



Stefan Priebe, Angelo Fioritti¹

Professor of Social and Community Psychiatry, Barts and the London School of Medicine, Queen Mary, University of London
¹Direttore del Programma Salute Mentale e Dipendenze Patologiche presso l'Azienda USL di Rimini

DOPO LA DEISTITUZIONALIZZAZIONE: STIAMO IMBOCCANDO IL CAMMINO CONTRARIO?

The era of reinstitutionalization: is it really coming?

Introduzione

Il concetto, i principi e la pratica della deistituzionalizzazione (DI) hanno segnato la storia di oltre quarant'anni di psichiatria. A partire dal suo significato originario, spesso usato ancora oggi, di lotta contro ogni pratica basata sulla restrizione fisica della libertà individuale, prima fra tutte quella manicomiale, la DI è passata a indicare più genericamente ogni approccio teso a bilanciare i rapporti di forze tra l'individuo e il sistema. Come concetto deve molto ai contributi della sociologia, della psicologia sociale e dell'antropologia che definirono, con studi rimasti tra i classici del '900 come quelli di Goffman e di Foucault, che cosa è un'istituzione, che cosa è quel particolare tipo di istituzione chiamata "totale", quali sono le sue regole di funzionamento e le modalità tramite le quali prendono decisioni fondamentali sulla vita degli individui.

Nel suo uso attuale in psichiatria il termine "istituzione" ha assunto un implicito valore morale negativo, quasi a suggerire che "meno istituzione" è preferibile a "più istituzione", anche se tuttora può trovarsi utilizzato in senso neutro, così come per ogni altra "istituzione" in senso sociologico, come la famiglia, la Giustizia o l'Esercito che sono parti di praticamente tutte le società del mondo. Nel mondo anglofono, dove il termine DI è stato coniato, non ne esiste tuttora una definizione universalmente accettata e molte persone ritengono che tanto l'istituzione quan-

to la relativa DI abbiano a che fare con la fisicità dei muri che contraddistinguono i luoghi fisici in cui entrambe operano (Priebe & Turner, 2003). Ma questa identificazione con le mura dell'istituzione psichiatrica non trova corrispettivo nelle definizioni delle altre istituzioni contemporanee come i partiti politici, la Chiesa, l'Esercito, ognuna delle quali possiede sicuramente edifici, ma le cui attività non sono confinate al loro interno. Bisogna prendere atto che l'istituzione psichiatrica è ben più del manicomio e che il significato della DI va ben al di là della loro semplice chiusura. Secondo una visione più vasta e moderna, la DI psichiatrica può essere compresa come un processo in cui l'individuo, in questo caso il cittadino con gravi disturbi psichici, ottiene maggiore autonomia e autorità riguardo alle decisioni sulla propria vita, in tutte le fasi della sua "carriera" (altro termine sociologico) di paziente psichiatrico, rispetto ai professionisti impiegati dalle istituzioni psichiatriche o ad altri rappresentanti di istituzioni coinvolte nei complicati processi che regolano il trattamento dei malati di mente (la famiglia, la Giustizia, le Autorità Amministrative ecc.). Sebbene termini come *empowerment* più recentemente abbiano esplicitato meglio questo obiettivo di incrementare il potere decisionale del paziente psichiatrico, l'intera pratica della DI si è sempre conformata all'ideale implicito di aumentare le possibilità di scelta dell'individuo ammalato. Per esempio,



un paziente che vive sul territorio è messo in grado di decidere il menu del suo pranzo, le attività del pomeriggio e chi incontrare la sera, cose che non esistevano in un manicomio. Ancora oggi la maggior parte degli psichiatri lavora sulla base del presupposto che il sistema cui appartiene cerchi di limitare il suo potere sugli individui che gli sono affidati e che cerchi di aumentare le possibilità di libera scelta del paziente. Che insomma il sistema lavori per un superamento di se stesso, tendendo a una condizione di effettiva pariteticità tra paziente e professionisti.

Ma è questo che succede davvero nel mondo occidentale? In che misura la DI sta realmente andando avanti? Ci sono indizi che ci suggeriscono che si stia manifestando una tendenza opposta?

In questo lavoro intendiamo discutere l'ipotesi per cui in molte società economicamente sviluppate si sarebbe imboccata una strada che implica un maggiore potere alle istituzioni nei rapporti tra cittadini ammalati e psichiatria; questa ipotesi verrà discussa alla luce di molteplici evidenze emergenti da studi sull'epidemiologia dei Servizi psichiatrici, sulla cultura degli stessi e sulle legislazioni di interesse psichiatrico adottate recentemente da molti Stati. Utilizzeremo il termine "reistituzionalizzazione" (RI) per indicare questa tendenza, per analogia con quanto affermato a proposito della DI, definendola pertanto come un processo nel quale le istituzioni psichiatriche e i professionisti da esse impiegati hanno riconosciuto maggiori poteri nel prendere decisioni sulla vita delle persone, incluso il potere di decidere dove e come l'individuo debba vivere (ad es., in una specifica struttura psichiatrica).

