '78 a Trieste.
Ho un ricordo, è una chiara visione: Basaglia di fronte a noi, l'emozione, l'esaltazione, la soggezione, il senso sentito di appartenere alla storia.
"Lo psichiatra deve rifiutare la delega della società a gestire il disagio psichico in quanto espressione di un disagio e un emarginazione della quale è la società stessa a doversi fare carico."

"Nel caso della psichiatria è la profezia stessa ad essere falsa, nel suo impedire, con lo schema delle definizioni e classificazioni dei comportamenti e con la violenza con cui li reprime, la comprensione della sofferenza, delle sue origini, del suo rapporto con la realtà, della vita e con la possibilità di espressione che l'uomo in essa trova o non trova. Continuare ad accettare la psichiatria e la definizione di malattia mentale significa accettare che il mondo disumanato in cui viviamo sia l'unico mondo umano, naturale, immodificabile, contro il quale gli uomini sono disarmati''.

"La faccia della fame non è lontana da quella della follia e le loro voci si confondono se nessuno le ascolta o se non hanno il diritto di parola. Il grido di precarietà di un'esistenza soffocata dall'indigenza non è mai stato ascoltato ed è sempre stato confuso con tutte quelle espressioni che erano la logica conseguenza, vale a dire: delinquenza, emarginazione, violenza, vizio, sregolatezza, disobbedienza civile, insolenza, errore."

Sostenne Anna, ex degente OP Trieste

Anche questo è un ricordo vivido: Anna è di fronte a me nel padiglione F (credo di ricordare) un ex padiglione di degenza per cronici poi adattato a ostello per gli ex degenti e bisognosi di vario tipo.

"Senti io sono stanca sai, sono veramente molto stanca, perché io non dormo, capisci? Io sono quattro notti che non dormo. Io non dormo e non mangio nemmeno. Io sono quattro notti che non dormo e quattro giorni che non mangio niente, capisci questo cosa vuol dire? E io posso stare anche un mese senza dormire, o mangiare, capito? Io faccio cose che tu non immagini nemmeno, sai! Perché io sono pazza, pazza, pazza, pazza, pazza, pazza, pazza. Io sono proprio folle perché la follia è bellissima. È bella la follia. La follia è meravigliosa, è la cosa più bella. Io sono spirito, hai capito? Il mio corpo non so cosa sia. Perché io sono pazza. Io sono molto spirituale, non sono materialista, odio i materialisti. Io sono molto religiosa sai? Capisci, io adesso sono stanca e vorrei dormire, ma potrei anche non dormire. Io ho fame ma non mangio. Non mangio perché posso non mangiare. Il mio corpo non mi dice niente se non mangio. Non lo sento il mio corpo. Capito, io sono pazza, pazza, pazza. Io non sono come gli altri, io sono diversa da tutti gli altri. Io sono una zingara. Io rido per la strada, io parlo da sola. Parlo da sola e me ne fotto, capito? Io me ne fotto di quello che dicono

gli altri. Io mi vesto di stracci e corro per le strade da sola. Io sto sempre sola, perché stare sola è bellissimo, perché sono folle e la follia è bellissima."

Poesia di un laureando in medicina alla festa di San Giovanni OP di Trieste 1977 o forse '78

San Giovanni dei matti

Questo è il gioco dei matti, tipo garantito
Questa sera al loro tavolo si impara
Intorno al cerchio più piccolo è disegnato un cerchio più grande
Come se avessero capito
Fuori si accendono fuochi
Si gioca al gioco della pelle del matto
Matto vieni anche tu
Con tutto il folklore che puoi
Questa festa è per te
Questo è il cerchio di gesso
Vedi tu, destreggiati, fai del tuo meglio
Questa è la tua grande occasione
Al tavolo dei matti ci si guarda intorno
Si aspetta che tutti se ne vadano
Perché a fine spettacolo lo spettacolo continua
Perché questa è la tua festa e da quella non esci
The show must go on
Sui gradini dell'effe
Nei marciapiedi per cuscino

Nelle bottiglie fracassate e i salti nel vuoto
Sui materassi di desolazione e ascolto
Nelle piccole e nere urla notturne
Silenziosissime
Nei barattoli vuoti e bistecche ammassate
Adesso le scritte di liberazione dipinte dai venuti da lontano
Stanno zitte
Le luci sono andate

P. L. Lattuada M.D., Psy.D., Ph.D

Lia Mastropaolo

La Legge 180:
Un'esperienza Genovese d'integrazione e costruzione dei servizi per la famiglia

