



Terapia di Comunità

Rivista bimestrale di psicologia

www.terapiadicomunita.org

Rivista ufficiale della Comunità Terapeutica **IL PORTO onlus**

Via Petrarca 18 - 10024 Moncalieri (TO)

www.ilporto.org

e-mail: redazione@terapiadicomunita.org

APPUNTI SUL MOVIMENTO DELLE COMUNITÀ IN ITALIA.

Nascita, sviluppi, enfattizzazioni e ridimensionamenti, malefici e malesorti...

Metello Corulli

Con la collaborazione di Leopoldo Grosso, Patrizia Giannini, Livio Sabena.

Anno 16, n.62, Febbraio 2016

Il presente scritto è una versione estesa del Capitolo 1 del volume dal titolo *Comunità terapeutiche per la salute mentale. Intersezioni*, a cura di Malinconico, M., Prezioso, A., pubblicato da Franco Angeli, Milano (2015).

Considerazioni preliminari

Nell'ottobre del 1998, al Convegno svoltosi a Varese sul tema “ Etica, psicoanalisi e comunità terapeutiche”, Robert Hinshelwood tenne una interessantissima relazione dal titolo “ Aspetti etici del lavoro di comunità terapeutica”(R. Hinshelwood, 2001).

Tutto il suo discorso tendeva a mettere in **connessione** i principi del lavoro terapeutico con quelli dell'etica e dell'ingegneria sociale.

Sebbene forme estreme d'ingegneria sociale, pianificate in larga scala in Russia ed in Germania nella prima metà del diciannovesimo secolo, abbiano avuto effetti spaventosi, o forse proprio per questo motivo, dobbiamo interrogarci su come viene pianificato a livello nazionale ed internazionale il prendersi cura della sofferenza psichica, altrettanto come dobbiamo interrogarci sulla organizzazione e modalità terapeutica di ogni singola istituzione, di ogni particolare modello istituzionale e terapeutico per comparare principi e metodi.

Nel lavoro terapeutico individuale è importante comprendere fini e obiettivi della terapia (Sandler J. 1997); in modo analogo, in una comunità terapeutica è importante che siano esplicitati fini ed obiettivi dei terapeuti e la mission dell'istituzione. Nell'organizzazione sanitaria di una nazione, forse più che in altri, nel settore della psichiatria, vengono implicati aspetti clinici della comunità scientifica, aspetti socioculturali, aspetti politici, economici, interessi degli enti gestori, movimenti culturali, ma purtroppo anche movimenti poco scientifici e molto ideologici, possibilità economico finanziarie...

La consapevolezza che molte forme d'ingegneria sociale hanno fatto appello alle migliori intenzioni, per rivelarsi nel corso del tempo disadattate e dannose, ci obbliga a interrogarci per un futuro.

oo

I vecchi ospedali psichiatrici erano molto grandi, nascosti in campagna, divisi dalla comunità sociale da una barriera, con lunghi o lunghissimi tempi di degenza... dunque è sufficiente fare



istituzioni piccole, inserite nel tessuto sociale o sbilanciarci verso le cure ambulatoriali per essere tranquilli di avere realizzato un buon progetto di lavoro clinico e di interesse sociale ?

Chiacchierando con un amico ingegnere strutturista ebbi a chiedergli un giorno quali erano secondo lui i principi, le linee guida di un buon progetto ingegneristico, ed anch'egli pronunciò il termine “**connessione**” tra materiali ed aspetti costruttivi, anche molto diversi tra loro.

Quali sono stati i principi e i valori che hanno pianificato lo sviluppo delle organizzazioni terapeutiche italiane negli ultimi quaranta o cinquant'anni, e vi è stata una reale pianificazione nazionale o molti aspetti di quanto si è costruito e sviluppato sono frutto di battaglie tra movimenti culturali e/o ideologici contrastanti?

Negli anni passati, assieme a molti colleghi e ad associazioni culturali ci siamo posti gli interrogativi di come debba essere costruito ed organizzato un buon modello di comunità terapeutica, e come questo modello debba differenziarsi nella sua organizzazione a seconda delle problematiche psicopatologiche. (Corulli 2005, 2008). Personalmente, ritengo che ci vorrà ancora tantissimo tempo e tantissimo lavoro per approfondire questi aspetti, e per capire come debba essere diversamente articolata la comunità per adolescenti da quella per borderline adulti, e da quella per psicotici, da quella per pazienti cronici... tanto per citare solo alcuni elementi discriminanti.

Il presente lavoro mira invece a ricostruire seppure sinteticamente, l'exkursus storico dello sviluppo delle comunità terapeutiche nella cultura italiana, sia quelle per problematiche psichiatriche sia quelle per problematiche legate alla tossicodipendenza, ma anche un tentativo di descrizione dello sviluppo delle organizzazioni terapeutiche negli ultimi trenta o quaranta anni. Sebbene in realtà più che di una pianificazione, dovremmo parlare di una produzione ricca, a volte perversa, a volte confusa, in un percorso storico caratterizzato da molte posizioni contrastanti.¹

1. La nascita nella cultura internazionale.

Il termine Comunità Terapeutica è stato coniato nel 1946 a Londra da Tom Main.

Alla loro nascita le comunità terapeutiche inglesi sembrano fondarsi sullo studio della convivenza entro lo stesso edificio di due tipologie di popolazioni con background profondamente diversi, pazienti e operatori, impegnati in un lavoro di continua comunicazione: psichiatri con formazione psicoanalitica, in particolare di terapia di gruppo, che avevano lavorato come medici militari durante la seconda guerra mondiale, si occupano degli ex soldati traumatizzati dalla guerra (v. Main T. 1981) Nello scritto di Tom Main il concetto di '**comunicazione**' è sempre fortemente sottolineato “per l'importanza”, e per essere in opposizione all'isolamento.

“A poco a poco divenne un corpo coerente, una comunità nel senso che c'era un libero flusso di comunicazioni tra i pazienti, tra i membri del personale e tra i pazienti e il personale [...]. Medici, personale infermieristico e pazienti divennero consapevoli, nel vivere la realtà, dell'esistenza e della modalità della loro interdipendenza nelle loro reazioni a un comune contesto di problemi [...]. La meta è costituita dalla massima consapevolezza e comunicazioni reciproche; tale meta viene condivisa, nei

¹ Ci scusiamo con il lettore per i dati numerici non così precisi e per molti riferimenti alle vicende del nord Italia, territorio che evidentemente conosciamo meglio.