Fino a che punto si è realizzata la deistituzionalizzazione?

È difficile negare che tra il 1960 e il 1990 si siano verificati radicali cambiamenti nelle politiche psichiatriche e nella pratica clinica della maggior parte dei Paesi occidentali, soprattutto per quanto attiene alla riduzione dei posti letto, allo spostamento del centro dell'assistenza sul territorio e alla tutela dei diritti civili. Elencare tutti i successi che questo processo ha riportato, ad esempio nel migliorare le condizioni di vita, l'immagine sociale, la qualità delle cure e la prevenzione dell'esclusione sociale, è certamente al di là degli scopi di questo lavoro e lo consideriamo come qualcosa che non debba essere dimostrato, nonostante la *community psychiatry* stenti ancora ad

afferinarsi nella pubblica opinione come una grande conquista civile (Leff, 2002). Il numero dei letti è calato costantemente negli ospedali psichiatrici di tutto il mondo occidentale (Munk-Jorgensen, 1999) e parallelamente più pazienti con gravi disturbi psichiatrici vivono fuori dalle mura di strutture psichiatriche, abitano case, passeggiano per strade e decidono cosa mangiare come qualsiasi altro cittadino. Molte ricerche hanno dimostrato che tutto questo è successo senza troppi "effetti collaterali": ad esempio, il tasso di omicidi commessi da malati di mente non è aumentato con la DI (Taylor & Gunn, 1999) e, per lo meno in Europa, non si sono verificati significativi fenomeni di vagabondaggio ed *homelessness* di pazienti psichiatrici. Gli operatori sono in genere consapevoli e orgogliosi di questi risultati (la pubblica opinione molto meno) e tendono a interpretare ogni cambiamento nei Servizi come un progresso lungo la via della DI.

Ci sono però almeno tre aspetti che vengono in genere scotomizzati o per lo meno sottovalutati quando si parla di DI. In primo luogo la sua realizzazione è stata molto disomogenea e frammentaria nel mondo occidentale e di fatto in molte Nazioni non è mai cominciata. Sicuramente la DI ha incontrato un vasto consenso nella maggior parte degli Stati europei e nel mondo anglofono per oltre vent'anni, mentre in altri continenti non è mai iniziata (ad esempio in Estremo Oriente). Un interesse all'avvio di politiche di DI si registra attualmente nell'Europa Centrale e Orientale, sinora dimenticate da questo processo. Ma anche nelle Nazioni che hanno adottato questa politica da oltre trent'anni la realizzazione, i modelli applicativi e l'omogeneità sul territorio sono quanto mai vari. Ad esempio, una recente rassegna europea (Goldberg, 1997) ha evidenziato come Servizi territoriali esistano in meno di metà delle località spagnole, portoghesi, greche e irlandesi e solo come Servizi sperimentali in tutta l'Europa dell'Est. Inoltre i Servizi territoriali hanno un significato molto diverso e ben più limitato in Francia, in Belgio e Lussemburgo, dove sono rimasti ancorati alla formulazione originaria di "secteur" che implica una posizione centrale dell'ospedale rispetto ai servizi esterni collegati.

In secondo luogo anche nelle Nazioni in cui la DI è stata applicata nelle forme più radicali, le sue realizzazioni sono state parziali e molto più apprezzabili in termini di deospedalizzazione che di DI nel senso più ampio in cui l'abbiamo definita precedentemente. Anche nei meri termini di letti ospedalieri, a



mano a mano che la loro chiusura procedeva, in molte Nazioni e con pattern diversi si aprivano strutture e letti in case di riposo, strutture residenziali o ospedali giudiziari che rendevano la DI in tutto o in parte un processo di transistituzionalizzazione o transospedalizzazione. Inoltre, anche volendo considerare la sola natura territoriale della cura, si è verificato un cambiamento delle metodologie e degli scopi della stessa, che è divenuta gradualmente più direttiva, "assertiva" (Stein & Test, 1980). Anche questo può essere visto come un modo per consentire a più persone di vivere sul territorio o come un modo per ribilanciare a favore dell'istituzione i rapporti di potere.