LIA MASTROPAOLO: Psicologa, Psicoterapeuta**,** Direttore de *Il Metalogo* -Scuola Genovese Sistemica. Didatta del *Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, svolge attività didattica e clinica. Socio EFTA, SIPPR, SIRTS, RELATES. Socio fondatore S.I.Me.F., Didatta AIMS, Membro Statutario del Forum Europeo, Docente all'Universidàd a Distancia di Madrid, a Siviglia, al Master di Coaching, Università Autonoma H. San Pau Barcelona. Già Professore incaricato di Mediazione Familiare all'Università di Genova. Ha lavorato per molti anni nel Servizio pubblico come responsabile del *Centro Specialistico di Terapia della Famiglia* e del *Centro di Mediazione Famigliare* e consulente del Comune nel Centro Storico di Genova. E' autrice e co-autrice di pubblicazioni in italiano, spagnolo greco e inglese.
www.scuolagenovese.org; info@scuolagenovese.org; liamastropaolo7@gmail.com

In occasione dei 40 anni della legge 180, porto la mia esperienza di lavoro a Genova soffermandomi sul significato che hanno avuto per noi le idee di Basaglia, cosa hanno intaccato o meglio scardinato nella realtà politico sociale di quel periodo producendo una vera e propria rivoluzione culturale; un pensiero forte che ha rappresentato il seme del cambiamento che abbiamo trasportato nelle nostre realtà territoriali.
Non a caso la mia tesi di laurea, intitolata "l'Analisi dei servizi socio sanitari nel Comune di Genova e sviluppi teorici di un'esperienza di igiene mentale nell'ambito di un ospedale diurno per giovani psicotici", affrontava il tema delle

strutture segreganti e emarginanti come i manicomi, della necessità di trovare soluzioni più umane per la cura dei pazienti psichiatrici. D'altra parte, analizzava quanto fosse deleterio a quel tempo lo spezzettamento dei Servizi per bambini e adolescenti e tentava di introdurre ipotesi alternative in vista di una possibile costituzione di Servizi Territoriali.

Ispirandoci e seguendo il pensiero di Basaglia partecipavamo alle riunioni di Psichiatria Democratica. Allo stesso tempo con le forze sindacali veniva pubblicato il "Libro Bianco sui manicomi genovesi di Quarto e Cogoleto" che denunciava lo stato di grave degrado, incuria e violenza sui pazienti "corpi nudi, legati ai letti, dimenticati".

Nel tentativo di trovare forme alternative di cura, sono entrata a far parte anch'io della prima comunità terapeutica di Giorno a Genova dove venivano ospitati giovani psicotici, fatti uscire dall'ospedale psichiatrico, riconsiderati persone da rintrodurre nella società. La struttura, una villa, inserita nel territorio urbano genovese per favorire l'integrazione nel quartiere, era il luogo, a porte aperte, dove si tentava la cura con progetti personalizzati e discussi con ogni paziente. Oltre alle attività del quotidiano (cucina, tavola, uscite) era prevista la partecipazione all'assemblea di comunità, e a gruppi strutturati di arte terapia, musicoterapia, sedute di psicoterapia individuali e di gruppo. Le riunioni di equipe rappresentavano un momento di formazione degli operatori con passaggio di informazione, confronto e presa in carico. In questa stessa comunità, insieme a un collega psichiatra, abbiamo impostato il primo gruppo multifamiliare a cui partecipavano parenti e pazienti.

Un'altra esperienza che mi ha coinvolta e che mi ha fatto muovere sull'onda del movimento basagliano è stata negli anni 1975-77 quando, appena assunta in Comune come psicologa, mi sono trovata a lavorare in una struttura segregante, emarginante come un manicomio per bambini disabili con educatori ormai anch'essi afflitti, come spesso succede, da "disabilità per contagio". Il Centro vedeva al suo interno oltre 100 ragazzini con handicap, alcuni con problemi

organici o psichici importanti altri con problemi comportamentali lievi. Con grande convinzione ma anche con fatica e responsabilità, proviamo un'assistente sociale ed io a promuovere e, a seguire poi, l'inserimento della maggior parte di questi ragazzini handicappati nelle scuole pubbliche dei diversi quartieri. Dopo aver concordato l'intervento con la famiglia consenziente, presentavo una dettagliata relazione, diagnosi e prognosi inclusa, sensibilizzando insegnanti e genitori a un problema che trovava forti reazioni con un referendum "si o no all' handicappato?". A volte ci veniva in aiuto la commissione del Provveditorato a favore del disabile per gestire situazioni complesse. L'assessore ci sosteneva dicendo: "se trovo la struttura chiusa ne prendo atto". Nel giro di 2 anni sono rimasti 15 ragazzi molto gravi. Alla fine, siamo riuscite a chiudere la struttura e a seguire l'inserimento degli altri nelle scuole pubbliche con esiti inaspettati.