Il presente lavoro desidera porsi come uno stimolo ad una dialettica che auspichiamo possa generarsi costruttivamente e gli estensori del presente scritto gradirebbero ricevere informazioni, osservazioni, critiche o integrazioni di quanto argomentato.



limiti delle possibilità, da tutti gli interessati e quindi rende l'intero gruppo capace di prendere parte attiva alla propria impresa. Sotto la guida di un leader efficace tale obiettivo è realistico". (Foulkes 1984 p. 21).²

Sarebbe lungo riassumere e descrivere i modelli di "comunità terapeutica" sorti e sviluppatisi a livello internazionale e il lettore troverà diversi lavori in proposito. Basti fondamentalmente ricordare il modello inglese-americano sorto a Londra dopo la fine della seconda guerra mondiale con istituzioni di medie dimensioni (40, 80 pazienti divisi in varie Unità, ciascuna caratterizzata per una tipologia e problematica di quadri psicopatologici), ed il modello francese, sorto negli anni settanta, di appartamenti e piccole abitazioni (6, 8 persone) per pazienti con alti o medi livelli di autonomia.³

Ognuno di questi modelli ha una discreta o lunga storia di studi e teorizzazioni, ma un minimo comune denominatore iniziale: nascono da una reazione ai grandi ospedali dove i ricoverati venivano istituzionalizzati, dove i pazienti venivano passivizzati in un'esistenza anti terapeutica, sovente disumana.

Come tanti autori hanno osservato, si tratta di un grande cambiamento di vertici osservativi, di valori e paradigmi per i quali la malattia mentale non può più essere considerata come un'esistenza da allontanare ed escludere, sia dalla società sia dalla ricerca di terapia, ma piuttosto deve essere affrontata come una condizione umana da studiare, interpretare, della quale prendersi cura, cercando di reinserirla nella vita della collettività.

2. Nascita e sviluppo nella cultura italiana.

La storia delle comunità terapeutiche italiane, pur con numerosi richiami alle primarie esperienze estere e internazionali, ha inevitabilmente dei legami e condizionamenti con il contesto storico: l'evoluzione della psichiatria degli anni '60 che condurrà alla legge 180 nel 1978 e a un lento percorso di chiusura degli ospedali psichiatrici; l'apertura dei servizi pubblici per la tossicodipendenza nella stessa estate del 1978.

Infatti è soltanto negli anni '60 che in Italia cominciano a presentarsi le prime significative esperienze di innovazione nella cura delle malattie mentali, con un tentativo di superare i modelli custodialistici del vecchio manicomio. Ed è soltanto dalla seconda metà degli anni '60 che inizia a svilupparsi un mercato di vendita illegale delle droghe e un utilizzo crescente e massiccio delle medesime.

oo

La prima comunità terapeutica privata in Italia fu fondata nel 1962 a Roma da Fabrizio Napolitani, il quale, durante considerevoli esperienze formative e professionali, prima in Brasile ed in seguito in Svizzera, era entrato in contatto, fra gli altri, con alcuni dei pionieri della Comunità terapeutica, Maxwell Jones e Tom Main, ed aveva trasformato in Comunità Terapeutica a regime di

² Il lettore che ne sia interessato potrà trovare in altri lavori come e quanto nel corso di circa settanta anni si sia discusso e sviluppato un modello organizzativo articolato e diverso di comunità terapeutica, anche sviluppando terminologie cariche di valori semantici e concettuali. (Corulli 2013)

³ Il modello inglese nasce nel 1946 al Cassell Hospital per opera di Tom Main e all'Henderson Hospital per opera di Maxwell Jones.

Il modello francese nasce a Beçanson a La Velotte per opera di Paul Claude Racamier nel 1968.

(per una prima consultazione dei modelli inglese, americano e francese, il lettore può consultare gli articoli di Marta Vigorelli 2006 e 2008).

autogoverno il reparto “Villa Landeg”, in Svizzera, a Kreuzlingen, presso la Clinica Bellevue diretta da Ludwig Binswanger, una delle più antiche cliniche psichiatriche in Europa, struttura di eccellenza fondata nel 1857 e chiusa nel 1980. Grazie a questa esperienza, che si rivelava sul piano clinico sempre più efficace, egli fonda La “Comunità terapeutica di Roma”, che, nei suoi quattro anni di vita fu luogo di incontro e di seminari clinici, restando anche in seguito un riferimento per gli sviluppi del pensiero analitico e gruppale. L’interessante processo di conduzione, basato sull’autogoverno, la forte responsabilizzazione dei pazienti nella quotidianità, un utilizzo moderato dei farmaci, e un modello assembleare e gruppale di gestione e di psicoterapia individuale, fanno della relazione con il paziente e fra i pazienti il cardine comunitario terapeutico innovativo. Purtroppo, il mancato preventivato finanziamento del Ministero della Sanità portò a serie difficoltà economiche e alla chiusura prematura, nel 1966, di questa esperienza in Roma che aveva matrici innovative e avanguardistiche.

In quegli stessi anni Franco Basaglia ed alcuni suoi collaboratori come Lucio Schittar, Agostino Pirella, Giovanni Jervis, Paolo Tranchina avevano avuto modo di conoscere direttamente o indirettamente Maxwell Jones e la sua esperienza della comunità terapeutica. Franco Basaglia e sua moglie erano andati nel 1962 a conoscerlo a Diggleton, nella piccola città scozzese di Melrose ed avevano visitato la comunità terapeutica che egli aveva creato. Franca Ongaro Basaglia si era anche fermata qualche settimana a lavorare come volontaria. .