Infine la DI non ha mai preso la forma di un processo isolato, relativo alle sole politiche sanitarie o sociali verso la malattia mentale, ma piuttosto si è inserita e spesso ha sfruttato la corrente di cambiamenti più generali negli atteggiamenti e nelle politiche nei confronti di più categorie di cittadini svantaggiati. Essa ha semmai interpretato più che guidato lo spirito di un periodo, quello degli anni '60, '70 e '80, il cui *Zeitgeist* era certamente quello delle libertà individuali, del primato della soggettività e dei servizi alla persona. In quegli anni si sono ritirate moltissime risorse dalle grandi istituzioni (esercito, manicomio, scuole speciali, orfanotrofi ecc.) e sono state ridirezionate verso le "piccole istituzioni" (la famiglia, i servizi territoriali). Gli aspetti economici di questi cambiamenti sono spesso sottovalutati nelle analisi storiche del periodo, visto che si tratta poi soprattutto di analisi condotte dall'interno da professionisti del settore psichiatrico (Sabshin, 1990).

La discussione sulla DI ha assunto tonalità e sfumature diverse nei vari Paesi occidentali, con oscillazioni temporali anche molto significative. Alcuni temi sono risultati di carattere generale ed hanno anche portato a risultati che possiamo considerare acquisiti, come quelli dei diritti umani e civili, della valutazione delle pratiche e dei loro risultati (la psichiatria di comunità comporta inequivocabilmente migliore qualità della vita e soddisfazione dell'ospedale), della responsabilità economica dei Servizi (i Servizi territoriali sono meno o ugualmente costosi rispetto all'ospedale), della sicurezza dei cittadini (la psichiatria di comunità non comporta un aumentato rischio criminale nella popolazione dei cittadini assistiti). La discussione di questi argomenti trascende decisamente gli scopi di questo lavoro e non verrà affrontata.

Che cosa è successo alla nostra società (e ai nostri Servizi)?

È lecito ipotizzare che la DI e la relativa deospedalizzazione siano tuttora in atto in molti Paesi occidentali. Ci sono però alcuni fatti che ci portano a ipotizzare che questo trend si sia arrestato un po' ovunque e che forse si stia imboccando la direzione opposta. Questo cambiamento potrebbe essere avvenuto all'inizio degli anni '90 e potrebbe essere identificabile con una certa chiarezza solo ora. Descriveremo in seguito alcune di queste tracce che potrebbero essere interpretate a favore di una RI in psichiatria. Anteporremo però alcune riflessioni su cambiamenti avvenuti o in atto nella società, nella cultura e nell'economia occidentale, cambiamenti che di fatto hanno rimodellato le nostre società e che hanno dato maggiore potere alle istituzioni in molti settori della nostra vita.

Dinamiche demografiche

Nella società occidentale a partire dagli anni '70 si sono verificati alcuni cambiamenti demografici tanto intensi quanto inattesi e che hanno portato a una configurazione sociale unica nella storia dell'umanità, con gruppi familiari molto piccoli, con grande distanza tra le generazioni all'interno delle stesse famiglie e molte più persone coinvolte in attività lavorative (ad esempio le donne). Questo ha comportato che gli individui hanno avuto molto meno tempo in generale di occuparsi dell'assistenza di qualche familiare ammalato o in difficoltà e che molto spesso gli individui abbiano dovuto operare delle scelte, quando più membri della famiglia erano in condizioni di dover essere aiutati (ad es., decidere se assistere un figlio ammalato o un genitore anziano) (Livi Bacci, 2001). Inoltre la stabilità demografica è diminuita notevolmente in tutta Europa e al suo posto si è verificata una grande mobilità demografica di dimensioni globali. Trent'anni fa l'80% dei residenti nelle città del Nord-Italia era nato nella stessa città, di solito nello stesso quartiere. Oggi lo sono meno del 40%. I flussi migratori e il contatto tra le culture hanno di molto allentato la coesione sociale e quel senso di *collective efficacy* che costituiva il vero capitale sociale della maggior parte delle società europee del dopoguerra (Putnam, 1993). Infine la costellazione familiare cosiddetta complementare (padre e madre che rivestono ruoli radicalmente diversi, mutuamente esclusivi e complementari) è divenuta molto rara. Oggi nella maggior parte delle famiglie padre e madre sono entrambi attivi



professionalmente, hanno sempre più ambizioni e aspettative simili rispetto a indipendenza, tempo libero e realizzazione personale, in genere ben al di là di quanto consentito dalla famiglia tradizionale.