Intanto a Genova in un clima di grande fermento sociale e culturale, vengono costituiti i Consultori Familiari poi denominati Servizi Materno Infantili e dell'Età Evolutiva.

Alla fine degli anni `70, per opera di due assessori illuminati, in ogni zona della città sono stati unificati in un unico Servizio Territoriale (120.000 abitanti) con competenze sanitarie e sociali servizi gestiti prima da enti diversi con interventi settoriali e scollegati tra loro. Il Servizio territoriale integrato di prevenzione, diagnosi e terapia per bambini, adolescenti e per le loro famiglie vedeva diversi specialisti lavorare assieme: pediatri, ginecologi, psicologi, logopedisti, neuropsichiatri, psicopedagogisti, puericultrici, infermiere, assistenti sociali ed educatori. Questo Consultorio era strettamente collegato con il servizio ospedaliero e universitario di Pediatria e Ginecologia in modo da assicurare un intervento specialistico e continuità e tra territorio e reparti.

All'interno di questo servizio ho istituito un Centro Specialistico di Terapia per la Famiglia sovrazonale che ha funzionato per trent'anni fino al 2.000 in una sede prestigiosa dotata di specchio unidirezionale e attrezzatura di videoregistrazione,

presso la quale svolgevo con un gruppo di operatori attività clinica, di ricerca, di supervisione e formazione con approccio sistemico.
Successivamente, ho lavorato in un Servizio Distrettuale dell'angiporto di Genova con famiglie multiproblematiche e di migranti: un servizio di trincea dove invece di vedere solo bambini come faceva la psicologa che mi ha preceduto, ho proposto agli assistenti sociali di analizzare tutti i casi con approccio sistemico Siamo partiti dall'analisi dei contesti per impostare un intervento sulle famiglie che includesse e tenesse conto di tutti i sistemi coinvolti. Abbiamo cambiato la logica del Servizio passando da una posizione dicotomica e lineare a un modo di pensare complesso e integrato nel rispetto delle reciproche competenze.
Per concludere questa l'influenza che ha avuto su di me e sull'impostazione del mio lavoro il messaggio di Basaglia e il movimento culturale di quegli anni. Ricordare un pensiero potente e generativo di realtà e prassi può dare energia e funzionare da antidepressivo e antidoto in questi periodi bui dei Servizi per la Salute.

Alcune parole chiave: RISPETTO, PERSONA, RICONOSCIMENTO, SFIDA

Chiusura convegno

Visione video

"Permeabili"

Centro Diurno *Day Care – Il laboratorio*

Alberto Fragomeni

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Papa Giovanni XXIII

Progetto "in transito"
Un progetto riabilitativo e di comunicazione sociale

Atto 1°: "Permeabili"
DSMD Bergamo – USS Riabilitazione 1

Prima della visione del video...

A cura di Paola Grifo

Ogni cambiamento prevede un momento intermedio: uno spazio, che è spazio di indefinitezza, di attesa, fra uno stato e un altro. Tale momento di transito, per sua natura, può essere motore di ansia, specie se viene vissuto come squilibrio fine a se stesso, fine delle rassicuranti certezze, attesa di un ignoto colmo di interrogativi, paura del vuoto. Oppure, può divenire luogo e tempo di elaborazione, ove sperimentare l'incontro con l'imprevisto pur preservando le acquisizioni – emotive, cognitive, strutturali... – conquistate fino a quel momento.

Questa doppia opzione è applicabile alle persone, in particolare ai soggetti che incontriamo nella cura e che cerchiamo di accompagnare nell'evoluzione da uno stato di disagio, di chiusura difensiva, spesso pervasiva e totalizzante, a una

esperienza di vita che auspicabilmente può aprire all'Altro, allo scambio simbolico; ma vale anche per le istituzioni, che sono chiamate a modificarsi, a rendersi flessibili e aperte alla comunità di appartenenza e alle sue necessità.