E tuttavia nelle sue pubblicazioni (Parmegiani, Zanetti 2007) fatte di 121 articoli, 7 volumi e 4 interviste, Franco Basaglia scrive molto poco sia su Maxwell Jones che sull’esperienza delle comunità terapeutiche. (V. Basaglia F. 1965, 1966, 1967, 1968). Nel 1970 Franca e Franco Basaglia scrivono una sintetica biografia di Maxwell Jones per l’introduzione all’edizione italiana del suo libro *Social Psychiatry in Practice* (Jones M. 1968). La sociologa Maria Grazia Giannichedda, (Gianichedda, M.G., 2005) amica dei coniugi ed attuale presidente della Fondazione Basaglia con sede a Venezia, spiega molto chiaramente come Basaglia fosse interessato a distruggere i manicomi e a non creare nuove istituzioni. Era molto affascinato dall’amicizia con Jean Paule Sartre e da principi di libertà assoluta: i malati dovevano essere liberi e non entrare in un nuovo modello di sudditanza relazionale con gli psichiatri. Così quando nel 1961 inizia a dirigere, aprendolo all’esterno, il Manicomio di Gorizia, il termine “comunità terapeutica” non sta a significare la nascita di una *casa di vita e di terapia* in quanto replica del modello inglese; viene utilizzato per connotare semanticamente una gestione assembleare dell’ambulatorio, che permetta ai pazienti di esercitare un vero potere rispetto al potere medico.⁴

Maxwell Jones aveva assunto la direzione di Dingleton nel 1962 e aveva iniziato da subito ad incoraggiare i pazienti a lavorare nel mondo reale, fuori dall’ospedale; si tenevano riunioni e discussioni quotidiane, con una assemblea generale di tutto l’ospedale il venerdì. “Il progetto di Maxwell Jones metteva in discussione il ruolo specifico di medici, infermieri e pazienti. Si proponeva di creare rapporti autentici, umani, tra tutti coloro che stavano dentro l’ospedale” (Foot J. 2014, p. 87).

Tra il 1963 ed il 1964, e fino alla chiusura nel 1972, si situa l’innovazione e l’apertura all’esterno del Manicomio di Gorizia, realizzata da Franco Basaglia, caratterizzata più dalle ‘ispirazioni’ delle comunità inglesi che dalla loro concreta realizzazione e terapeuticità.

⁴ (v. Appassionato dibattito dell’ equipe di Gorizia sulla comunità terapeutica del 27 novembre 1967 in L’ istituzione negata p. 169-175). Il tema verrà ripreso anni dopo, nel 1980 a proposito del potere dell’ assemblea generale dell’ ospedale psichiatrico di Arezzo (v. Maurizio Ferrara, Paolo Tranchina: Teoria, prassi utopia nell’ assemblea generale dell’ ospedale psichiatrico di Arezzo, in Fogli di Informazione n. 70, dicembre 1980, pag. 367 – 377).

Scrive Foot che “Il modello di Dingleton non fu importato tale e quale (...). Le assemblee generali di Gorizia (...) erano molto diverse da quelle di Dingleton (...) non vanno confuse con quelle che rientrano nel modello di comunità terapeutica di Maxwell Jones e dei suoi seguaci. Le assemblee di Basaglia erano disorganizzate, senza controlli, aperte all’ira, alla passione e all’irrazionalità. Erano tutto fuorché dei luoghi ‘sicuri’ per l’espressione ‘controllata’ dei problemi interpersonali ed interpsicologici”. (Foot, J., 2014, pag. 99).

L’esperienza innovativa della comunità terapeutica, nei suoi aspetti culturali, clinici e sociali, cede il passo a un indirizzo che si fonda sulla priorità della lotta contro le vecchie istituzioni manicomiali, l’enfaticizzazione del concetto che “la libertà è di per sé terapeutica”⁵, il massimo investimento sulla terapia ambulatoriale, il rifiuto degli psichiatri di collaborare al “controllo sociale”. E la cultura della comunità terapeutica perde nella psichiatria del Servizio Pubblico la sua potenzialità di trattamento, fortemente innovativa.

L’analisi che Basaglia fa dell’esperienza della comunità terapeutica sembra portarlo in definitiva a svalutarla e rifiutarla, e così è rimasto nella cultura dei suoi seguaci.

Negli stessi anni una seconda esperienza autentica di Comunità Terapeutica italiana è invece quella di Diego Napolitani, fratello di Fabrizio. Anch’egli aveva partecipato alla esperienza a Kreuzlingen, presso la Clinica Bellevue e nel 1965 fonda a Milano la Comunità Terapeutica Omega, struttura privata, e subito dopo, nel 1967, viene chiamato a dirigere, nel Servizio Pubblico, il Centro di Socioterapia Villa Serena. L’esperienza clinica è notevole, e la responsabilizzazione e l’autonomia dei pazienti si spingono molto avanti: come egli ci ricorda nel suo scritto “Di palo in frasca”, persino la guardia notturna è affidata agli utenti organizzati in piccole squadre, con una reperibilità telefonica degli operatori. Gli elementi caratterizzanti sono indubbiamente un importante cambiamento del tradizionale rapporto medico-paziente (tradizionalmente appiattito da una strutturazione gerarchica), le occasioni di ri-apprendimento sociale e formativo, le attività terapeutiche gruppalmente frequenti e quelle assembleari di gestione quotidiana. È quasi un peccato che Diego Napolitani abbia dedicato a descrivere la sua esperienza solo quattro pagine (Napolitani D. 2006) ove narra anche le accese discussioni avute con Basaglia:

“La sloganistica basagliana corrispondeva esattamente a quella delle milizie rivoluzionarie dell’epoca che declamavano “lo stato borghese non si cambia, si abbatte”. Ricordo le mie discussioni appassionate con Franco Basaglia e il mio sostenere che il problema manicomiale andava prima di tutto affrontato dando alle istituzioni, che dovessero accogliere comunque persone bisognose di un appoggio istituzionale, una loro precisa specialità. Era assurdo che negli stessi reparti bivaccassero indifferenziatamente cerebropatici, mutolesi, epilettici, dementi senili e giovani psicotici o addirittura nevrotici. Egli mi rispondeva che questa era la leva sulla quale il suo movimento contava per “abbattere” e non “cambiare” il manicomio. Intanto la sua falsa coscienza lo portava a indirizzare alle mie comunità i pazienti che privatamente lo consultavano, o che a suo giudizio necessitavano appunto di una mediazione istituzionale per un programma terapeutico. La nostra iniziale collaborazione divenne ben presto scontro aperto che si è concluso con una vicenda grottesca”. (Napolitani D. 2006, p. 170).