L'insieme di questi cambiamenti comporta inevitabilmente una riduzione della capacità individuale di assumere dei ruoli di cura o sostegno per altri membri della famiglia bisognosi. Forse le famiglie vorrebbero ancora o sarebbero disposte a farsi carico dei problemi dei loro cari, ma di fatto, semplicemente, non possono. E allora si rivolgono alle istituzioni.

Tutto questo assomiglia abbastanza a quanto accadde nel XIX secolo con l'industrializzazione che, tra le altre cose, portò alla creazione delle strutture asilari-manicomiali. Con l'industrializzazione grandi masse si spostarono nei centri urbani ove, a differenza di quanto succedeva nelle campagne, le condizioni materiali e i tempi di vita non consentivano di occuparsi dei membri ammalati di una famiglia, che dovevano essere accolti presso istituzioni. Ciononostante in quell'epoca persisteva una certa possibilità per le madri di famiglia casalinghe di occuparsi dei figli ammalati, mentre oggi stanno scomparendo completamente ruoli di madri e casalinghe devote che si dedicano interamente alla casa e all'assistenza di familiari ammalati. È molto verosimile che i processi socioeconomici che spingono le persone anche di diversi strati sociali ad avere meno figli contribuiscano a rendere le famiglie meno capaci di assistere un familiare malato di mente. Inoltre una famiglia con padre e madre entrambi in condizione professionale produce reddito, contribuisce al Prodotto Nazionale Lordo, paga le tasse e conseguentemente si sente in diritto di ricevere assistenza in cambio di questi sacrifici quando e per quanto sia necessario. Da tutto questo nasce l'aspettativa che i servizi pubblici debbano intervenire e farsi carico di diverse funzioni assistenziali che le famiglie non sono più materialmente in grado di sostenere, o non sono motivate a farlo.

Politiche di welfare

Le politiche di riforma dei sistemi di *welfare*, che negli anni '80 e '90 hanno stabilito principi di responsabilità economica dei Servizi sanitari pubblici, hanno promosso una cultura della valutazione e della qualità, hanno sicuramente limitato molto l'importanza di variabili soggettive che nelle pratiche di DI ebbero un ruolo predominante. I nuovi sistemi favoriscono indubbiamente grandi imprese che possono permettersi

costose procedure di controllo di gestione, *quality assurance* e certificazione che, per quanto utili e in un certo senso necessarie, finiscono per enfatizzare l'aspetto di "prodotto" della cura, piuttosto che gli aspetti umani, centrali nella pratica della DI. La DI mirava a incrementare la diversità, non l'omogeneità. La moderna gestione dei Servizi sanitari inevitabilmente richiede omogeneità (ad es., standard di prodotto, *quality management*) e ciò è in linea con i cambiamenti più complessivi in atto nella nostra società postmoderna (Laugharne, 2003).

Più in generale si è assistito a una riduzione di ciò che i sociologi chiamano "capitale sociale" e del suo correlato senso di *collective efficacy*, vale a dire quella spinta sociale che induce tutti i membri della stessa comunità a desiderare e porre in atto azioni collettive e individuali etiche, prosociali, coerenti ed efficaci. Il capitale sociale è caratterizzato da un elevato grado di fiducia reciproca tra gli individui (Putnam, 1993) che si attendono negli altri membri della società condotte etiche e prosociali, e agiscono loro stessi sulla base di queste aspettative. Se le aspirazioni personali dei medici e la loro onorabilità come corpo professionale alcuni decenni or sono erano motivazioni sufficienti a operare nel lavoro con qualità e dedizione, la riduzione del capitale sociale consumatasi in tempi recenti spiega la necessità di attivare meccanismi di controllo esterni. Ci sono molti lavori che indicano come questi meccanismi di controllo siano in larga parte inefficaci nel portare qualità all'interno dei Servizi di salute mentale (Watts & Priebe, 2002), anche se ciò non ha ostacolato la grande popolarità di questi sistemi ben lontani dallo spirito umanistico della DI.

Clienti o prodotti?

La società postmoderna incentiva l'aggregazione dei consumatori in movimenti che danno loro più potere. Per molte prestazioni di salute mentale (come le varie forme di *counselling* e di psicoterapia) il cliente è il paziente, che direttamente commissiona il servizio e, direttamente o indirettamente, lo paga. In questi casi la scelta è varia e la loro richiesta determina le caratteristiche dei servizi forniti. I pazienti con disturbi mentali gravi e persistenti sono invece solo nominalmente clienti dei Servizi di salute mentale. Qualche volta il trattamento è obbligatorio e anche se è volontario non dispongono del potere economico o politico per determinare le caratteristiche dei servizi o scegliere i trattamenti. Non ci sono figure pubbliche



influenti e rappresentative e non sono ben organizzati. Hanno poco prestigio e scarse capacità comunicative con i mezzi di informazione; di conseguenza la loro capacità di influenzare decisioni politiche e amministrative sulla realtà dei Servizi è molto bassa. Il vero cliente finisce per essere la società, rappresentata dalle autorità sanitarie locali o da altri enti "commitenti", e dalle famiglie. La presenza di qualche utente in alcuni comitati non cambia di molto la situazione, essendo spesso formale e orientato alla *political correctness*, ma inefficace. A tal proposito va notato che in aree in cui il potere contrattuale è reale (come nella psicoterapia) questi comitati non esistono proprio.