Il progetto "**In Transito**" tenta, nello specifico, di rispondere a due bisogni, uno individuale e l'altro collettivo, entrambi relativi alle sfide e alle risorse dell'essere in un momento di passaggio da una situazione all'altra.
Referente del progetto **"In Transito"** è Paola Grifo, psicologa e psicoterapeuta all'interno dei Servizi Riabilitativi (CRM – CD *Day Care* - "CD *Laboratorio*") del DSM.

Descrizione del progetto:
Il progetto "In Transito" consiste in una **attività permanente di documentazione** videoregistrata delle **attività di Rete**, svolte dai CD dell'USS Riabilitazione 1, che organizzano iniziative congiunte fra gli utenti e le realtà del territorio che fanno capo al progetto comunale "**Servizio Reti Sociali**": Assessorato alla coesione sociale, scuole, oratorio, associazioni del privato sociale ecc.; su specifici accordi, alle attività di Rete hanno partecipato e partecipano anche utenti di altri servizi del DSMD.

Atto 1° - il video "Permeabili"
Il contesto:

- Il progetto nasce da un lato dalla valutazione fatta circa i bisogni (e le risorse) di un utente del nostro Dipartimento Salute Mentale, Alberto Fragomeni, in fase di passaggio da una importante presa in carico da parte dei Servizi verso una situazione di maggiore autonomia; si tratta di un utente portatore di importanti risorse sul piano creativo e artistico.
- D'altro canto, l'USS Riabilitazione 1 del medesimo DSM aveva da tempo il

desiderio di costruire nuovi strumenti, efficaci ed immediati, per comunicare l'esperienza di *recovery* tramite l'apertura al territorio (cfr. più sotto, progetto "**Rete Sociale Bergamo"**) nel quartiere ove insistono i due Centri Diurni "*CD - Day Care*" e "*CD - Il Laboratorio*".

Il video:

Il filo conduttore del **primo prodotto video** che si è realizzato, dal titolo "**PERMEABILI**", è il *confine*, la *soglia*: soglia fra dentro e fuori i muri del Servizio, fra malattia e salute, tra protezione e apertura al mondo, tra "addetti ai lavori" e cittadini. Si sono documentate le varie situazioni sociali, dalla quotidianità dello stare insieme a pranzo ai momenti di festa di piazza, dalle pratiche artistiche ai momenti aggregativi di tipo sportivo, cercando di sottolineare il valore della collaborazione con la comunità di appartenenza.

L'équipe coinvolta ad affiancare il regista del video "**Permeabili**", Alberto Fragomeni, nella realizzazione del cortometraggio, è stata composta da due operatori, un Educatore Professionale che ha coordinato la parte musicale (musiche composte ed eseguite da due utenti) e una Terapista della Riabilitazione Psichiatrica che ha collaborato a riprese e montaggio.

Nel video "**Permeabili**" viene dato un *flash* su ciò che abbiamo definito "*tracce di salute mentale*": tracce di esperienze di inclusione, condotte soprattutto - ma non solo - nel quartiere dove ha sede il Centro Diurno "*Il Laboratorio*", e sovente condivise (in termini di co-progettazione e co-realizzazione) con le altre realtà associative o istituzionali della **Rete Sociale** di quartiere (*).

Il video, nel raccontare "piccole" esperienze, intende parlare di *soglie* attraversabili, di *osmosi* possibili, di *permeabilità* fra noi e gli altri, fra la malattia e la salute. La parola "permeabile" ci è stata suggerita dallo stesso Alberto, già fortunato scrittore di "**Dettagli Inutili**" (Collana 180 - AlphaBeta Verlag, 2016), autobiografia della sua esperienza di paziente psichiatrico, e adesso autore e

regista di questo video, della durata di circa un quarto d'ora, all'interno del quale vedrete momenti di attività sportive, una lezione alla scuola elementare condotta da un utente (esperto di codice Morse), un laboratorio artistico presso un ceramista, e momenti della "Festa del Vicinato" 2018, tenutasi proprio nello spazio antistante il Centro Diurno... I luoghi rappresentati, inizialmente vuoti, via via si animano, si riempiono di vita e di persone: questa metamorfosi è accompagnata da semplici frasi musicali, che rimandano a carillon o ad organetti di altri tempi, e che sono state composte ed eseguite per l'occasione da altri due nostri utenti.

Il video è stato proiettato per la prima volta in occasione dell'evento "Tracce di Salute Mentale" tenutosi a Bergamo il 20 ottobre 2018, nel contesto delle celebrazioni del quarantennale della legge 180, ed è offerto in visione, su richiesta, per momenti formativi e/o scientifici all'esterno, nel rispetto delle normative sulla Privacy correnti.