Nelle pagine seguenti l’autore narra la “vicenda grottesca”: Diego Napolitani ed altri sui collaboratori come un giovane psichiatra Enrico Pedriali, vengono scritti sul libro degli indagati per il decesso di una paziente ospitata presso la Comunità Omega. Una notte, alla paziente che

5 Erano gli anni in un c' erano slogan tipo “la creatività al potere”; “la scuola agli studenti, il potere agli operai” etc.



fumava tantissimo cade dalle mani una sigaretta accesa ed il materasso prende fuoco; la paziente muore - all'epoca non esistevano ancora i materassi ignifughi. Franco Basaglia, nominato consulente tecnico di parte dai familiari della vittima, declama in aula di tribunale: "Diego Napolitani è il Pinochet della psichiatria". E così s'interruppe l'amicizia.

Chi ha conosciuto personalmente Franco Basaglia e Diego Napolitani, ha avuto occasione di incontrarli nel corso di conferenze o convegni, sa bene come fossero due personaggi molto colti, ed anche molto carichi di ideologismi e narcisismi. Comunque due professionisti legati a background culturali molto diversi: l'uno alla psichiatria fenomenologica e sociale, l'altro alla cultura psicoanalitica.

Si può dire che la vita della Comunità Omega rappresenti bene come già allora i problemi fossero rappresentati molto dalla pratica clinica e dalla partecipazione e risposta ai trattamenti da parte dei pazienti, ma anche molto dalle questioni burocratiche e amministrative.

Collegare gli inserimenti in struttura a un Convenzione con la Regione Lombardia, rese infatti subito evidente che gli elementi innovatori del sistema comunitario, che erano alla base dell'impegno dei fondatori, della cultura teorica di matrice anglosassone, dell'investimento verso nuove proposte di trattamento, della formazione e della competenza multi variegata degli operatori chiamati a lavorarvi, tutto questo veniva a doversi assoggettare e a perdersi nei meandri della omologazione secondo norme della burocrazia italiana. È lo stesso Napolitani a descriverci come la Comunità fu omologata alle Case di Cura, alle loro normative e ai parametri riguardanti il personale e le utenze, perdendo le proprie peculiarità, e alterando l'atmosfera d'impegno e di ricerca esperienziale, portando alla sostituzione di collaboratori qualificati secondo lo spirito clinico e culturale della Comunità terapeutica con personale infermieristico.

E sempre l'autore ci descrive, trattando questioni ancora oggi così aperte e delicate, come i ritardati e irregolari pagamenti delle rette da parte della Regione causarono la chiusura per dissesto finanziario della Comunità Omega nel 1976.

Il centro socio terapeutico Villa Serena non è meno rappresentativo di tematiche ancora oggi in sospeso riguardo il rischio dell'ingerenza di un primato dell'economia sulla clinica. Criteri e parametri assistenziali, argomentazioni di efficienza puramente numerica non si conciliano alla *action-research* senza soluzione di continuità che da sempre caratterizza l'idea e la premessa teorica della Comunità terapeutica a matrice psicoanalitica. Il Centro, che pure era stato un riferimento seminariale e culturale, perse la sua autonomia venendo inglobato come uno degli altri reparti dell'Ospedale, e Napolitani ed il suo gruppo di colleghi si dimisero (G. Pietropoli Charmet, 1982).

oo

Ma tornando al percorso culturale e politico di Franco Basaglia e del movimento da lui guidato, leggendo un suo lavoro del 1967, *Che cos'è la psichiatria*, trascrizione di un dibattito tenutosi a Parma (Basaglia F. 1973), possiamo osservare come numerose volte il modello della comunità terapeutica è da questi indicato come uno strumento affinché la psichiatria esca dalla schiavitù di almeno tre nemici:

- l'enorme castello di classificazioni, sottoclassificazioni, precisazioni e bizzantismi nosografici.

- l'istituzionalizzazione dei ricoverati, che li porta a vivere in modo passivo ed alienante.
- il ruolo autoritario del medico e dell'infermiere.

Tuttavia nel corso della conferenza, più volte Franco Basaglia ripete: “quello della comunità terapeutica può essere considerato un passo necessario (...) non può essere considerato la meta finale verso cui tendere, quanto piuttosto una fase transitoria in attesa che la situazione stessa si evolva in modo da fornirci nuovi elementi di chiarificazione”. (...) “potrà rappresentarne uno degli aspetti contraddittori per la cui soluzione si dovranno impostare ed inventare nuovi tipi di approccio e nuove strutture terapeutiche”.

Basaglia dichiara di apprezzarne il carattere di comunità e non di agglomerato, ma afferma che è difficile “comprendere ed illustrare il carattere di terapeuticità”.

Ma a distanza di solo un anno, in un testo che diventerà famoso, i toni sono molto più accesi. La sentenza del 1968 dichiara: “Rifiutiamo di proporre la comunità terapeutica come un modello istituzionale che verrebbe vissuto come la proposta di una nuova concezione tecnica risoltrice di conflitti” (Basaglia F. 1968. *L'istituzione negata*, pag. 149). Supportata anche dalle dichiarazioni del giudice a latere Lucio Schittar : quel modello è un “fallimento” (Schittar L. 1968, pag. 168). Il rovesciamento del manicomio attraverso il modello della comunità terapeutica era dunque del tutto insufficiente, puro riformismo da conservatori.

Comunque nel 1969 Franca e Franco Basaglia fecero un nuovo viaggio di studio in Inghilterra: visitarono Kingsley Hall, fondata nel 1965 da Ronald Laing, con David Cooper, Aaron Esterson ed altri: un grande spazio comunitario nella zona est di Londra che, a differenza delle comunità aperte da Main o Jones, non si proponeva di offrire cure⁶. L'esperimento stava già per chiudere e i coniugi Basaglia incontrarono Mary Barnes, una “paziente-artista” e lo psichiatra Joseph Berke.