Siamo davvero entrati nell'era della reistituzionalizzazione?

Sino ad oggi nessuna nazione ha usato questo termine nei documenti ufficiali o ufficiosi di *policy* sanitaria, né è stata udita nei nostri congressi scientifici. Tuttavia, spesso nei corridoi, comincia a essere confessata sottovoce la percezione di un cambiamento di tendenza nei rapporti di forza tra l'individuo malato di mente e le varie istituzioni che di lui si occupano, così come quella di un deinvestimento dalle relazioni interpersonali nel nostro campo. Se questo è il significato che attribuiamo alla parola RI, al pari della DI si dovrebbe trattare di un processo molto complesso e sfaccettato, difficile da definire e sintetizzare, ma che curiosamente starebbe avvenendo con scarso dibattito pubblico e professionale, al contrario di quanto avvenne con la DI. Ma ci siamo davvero entrati, nell'era della RI?

Gli indizi

Il più univoco e costante in tutti i Paesi occidentali riguarda sicuramente l'impressionante aumento dei letti nelle strutture psichiatrico-forensi. Tutti i Paesi europei nel corso degli anni '90 hanno aumentato, in percentuali che vanno dal 20 al 300% (come Olanda e Germania), la dotazione in Ospedali psichiatrici giudiziari di massima sicurezza e in strutture a media sicurezza, spesso coinvolgendo il settore privato. In quasi tutti i Paesi si stanno programmando ulteriori allargamenti, spesso indirizzando a questo settore risorse prese dai Servizi ordinari. Una ricerca comparativa commissionata dalla Comunità Europea e in corso presso il *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit* di Mannheim ha dimostrato sia la rilevante entità di questa espansione, sia in alcune Nazioni (come il Regno Unito) l'allargamento dei criteri di accesso, che spesso

rispecchiano un insieme di rischio comportamentale, disponibilità di letti, tipo di reato, sviluppo dei servizi stessi (alla ricerca partecipa uno degli autori, AF). Questi Servizi sono estremamente costosi e sebbene erogano un'assistenza molto qualificata dal punto di vista tecnico (protocolli farmacologici, terapie cognitive e comportamentali, tecniche standardizzate di riabilitazione) hanno tempi di degenza di anni, non si sa con quali esiti effettivi. Tutto questo senza che si sia evidenziato in alcun Paese della Comunità un incremento degli omicidi o dei reati gravi commessi dai malati di mente (Taylor & Gunn, 1999). La situazione degli OPG italiani è in qualche modo diversa, congelata come sono da 25 anni in una condizione provvisoria e poco qualificata. Non è senza significato però che negli ultimi due-tre anni il numero degli internati sia aumentato del 20%, che si sia introdotta di fatto la possibilità di effettuare misure di sicurezza all'esterno degli OPG, che si siano avviate sperimentazioni di strutture residenziali a media sicurezza e che si sia ravvivato l'interesse sulla psichiatria penitenziaria (Pirfo, 2004; Ferrannini, 2004).

Un secondo indizio è costituito da un certo cambiamento nell'atteggiamento dei professionisti riguardo allo strumento del ricovero obbligatorio. Il tasso dei ricoveri obbligatori effettuati nei diversi Paesi dell'Unione Europea varia fino a venti volte (Salize & Dressing, 2004). Tuttavia, nonostante questa variabilità ancora per molti versi inspiegabile, in quasi tutti i Paesi europei questi tassi sono sensibilmente aumentati. Nel Regno Unito dai circa 10.000 del 1980 si è arrivati a 15.000 nel 1998 e ai circa 25.000 attuali. Nell'arco di dieci anni i TSO sono aumentati del 27% in Olanda e del 67% in Germania. Inoltre, in quasi tutti gli Stati dell'Unione sono state riviste le procedure di TSO e in quelli che non l'hanno fatto (Regno Unito e Italia) sono state presentate proposte di legge che tendono ad allargare l'ambito di azione dei Servizi psichiatrici, ed estendere tempi di degenza e potere dei Servizi.