***

Due parole sul progetto Reti Sociali Bergamo

(*) Quello delle Reti sociali è un progetto dell'Assessorato alla Coesione Sociale di Bergamo. Si tratta di un momento aggregativo, di confronto e collaborazione, formalizzato e coordinato da un rappresentante del Comune per ogni zona, in cui realtà associative, gruppi, istituzioni… sono chiamati a condividere - e ad affrontare insieme - potenzialità e criticità specifici del quartiere.

L'ingresso del nostro Centro Diurno nella Rete Sociale ha inteso ribaltare il paradigma del rapporto fra il quartiere e noi, spostando il focus dall'iniziale - più o meno esplicito - timore per la sicurezza dei cittadini per la presenza di un luogo così connotato e frequentato come luogo di cura per i disturbi mentali, alla possibilità di cooperare con noi e utilizzarci come una nuova risorsa per l'inclusione e la coesione sociale in una zona periferica come quella dove si trova il Centro Diurno.

Il lavoro paziente e costante, svolto dal 2016 ad oggi da operatori e pazienti, ha consentito il realizzarsi di esperienze condivise e ad oggi i nostri utenti sono attori autonomi, riconosciuti, della vita del nostro quartiere: accompagnatori nei gruppi di cammino, animatori per i bimbi nelle feste, addirittura formatori volontari per la scuola. La collaborazione fra istituzione scolastica e Day Care *è stata ritenuta di tale qualità da essere quest'anno formalmente inserita nel Piano di Offerta Formativa (POF) della scuola primaria del quartiere di Boccaleone. I bambini della stessa scuola sono stati ospiti dell'atelier del nostro Centro Diurno per attività laboratoriali sulla manipolazione dell'argilla, guidati anche dai nostri utenti, e collaborano con noi alla realizzazione e mantenimento di una* Free Library *posta davanti al nostro Servizio.*

L'esperienza di partecipazione attiva al progetto Reti Sociali, che si sta allargando dal quartiere all'intera città, ha avuto un enorme impatto rispetto a ciò che normalmente si definisce "l'abbattimento dello stigma". Il video fornisce un'idea concreta del nostro modo di partecipare ad alcune esperienze sul territorio.

(Referente del progetto Rete Sociale di quartiere: E.P. Federica Fornoni)

Per informazioni:

- D.ssa Paola Grifo
  Psicologa- Psicoterapeuta - Referente Progetto "*in Transito*"
  pgrifo@asst-pg23.it
- D.ssa Serena Bruletti
  Psichiatra – Responsabile *USS Riabilitazione Psichiatrica 1*
  sbruletti@asst-pg23.it
- Sig.ra Federica Fornoni
  E.P. - Referente Progetto Reti Sociali

DSMD ASST Papa Giovanni XXIII - Centro Diurno Day Care – Il Laboratorio
Via Boccaleone, 21 - BERGAMO - 035/2677169

Spettacolo con operatori, familiari e chi vive un disagio psichico.

A cura della Compagnia del Teatro Instabile, Associazione Basti-Menti

Direttore: Francesco Comelli

Basti-menti
associazione di promozione sociale
Benessere – Psiche – Società

NOIALTRI DI BASTIMENTI

A chi ci rivolgiamo

L'associazione **Basti-menti APS** offre alle persone che hanno sofferto un disagio psichico, ai loro parenti o a chi avesse un qualunque interesse un aiuto per affrontare il reinserimento sociale e riabilitativo, sulla base di un approccio multiforme di partecipazione, tramite progetti innovativi a supporto della prevenzione, della diagnosi e della cura.

Come operiamo

Il percorso si basa su una ricerca continuativa sia clinica che sociale e culturale, condotta dai partecipanti, con un'innovativa gestione del disagio mentale finalizzata a migliorare la qualità della vita delle persone, che hanno patito un'esclusione o un dolore esistenziale che abbia gravemente inciso sul loro benessere o sulla capacità di vivere un'adeguata dimensione sociale.