Ma ancora una volta Basaglia si mostrò scettico sull'effettiva portata sociale e politica del lavoro di Laing e sulla sua pretesa di operare fuori del sistema. Sia ne *La maggioranza deviante* del 1969 che in *Crimini di pace* del 1975 anche le comunità di accoglienza e ampia libertà di vita dei pazienti proposte ed ideate da Laing e Cooper sono giudicate “insufficienti”.

Sembrerebbe che per Franco Basaglia ogni collega che si limitava a pensare un nuovo modello istituzionale che sostituisse il manicomio, anche senza proposizioni di terapia, sarebbe diventato un nemico da abbattere. E un ultimo scontro significativo si verificò nel 1978 con Mario Tobino, apprezzato scrittore e psichiatra che fu primario del reparto femminile dell'ospedale psichiatrico di Maggiano (Lucca) dal 1942 al '56, anno in cui assunse la carica di direttore dello stesso ospedale, ricoprendola fino al 1980. Egli argomentava nei suoi libri e nei suoi articoli in merito alla necessità di istituire delle strutture, delle comunità, che potessero accogliere coloro che si sarebbero trovati ad avere ancora bisogno di cure, conseguentemente a quella che sembrava porsi come una profonda e necessaria riforma degli ospedali psichiatrici. Le sue riflessioni furono lo spunto per una seconda e nota controversia con Basaglia.

L'auspicio di Tobino, di graduali riforme che potessero trasformare profondamente e dunque innovare le istituzioni psichiatriche si scontra infatti con la “necessità”, prima di tutto politica, di

⁶ Sugli intenti della Philadelphia Association, sempre fondata da Ronald Laing, e sulla storia della Kingsley Hall (1965-1969) il lettore potrà trovare una breve descrizione nel lavoro di Foot J. P. 91-94.

“negare l’istituzione” portata avanti da Basaglia. Per Basaglia occorre abbattere l’istituzione coercitiva e alienante del manicomio, ponendo così egli l’accento sull’istituzionalizzazione come l’elemento antiterapeutico per eccellenza. In contrapposizione, Tobino riteneva che ogni paziente avesse certamente il diritto di esprimere se stesso, che questo aspetto fosse fondamentale per un miglioramento o per la ‘guarigione’. Ma la non possibilità di esprimersi di molti malati mentali non fosse imputabile soltanto all’istituzionalizzazione manicomiali, ma alla cattiva gestione del malato, alle modalità di utilizzo dei farmaci quando vengono asserviti pesantemente al controllo dei sintomi, alla cattiva competenza e sensibilità del personale che se ne occupa, alla scarsa attenzione posta alla persona e alla sua evoluzione. Tobino crede nella Comunità terapeutica, come luogo innovativo che possa creare un’atmosfera di comprensione e di riadattamento sociale, “che attui la guarigione medica e la guarigione sociale”. Basaglia la rifiuta in quanto “istituzione” anch’essa, comunque portatrice di una ideologia controllante, di una nuova forma di potere degli psichiatri sui pazienti.

Circa un mese prima della Legge 180, nel maggio 1978, Tobino pubblicava un proprio articolo su *La Nazione*: “Lasciateli in pace, è la loro casa”. Egli si dimostrava preoccupato di una legge che era stata formulata sulla base di una ideologia retorica poco collegata alla realtà dei malati e delle loro famiglie. Un’istituzione distrutta e non invece riformata, senza la costruzione di alternative valide, pensate realisticamente e sensibilmente, può far sì che coloro che dovrebbero beneficiare di una nuova legge possano invece subirla, sentendosi abbandonati alle proprie famiglie impreparate. Pochi giorni dopo, Basaglia, nel suo discorso di chiusura alla Manifestazione di Pisa su “Cinema, emarginazione, violenza e antipsichiatria”, con alcune frasi riportate poi in una sua intervista sul quotidiano *Paese Sera*, risponde senza cercare e lasciare dialettica alcuna, bollando Tobino di asservimento all’ideologia del potere borghese, e misconoscendo le sue velleità d’innovazione della psichiatria italiana:

“Tobino parla di ‘carità continua e aspetto umano’. Quale significato reale hanno oggi queste espressioni? Nessuno. Il discorso è politico e Tobino non lo affronta. Anzi finge di non affrontarlo poiché tutta l’impostazione del suo articolo è politicizzata al massimo(...). La psichiatria è la scienza che serve al potere per controllare la persona emarginata. (...) Il rapporto già fragile di molta stampa fra informazione e disinformazione si squilibra a svantaggio della seconda quando si affidi alla penna cechoviana di uno scrittore l’analisi di un ambiente che in realtà è la tesi dell’ideologia dominante. Oggettivamente il suo scritto rende un grosso servizio al potere. (...) Nella realtà del manicomio non c’era da avere pietà e compiacersi della sofferenza ma soltanto lavorare duramente per abbattere giorno per giorno quei muri”.

La seguente e veloce replica di Tobino sempre su *La Nazione*, dove respinge le accuse di essere uno strumento del potere capitalista e dove rivendica una più acuta e meno politicizzata visione della malattia mentale, sancisce la frattura insanabile fra le posizioni dei due psichiatri:

“Quello che nettamente mi divide da lui è che io credo, ho incontrato, ho partecipato, ho sofferto della follia, (...) lui non ci crede, dice che non esiste, sono i padroni che hanno tirato su i manicomi per tirarvi dentro i diversi, i disturbatori del loro dominio, metterli dentro e farli diventare matti”.

La Legge 13.5.1978 n.180, e la successiva Legge 833/78 che ne accoglieva gli elementi istituendo il Servizio Sanitario Nazionale non parla di comunità terapeutica. Sancisce una gestione complessa a organizzazione territoriale, con competenza Regionale e non provinciale, e prevede che la centralità dell’intervento passi dal manicomio ai servizi psichiatrici territoriali.

Le strutture psichiatriche di ricovero sono collocate all’interno degli ospedali generali con la creazione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) con un massimo di 15 posti letto;



inserita la psichiatria nell'ambito sanitario i pazienti conservano pieni diritti politici e civili costituzionali, e lo sguardo su di essi non ha più come principale riferimento la loro possibile pericolosità sociale.