Un terzo indizio riguarda la drammatica espansione del settore residenziale, in tutte le sue varie componenti (residenze protette, comunità terapeutiche, socio-riabilitative, gruppi appartamento, comunità alloggio ecc.). In alcuni Stati tedeschi (ad es., Berlino) il numero di posti letto attivati in queste strutture è molto superiore a quello dei posti chiusi negli Ospedali psichiatrici. In molte Regioni e in molte Nazioni addirittura questa realtà è difficile da



censire e controllare, per via delle diverse definizioni, delle diverse modalità di finanziamento, dei diversi enti gestori e per la mancanza di criteri di accreditamento e verifica. Dati sulle tipologie di pazienti ivi ospitati, sui processi di cura e sulle durate di permanenza sono generalmente indisponibili, rendendo difficile una reale valutazione di questo nuovo sistema istituzionale parallelo. Di tanto in tanto emergono rapporti allarmanti su situazioni di abbandono e negligenza (Wallace, 1986), o la questione balza alle cronache per tragedie legate a sistemi di sicurezza o condizioni fatiscenti, come nel tristemente famoso caso italiano di S. Gregorio Magno. L'unica ricerca sistematica condotta al mondo su scala nazionale è il Progetto Progres, che ha dimostrato l'assoluta eterogeneità di tali strutture e la loro crescita superiore a quanto preventivato dal Progetto Obiettivo Salute Mentale, unico documento di programmazione nazionale ancora in corso di validità (de Girolamo et al., 2002). Tutto questo, unitamente al progetto di rendere possibile il TSO presso alcune di queste strutture, alla difficoltà in molte aree ad eseguire controlli presso le strutture stesse, può far sorgere dubbi rispetto al loro utilizzo, che potrebbe rassomigliare a quello delle strutture asilari private di antica memoria, magari sotto nomenclature diverse e più accettabili.

Un quarto indizio potrebbe riguardare inoltre la popolarità che varie forme di "trattamento assertivo" hanno assunto in America e in Europa. Si tratta di programmi dedicati ai pazienti difficili da coinvolgere nel trattamento e un aspetto fondamentale dei quali è la ricerca attiva del paziente che non intende proseguire le cure. Le équipes di trattamento assertivo non esercitano alcun potere legale, nella loro missione c'è esplicitamente quella di mettere in atto ogni tentativo ed esercitare pressione affinché il paziente collabori alle terapie. Nei Servizi americani di questo tipo è espressamente dichiarata una "no drop-out policy", vale a dire che nessuno può lasciare il trattamento (Fioritti et al., 2000; Burns & Firn, 2003; Ferrannini et al., 2003). Non vi è dubbio che lo scopo di questi Servizi sia quello di mantenere all'esterno di istituzioni ospedaliere e asilari il maggior numero possibile di pazienti, in ciò riflettendo un'intenzione di DI. È però altrettanto evidente il rischio di RI diffusa, sul territorio, insito in Servizi che assumano questa missione in modo rigido e standardizzato, poco attento all'elaborazione di problemi etici e pratici che questa procedura pone. Tale rischio è anche presente nella

linea teorica e applicativa nota come *early intervention*, soprattutto nelle formulazioni che prevedono un intervento comunitario preventivo di *early detection* degli individui a rischio, da monitorare e trattare il più presto possibile e per tempi indefiniti (Mc Gorry & Killackey, 2002). C'è chi ha fatto notare come questo orientamento assomigli molto ad alcune teorie in voga all'inizio del XIX secolo, quando si pensava che trattare presto più persone a rischio avrebbe ridotto gli esiti a lungo termine, con il risultato invece di ampliare il numero e le dimensioni dei manicomi inglesi (Warner, 2002).

Un ultimo indizio potrebbe riguardare l'evoluzione dei sistemi legislativi riguardanti la psichiatria. Diverse iniziative legislative in corso in vari Paesi europei (tra cui Italia, Regno Unito e Germania) potrebbero comportare un allargamento delle possibilità di trattamento obbligatorio, anche al di fuori delle strutture sanitarie. Un esame comparativo delle trasformazioni legislative occorse negli ultimi vent'anni (Fioritti, 2002) permette di meglio cogliere queste proposte con un occhio ai possibili risvolti di RI. Negli ultimi vent'anni vi è stata un'intensa attività di rinnovamento legislativo nel campo della psichiatria. Nel 1984, le leggi italiana del 1978 e quella inglese del 1983 erano le più giovani; oggi sono le più vecchie. Leggi che duravano da metà '900 come quella francese sono state rimpiazzate. Alcuni Stati (Olanda) hanno cambiato più volte legge. Le leggi odierne enfatizzano la protezione dei diritti dei pazienti, piuttosto che la protezione della società da comportamenti disturbanti o criminali dei pazienti psichiatrici. La pericolosità non è più l'unico o il prevalente tra i criteri per un trattamento obbligatorio. La maggior parte delle leggi prevede il criterio del beneficio al paziente (*treatability*), in mancanza del quale un paziente per quanto pericoloso non può essere obbligato alle cure. In generale prevalgono criteri più ampi (*necessità di cure*) come nella legge italiana. Il coinvolgimento diretto delle autorità giudiziarie nelle procedure di trattamento obbligatorio è molto meno comune e generalmente è previsto nelle procedure di appello contro il provvedimento amministrativo di ricovero. Questo riflette cambiamenti significativi nell'atteggiamento pubblico e nelle filosofie di cura in quest'area.