I nostri valori – I nostri principi

Il nostro lavoro si basa su questi presupposti:

- la centralità delle persone assistite attraverso lo sviluppo di progetti personalizzati che nascono dall'ascolto dei desideri e passioni individuali e dall'affiancamento ed aiuto nel tentativo della loro realizzazione;
- la valorizzazione delle risorse umane di operatori, pazienti e familiari;
- la dimensione umana che sfuma la differenza tra paziente e curante, favorendo il superamento di barriere che potrebbero frenare l'avvicinamento alla cura o la sua attuazione;
- il rifiuto di forme di cura coercitive e il contenimento nell'uso di psicofarmaci;
- spazio all'ascolto ed alla condivisione di esperienze anche attraverso la formazione di gruppi in cui ognuno è partecipe di un reciproco arricchimento;

- lavoro sulla cultura come mezzo di conoscenza e di valorizzazione personale.

Esempi di progetti attivi, nati dalla collaborazione tra operatori e pazienti

Le serate della cultura

Momenti di gruppo allargato, aperto anche ai non soci, in cui si trattano e si dibattono temi di cultura generale, condivisi da tutti i partecipanti, anche con spazi per l'esposizione di iniziative culturali dei singoli. Il principio di fondo delle serate culturali è il riconoscimento del valore terapeutico della cultura e dell'impatto positivo e curativo del dibattito.

Giornalismo emotivo

È attiva una redazione che pubblica un blog (borderblogpsiche. jimdo.com) e (it.facebook.com/borderblog) che ospita notizie sugli eventi correlati alle nostre attività ed interessi, realizza video-documentari, prevalentemente incentrati sul disagio psichico e sociale, lavora su temi culturali anche in coordinamento con le attività della serata della cultura.

Critica cinematografica

Si vedono film a tema o a richiesta di singoli o di gruppi cui segue un dibattito con approfondimenti. L'obiettivo è di far emergere problematiche "compresse" come la rabbia negli adolescenti per poi incanalarla verso strumenti di crescita e, eventualmente, percorsi di cura. Il dibattito e gli approfondimenti, elaborati dal gruppo di spettatori, è seguito da professionisti che favoriscono il loro inserimento nelle tematiche sviluppate dall'associazione.

Sostegno, coaching e progetti di gruppo ed individualizzati

Si tratta di forme di sostegno e di affiancamento a singoli o a gruppi omogenei per interessi che si esprime in forme diverse: dalle passeggiate di gruppo alla presenza domiciliare ("home care") finalizzate a combattere l'isolamento sociale. I giovani sono seguiti nel rapporto con la scuola quando emerge un forte disagio legato al contesto. Il sostegno individuale è adottato nel caso sia difficile un lavoro di supporto classico; si procede tramite un intervento pedagogico di educazione al passaggio di vita del soggetto, individuando gli interessi e le abilità esistenziali di fondo, in parallelo con il percorso di cura psichiatrica.

Gruppo di scrittura creativa

Vengono elaborati testi sotto la guida di una giornalista professionista, su temi preventivamente discussi, con l'aspirazione ad una pubblicazione.

Spazio comunitario

La sede dell'associazione è aperta ai soci in orari concordati come luogo di incontro per intrattenimenti vari: dall'ascolto di brani musicali, alla lettura, ai lavori manuali quali la maglieria ed il ricamo.

Eventi culturali pubblici

Un gruppo di operatori e pazienti ha formato la compagnia teatrale "Gli Instabili" che si è esibita con un proprio spettacolo, riscuotendo successo nella manifestazione Bookcity Milano ed in altri contesti.

Navigare a vela

È un momento di incontro con la natura su una barca a vela, dal valore risocializzante e di recupero della fiducia in sé. Vi partecipano principalmente pazienti e terapeuti, pur essendo aperto a tutti i soci. La partecipazione è condizionata alla valutazione di idoneità psicofisica.

Esercizi di riequilibrio fisico

L' associazione dispone di spazi per un lavoro di ascolto e rivitalizzazione del corpo con mezzi terapeutici di musica e di danza.

Gruppo multifamiliare

Pazienti, genitori e parenti congiuntamente o disgiuntamente lavorano su temi di vita familiare coordinati da professionisti specializzati. Le tematiche della famiglia diventano un terreno comune che gradualmente trasforma le conflittualità in spazi di lavoro psichico.

Coordinatore scientifico:
Dott. Francesco Comelli, psichiatra e psicoterapeuta
Presidente: Alessandro Orlandi
Vice Presidente: Ettore Buccianti
Consiglio direttivo:
Danila Benedetto, Simona Faucitano, Elisabetta Oggioni

http://www.neliamassarotti.it/cgi-bin/webjoke//_users/neliamassarotti/Pdf/Basti-Menti.pdf