Ovviamente la valutazione di questo radicale cambiamento è diversa: molti sottolineano i valori di questa legge, altri segnalano criticamente il peso che si è abbattuto sui familiari, i tassi di suicidio tra gli ex degenti, il dramma della "residualità manicomiale", e l'incuria nella quale sono stati abbandonati gli edifici che ospitavano le vecchie istituzioni, senza tenere conto del loro valore storico e "artistico".

Negli stessi anni, comincia a diffondersi la problematica della tossicodipendenza. La legge 685 del 1975 ed i decreti legislativi Tina Anselmi del giugno 1978 promuovono la nascita dei servizi per tossicodipendenti, e lo sviluppo di due distinte modalità di intervento contrapposte e poco collaboranti: i Ser.T. ed i D.S.M..

Nell'estate del '78, esattamente nello stesso periodo cambia la vita dell' Ospedale Civile: quasi ogni ospedale apre un reparto di quindici posti letto per i pazienti psichiatrici ed un ambulatorio per la distribuzione del metadone per i tossicodipendenti. I Servizi per la psichiatria e quelli per le tossicodipendenze cominciano a trovare una sede nel territorio. Ma i servizi per le tossicodipendenze iniziano fin da subito a inviare i ragazzi più problematici e rovinati anche fisicamente presso "comunità d'accoglienza". Gli operatori dei Ser.T. già dopo pochi mesi nell'autunno del '78, iniziano ad avvalersi del contributo delle prime comunità per persone tossicodipendenti, appartenenti a un universo eterogeneo, composta prevalentemente dalle comunità aperte da alcuni "preti di strada", le comunità di lavoro, ma anche da alcune organizzazioni "settarie".

La classe medica italiana ha ritenuto scomodo occuparsi a livello di medicina di base di tali problematiche, e ha accolto di buon grado la delega ai neonati servizi specialistici.

La psichiatria, nel suo complesso si è rifiutata – all'inizio dell'epidemia di consumo delle più svariate sostanze (non solo l'eroina che presto farà la parte del leone tramite il consumo per via endovenosa) – di considerare tale comportamento come una patologia di chiara pertinenza psichiatrica, arrivando spesso a stigmatizzarlo solo moralisticamente. Tale approccio finiva, in breve tempo, per colludere con il riduzionismo di buona parte della classe politica e dell'opinione pubblica italiana. Il fenomeno veniva sempre più connotato come "vizio" dai contorni esclusivamente sociali (Cazzullo C.L. 2004).

oo

Forse il lettore si chiederà il perché di questa lunga disanima di aspetti di storia della psichiatria italiana che attraversano il ventennio 1960 – 1980, ma a chi scrive appare curioso come in pochi anni questi interessanti o noiosi dibattiti tra posizioni divergenti a proposito dell'importanza e del significato della comunità terapeutica siano andati dimenticati. Spesso in tanti convegni sulle comunità terapeutiche, relatori anche colti e importanti attribuiscono a Franco Basaglia la nascita e lo sviluppo delle comunità terapeutiche in Italia, senza valutare quanto egli si sia opposto, e per molti motivi diversi, a questa tipologia di istituzione. Forse è naturale che l'idealizzazione di un "maestro" trascini con sé anche il "diniego della realtà" storica.

Franco Basaglia aveva certamente conosciuto le caratteristiche di base delle comunità terapeutiche, anche se in un'epoca storica in cui molti aspetti teorico-culturali, e di tecnica del trattamento, non erano ancora stati sviluppati come è in seguito accaduto, negli ultimi quaranta anni. Era stato amico di Maxwell Jones, ma aveva disprezzato questo modello di lavoro e fatto solo un uso strumentale della terminologia.

Un conflitto culturale di cosa sia di maggiore utilità per i pazienti psichiatrici è tuttora vivo e alcuni seguaci di Basaglia, ancora più “rivoluzionari” del Maestro, ne sono l’attuale prosieguo ideologico.

Peppe Dell'Acqua, ex Direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste, in un articolo pubblicato sul Sole-24 Ore Sanità n.5 / 2013 “spiega” come le strutture residenziali in psichiatria siano “sempre più inutili, dannose e costose” e persino responsabili del malfunzionamento della psichiatria “ pubblica”. Tralasciando altre colte analisi del prof. Peppe, che il lettore potrà trovare facilmente tramite internet (www.triestesalutementale.it/letteratura/testi), ed altre sue opinioni, ci sembra importante dar conto della sua ostilità sia verso i vecchi OPG, sia nei confronti delle REMS (Residenze per l’Esecuzione della Misura di sicurezza Sanitaria), attualmente in fase di apertura:

“È banale dire che se sono cardiopatico e commetto un reato non vado in ospedale cardiologico giudiziario, ma mi curano in carcere o con altre misure che sono previste e prevedibili”. (...) “ Gli OPG rispondono all'idea di bonificare le persone, che è del tutto sbagliata; se un cittadino con disturbi commette un reato efferato deve essere valutato per quello che ha fatto e la punizione deve avvenire come avviene per qualsiasi altro cittadino”. “Abbiamo cancellato la parola istituti e usato residenza, una questione di pudore. Tutte le residenze sono dei luoghi infernali con costi enormi per la comunità locale: ogni persona che sta in una residenza costa fino settemila euro al mese. L'alternativa alle REMS sono i servizi dei centri di salute mentale (...) Dobbiamo smettere di pensare alla malattia concentrandoci sulla vita del malato. Con i soldi spesi per rinchiuderlo in una casa terrificante si possono sostenere un lavoro, un accompagnatore o delle cure eccentriche come il nuoto o il trekking. Le REMS sono luoghi di non cura per definizione, la cura passa per il lavoro in una comunità, dall'inserimento nei luoghi di vita”⁷.

Il Prof. Dell’Acqua si è anche più volte dichiarato contrario al principio di non imputabilità per chi soffre di una malattia mentale (un principio formulato nella storia della psichiatria dal prof. Bianchi nel 1856 e che ha avuto una “lieve” rilevanza nella storia della cultura internazionale e mondiale); secondo Dell’Acqua è importante che chi si rende responsabile di un grave reato sia in prima battuta punito con il carcere e che venga “archiviato” questo “strano” principio in base al quale si valuta la capacità di intendere e/o volere al momento in cui il cittadino ha compiuto il reato, ed al momento in cui siede in giudizio⁸.