I luoghi presso cui i trattamenti obbligatori vengono eseguiti sono molto più differenziati rispetto a un tempo (ospedale generale, territorio, strutture intermedie) e spesso esistono più procedure di trattamento



obbligatorio per diverse categorie di pazienti (d'urgenza, ordinario, territoriale, a lungo termine, a breve termine, giudiziale ecc.). Ciò in relazione alla ricerca di risposte modulate che coniughino protezione del paziente e protezione sociale, fatti salvi i diritti civili dei pazienti.

In generale possiamo dire che i cittadini europei affetti da gravi malattie mentali si vedono garantiti da un sistema che è più formalizzato di vent'anni fa, che impedisce la detenzione e i trattamenti arbitrari e altre forme di abuso, fornisce più opzioni di trattamento in termini di luoghi e durata dei trattamenti obbligatori, è più integrato nel sistema amministrativo e meno in quello di pubblica sicurezza (con l'eccezione sopra esposta del sistema forense). Se tutto questo si traduca in una minore coattività, effettiva o percepita, e se questo conferisca più poteri al cittadino malato di mente resta assolutamente incerto. In molti professionisti si fa strada l'idea che a una maggiore correttezza formale si stia accompagnando una maggiore coercitività effettiva.

Che cosa implica la RI?

La DI è stata un concetto guida per trent'anni e più, con un fondamentale valore etico ed euristico, nella pratica e nella cultura di professionisti della psichiatria. I suoi valori e i suoi scopi sono ancora un punto di riferimento per la maggior parte di loro e sicuramente per gli autori di questo articolo. Potrebbe però essere vero che i risultati ottenuti siano in realtà inferiori a quanto comunemente percepito nella comunità professionale, visti per lo meno in una prospettiva internazionale.

Con questo lavoro vorremmo stimolare la consapevolezza che in modo poco percettibile e sulla base di fattori poco controllabili all'interno del mondo psichiatrico stesso si stia verificando addirittura un trend opposto, che abbiamo proposto di chiamare RI. Naturalmente i dati di fatto che abbiamo esposto sono solo frammentari e potrebbero essere contraddetti da dati di natura diversa, come il numero dei posti letto nei vecchi Ospedali Psichiatrici che continua a decrescere in molti Paesi europei e che in Italia ha raggiunto (unico Stato dell'Unione Europea) lo zero. Con questo lavoro vorremmo stimolare la raccolta di materiale, di dati, di esperienze che indaghino questa realtà nei vari ambiti applicativi della professione psichiatrica (coazione percepita, empowerment, partnership, modelli di cura ecc.). Siamo convinti che la ricerca su

questo argomento debba prendere la forma non solo della tradizionale ricerca empirica epidemiologica, ma anche assumere un profilo più qualitativo indagando le relazioni umane e i rapporti sociali, secondo metodologie proprie della psicologia sociale, della sociologia e dell'antropologia. Non intendiamo esprimere giudizi di valore, ma limitarci a osservazioni il più possibile aderenti ai dati empirici. Ciò nella consapevolezza che le trasformazioni sociali vedono i gruppi e gli individui spesso passivi e impotenti e che giudizi di valore possono inutilmente colpevolizzare categorie e individui in realtà soggetti delle trasformazioni stesse (ad es., colpevolizzare le famiglie della perdita di valori o di capacità educative). È vero però che un dibattito sui valori e le finalità della professione psichiatrica alla luce di queste nuove tendenze sarebbe auspicabile. Ciò che andrebbe comunque evitato è un atteggiamento di negazione e rifiuto, che potrebbe comportare un grave ritardo nella comprensione di fenomeni già in atto. I nostri dibattiti scientifici dovrebbero essere aperti a contributi multidisciplinari che possano aiutare a meglio comprendere l'attuale scenario sociale per quello che è, e non per come lo vorremmo. Reinterpretare nuovi bisogni e mandati sociali (che potrebbero anche comportare un maggior potere alle istituzioni) può significare stabilire una nuova sintesi, più creativa e più funzionale.