Praticamente nessun psichiatra del movimento di Basaglia ha mai cercato di promuovere o sviluppare un qualche modello di *comunità terapeutica*.

7 Intervista a Radio Zammù, emittente dell'Università di Catania, del 26 luglio 2014.

8 Si tratta di un principio che ha avuto ed ha una 'lieve' importanza storica e che il prof. desidera sia archiviato: previsto nel Diritto Romano, in aderenza alla dottrina ipposocratica; accolto dalla Legislazione giustiniana; dal Codice napoleonico del 1810 art. 64; dal Codice penale per gli Stati di S.M. Il Re di Sardegna del 1859 art. 94; dal Codice Zanardelli del 1889 art. 46, 47,51....



La mappatura cronologica delle “comunità terapeutiche” italiane che segue è necessariamente incompleta ed è relativa agli anni 1960 - 1997.⁹

Comunità per tossicodipendenti

- 1969 Comunità Incontro Don Piero Gelmini
pedagogico religiosa
1971 Centro Italiano Solidarietà (CeIS) Don M. Picchi
Pedagogico

- 1974 Gruppo Abele Don Luigi Ciotti
Murisengo (Ivrea) Pedagogico
1974 Cascina Verde
pedagogico-terapeutico
1978 San Patrignano Vincenzo Cuccioli
pedagogico disciplinare

- 1981 Saman di Mauro Ristagno
Pedagogico
1982 Città della Pieve (Roma)
pedagogico pubblico con privato sociale
1983 Pratolungo (Ferrara)
terapeutico pubblico

psichiatrici

- 1984 Crest
terapeutico privato imprenditoriale
1984 Exodus Don Mazzi
pedagogico disciplinare
1984 Emmaus Abbe Pierre
Accoglienza
- 1985 – 2013 Il Cammino Roma
terapeutico pubblico
 - 1985 Narconon di Ron Hubbard
accoglienza (setta)
- 1986 Patriarche Lucien J. Engelmajer
Pedagogico (setta)
1987 Mondo X Padre Eligio Gelmini
Pedagogico religioso (setta)
- 1989 – 2004 Marzaglia Modena

Comunità per pazienti psichiatrici

- 1963 –1965 Comunità Terapeutica di Roma
Fabrizio Napolitani
1965-1976 Comunità Omega (Milano)
Diego Napoletani
1967-1972 Villa Serena (Milano)
G.P. Charmet

- 1973-1981 Comunità Daily Genova
G.D. Montinari

- 1980 Comunità Maieusis (Capena)
I. e M. Caltagirone

- 1983 Il Porto onlus per (Torino) per
tossicodipendenti e per disturbi

- 1989 La Reverie Capena (Roma)
1989 Ville san secondo Moncrivello
1990 Redancia (Varazze)
-

⁹ Gli scriventi si scusano anticipatamente se alcune istituzioni di rilievo sono state dimenticate e prega di inviare una mail di segnalazione, in modo che un'eventuale successiva pubblicazione possa essere più completa. mettelloc@altervox.it



pedagogico pubblico

1991 Comunità Raymond Gledhill

(Roma)

- 1992 I laudari
accoglienza (setta)
1993 Lucignolo Rivoli (Torino)
terapeutico pubblico
-

Oltre al fatto che crediamo appaia evidente al lettore come il numero di comunità per tossicodipendenti sia particolarmente elevato, si è così caratterizzata una particolare situazione in Italia:

Per i pazienti in acuzie

- Gli ospedali civili ospitano reparti per un massimo di 15 posti letto per la psichiatria per tempi di degenza molto brevi. Ed anche, separatamente, servizi ambulatoriali di distribuzione metadone per i tossicodipendenti.
- Per tempi di degenza più lunghi, fino a quaranta giorni i pazienti psichiatrici sono ospitati in cliniche psichiatriche convenzionate. Ma una percentuale del 20% dei posti letto delle cliniche psichiatriche, in diverse regioni, sono stati riconosciuti come “terapia estensiva”, fino a sei mesi di degenza.

Per i pazienti in sub acuzie:

- Le comunità per tossicodipendenti sono state utilizzate dai Servizi pubblici per le tossicodipendenze fin dal 1978. Sono in parte comunità di accoglienza nate da associazioni religiose e in parte “sette”, opera anch'esse di religiosi e di laici.
- Le comunità per pazienti psichiatrici sono state utilizzate dai Servizi pubblici per la psichiatria solo dagli anni '90.
- Pochissime comunità sono gestite direttamente dal Servizio pubblico. In prevalenza sono comunità alloggio per pazienti psichiatrici anche gravi con poche ore di presenza di personale, e una doppia gestione da parte del personale del servizio pubblico e di cooperative.
- Impossibile dire quante istituzioni vi siano sul territorio nazionale, quanti pazienti vengano assistiti, quali e quante siano di un livello clinico terapeutico e culturale di eccellenza e/o di livello medio alto; forse venti, forse trenta o quaranta...

Non esiste una mappatura nazionale. La segreteria scientifica della Comunità Il Porto Onlus creato un sistema informativo www.serviziopsichiatritossicodipendenza.org che attualmente offre informazioni per sei regioni.

3. Il bisogno italiano di coniare nuovi termini (?)

Con il 1978, dunque, un significativo cambio di indirizzo o (se si vuole usare un termine di un noto filosofo della scienza – Thomas Samuel Kuhn, nel 1962) di paradigma scientifico: abbandonare il più possibile quelle che Michel Foucault ha definito *eterotipie* (luoghi dell' altrove) per costruire un possibile circuito virtuoso di miglioramento, socializzazione, terapia, *recovery*.

I cambi di paradigma sono necessariamente operazioni molto complesse che richiedono lunghi periodi storici, nascita di nuove professionalità (per abbandonare le precedenti), cambi di principi e valori di riferimento, nuove terminologie, nuovi modelli operativi...: pensate come sia stato complesso in ogni cultura il periodo in cui gli uomini hanno lentamente smesso di costruire le abitazioni da soli o in proprio ed è nata la professione degli architetti, ingegneri, imprese edilizie...