Non solo i professionisti, ma anche gli utenti e tutti i cittadini dovrebbero essere consapevoli di queste trasformazioni. Bisogna evitare il rischio di un loro coinvolgimento solo nominalistico negli organi di rappresentanza istituzionale, a fronte di una reale esclusione da ogni decisione. Dovrebbero diventare protagonisti nella realizzazione delle attività di promozione della salute mentale e riuscire a superare alcune ambiguità insite nelle campagne antistigma finora condotte, reincentrandole sulla ricerca di un equilibrio tra l'individuo e la società, segnatamente tra l'individuo malato e le istituzioni che si occupano di lui. Il potenziamento di tutte le forme di self-help può essere una delle strategie utili a questo scopo.

Infine anche tutti i decisori politici e tutti quanti sono impegnati nella gestione dei Servizi sanitari e sociali dovrebbero essere consapevoli di questi processi, anche alla luce dei maggiori costi che un processo di RI comporta e che possono mettere a rischio l'intero sistema di welfare. Come per tutte le grandi trasformazioni epocali, se siamo davvero entrati nell'era della RI lo sapremo fra qualche tempo. Prestarvi



attenzione e sviluppare consapevolezza oggi nei contesti in cui operiamo può aiutare a scrivere una storia migliore.

■ BIBLIOGRAFIA

- Burns T. & Finn M. (2003). *La presa in carico intensiva sul territorio. Una guida per gli operatori di salute mentale*. Il Pensiero Scientifico: Roma.
- de Girolamo G., Picardi A., Morosini P.L., Micciolo R. & Fioritti A. (2002). Residential Care in Italy. *British Journal of Psychiatry* 181, 220-225.
- Ferrannini L. (2004). La psichiatria di comunità ed il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. *Psichiatria di Comunità* 2, 69-77.
- Ferrannini L., Commodari E. & Fioritti A. (2003). Il Dipartimento di Salute Mentale: Modelli e Strumenti della Psichiatria di Comunità. In: *Politiche Sanitarie in Psichiatria: Norme, Management ed Economia* (eds. M. Bassi, M. di Giannantonio, L. Ferrannini, C. Mencacci, C. Munizza, L. Petrovich & P.L. Scapicchio). Masson: Milano.
- Fioritti A. (2002). *Leggi e Salute Mentale: Panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Fioritti A., Ferriani E., Rucci P. & Melega V. (2000). Valutazione degli esiti ad un anno di un Programma di Assertive Community Treatment (Pact) a Bologna. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 124, 231-243.
- Goldberg D. (1997). Community Psychiatry in Europe. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 6, 217-227.
- Laugharne R. (2003). Le evidenze scientifiche: la prospettiva post-moderna. In *Evidenze scientifiche per la salute mentale*. (eds. S. Priebe & M. Slade), pp. 33-40. Il Pensiero Scientifico: Roma.
- Leff J. (2002). Nuove sfide per la psichiatria di comunità. *Psichiatria di Comunità* 1, 1-5.
- Livi Bacci M. (2001). Too Few Children and Too Much Family. *Daedalus* 130, 139-155.
- Mc Gorry P.D. & Killackey E.J. (2002). Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 11, 240-247.
- Munk-Jorgensen P. (1999). Has deinstitutionalisation gone too far? *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 249, 136-143.
- Pirfo E. (2004). La cura dei disturbi psichici in carcere come contributo al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Psichiatria di Comunità* 2, 78-84.
- Priebe S. & Turner T. (2003). Reinstitutionalisation in mental health care. *British Medical Journal* 326, 175-176.
- Putnam R. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press: Princeton.
- Sabshin M. (1990). Turning Points in Twentieth Century American Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 147, 1267-1274.
- Salize H.J. & Dressing H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry* 184, 163-168.
- Stein L.I. & Test M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 37, 392-397.
- Taylor P. & Gunn J. (1999). Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry* 174, 9-14.
- Wallace M. (1986). A caring community? The plight of Britain's mentally ill. *Sunday Times Magazine* (May 3), 25-38.
- Warner R. (2002). Early intervention in psychosis: a critique. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 11, 248-255.
- Watts J. & Priebe S. (2002). A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics* 16, 439-454.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Stefan Priebe
Academic Unit, Newham Centre for Mental Health
London E13 8SP
E-mail: s.priebe@qmul.ac.uk