Probabilmente sarebbe ragionevole sostenere che mentre l' indirizzo del paradigma di un tempo era monotematico, aveva un solo binario (isolamento dal mondo sociale), il paradigma attuale ha molti binari, molti indirizzi:

- periodo di forte isolamento passivo = ricovero in SPDC o Clinica psichiatrica
- periodo di semi isolamento attivo ed il meno possibile passivo = comunità terapeutica
- periodo di semi reinserimento sociale = comunità alloggio
- periodo di effettivo reinserimento sociale = gruppo appartamento, day hospital, terapia ambulatoriale

La descrizione potrebbe apparire abbastanza ragionevole, ma non tiene conto di tutti i soggetti che non hanno un percorso di recupero e si stabilizzano in uno stato di cronicità. Ma il termine "cronico" in psichiatria è quasi negato, poco usato sia nei convegni sia nel lavoro terapeutico tra colleghi: come se fosse inaccettabile che una fetta dei pazienti non riescano a guarire e riescano soltanto a raggiungere una certa stabilità di vita, in una condizione ridotta di autonomia. Non utilizzando tale termine, è arduo rintracciare in tutta Italia - se non in un numero molto ridotto - istituzioni che dichiarino ufficialmente di occuparsi di cronici stabilizzati.

Curioso che nella cultura italiana il termine storico più significativo, più carico di valori semantici (**comunità terapeutica**) sia stato praticamente abbandonato o posto in un angolo, oppure profondamente manipolato e svuotato di contenuti culturali, rispetto a quelli della cultura anglosassone. Con esso anche molti termini che caratterizzano la storia di questo genere di istituzioni in altre nazioni sono stati trascurati, abbandonati o manipolati (Corulli M. 2013), e la cultura italiana ha praticamente coniato una nuova terminologia, una polisemia confusiva e/o creativa ed un destino. E, più recentemente, nei documenti Age.Na.S. si è giunto a utilizzare gli acronimi.

Proveremo a illustrarne alcuni.

Comunità di accoglienza.

Un termine che è stato principalmente utilizzato nell'ambito della tossicodipendenza tra gli anni settanta e ottanta.

In principio era solo Comunità di comunione per i cattolici, e di condivisione come strumento di lavoro. Un termine comunque rispettoso anche dell'etimologia dal latino: con un dono reciproco (*cum munus*) può nascere una cinta di difesa, un muro del villaggio che protegge tutti dagli attacchi del mondo esterno (*cum moenia*). E dunque anche un certo isolamento costituisce un valore positivo.

Inizialmente, per molti gruppi cattolici di base, fare Comunità corrispondeva soprattutto alla proposta-progetto di vivere insieme, per fare un cammino in comune, fianco a fianco, caratterizzato da uno stile di vita che mettesse in pratica i valori di prossimità in cui ci si identificava. Non a caso molte comunità hanno allora voluto qualificarsi come comunità di accoglienza, in cui, il dare



ospitalità all'Altro, al Diverso, all'Emarginato, costituiva l'occasione di mettere in atto e di incarnare i principi su cui si era aggregato il gruppo che voleva rendersi operativo. La Comunità era una scelta di comunione di coloro che, con molte idealità e con molta disponibilità, accoglievano come compagni di strada nella propria casa chi stava male ed era sofferente, e ne facevano un proprio progetto di vita. Crediamo che questo sia stato l'indirizzo che ha mosso e guidato una persona così straordinaria come Luigi Ciotti nei primi anni di vita della sua organizzazione sociale "Gruppo Abele": il fratello che sta meglio si occupa del fratello che sta peggio.

Comunque da circa gli anni 90 il termine "comunità di accoglienza" è caduto in disuso.

Comunità di lavoro

Nello stesso periodo degli anni 70, alcune comunità di accoglienza si caratterizzavano per un'attività agricola in campagna e per l'attività lavorativa. Anche di questo secondo genere d'istituzioni non se ne sente più parlare.

Comunità leggere, Comunità alloggio, Gruppi appartamento

La residenzialità "leggera" costituisce il tipo di istituzione che si è probabilmente maggiormente diffuso sul territorio nazionale negli ultimi dieci anni, in modo particolare con la conduzione di referenti del servizio pubblico e la gestione di cooperative di educatori. Attualmente sembrerebbe in tipo di istituzione preferita dai Servizi pubblici.

L'utenza degli appartamenti a convivenza guidata a maggiore o minore copertura di presenza educativa, è rappresentata da persone che avendo alle spalle non anni ma decenni di problemi psichiatrici o di utilizzo di sostanze psicoattive, hanno tendenzialmente perso per strada i legami familiari (della famiglia di origine e di quella acquisita), fanno fatica, se la posseggono, a gestirsi una domiciliarità in assenza di lavoro, di reddito e spesso sopraffatti dalle malattie, droga correlate. L'intervento di supporto alla domiciliarità si rivela indispensabile anche per ottenere una maggiore compliance alla cura sanitaria, sia per la dipendenza ancora attiva, che per le altre malattie sopravvenute. Accanto al servizio di residenzialità leggera vengono a volte abbinati interventi socio-educativi di accompagnamento-inserimento in attività diurne.

Evidentemente la spesa sociale per il soggetto inserito in questo genere di istituzioni è più basso di quello delle comunità terapeutiche ad elevata intensità. Sovente, non altrettanto evidente è l'utilità terapeutica.

Le criticità sono comunque numerose:

- In tante regioni italiane non è ancora stato effettuato un accreditamento e pertanto manca un elenco ed una definizione della identità.
- I livelli di assistenza sono molto bassi.
- Sovente convivono persone con problematiche molto diverse: forme gravi di disturbi psichiatrici (per le quali si potrebbe ancora tentare un percorso terapeutico), cronici stabilizzati, handicappati di origine genetica...
- Oppure come nel caso recente (febbraio 2016) della comunità di Borgo d'Ale dove i pazienti venivano picchiati e percossi, nello stesso edificio vi erano quattro unità per pazienti psichiatrici, anziani, alzheimer...

La lamentela più frequente che sente narrare chi lavora nel settore è che con il modello di collaborazione pubblico-privato sovente adottato, in realtà le cooperative di educatori sono



abbandonate a se stesse dai colleghi referenti del pubblico, assenti o raggiungibili solo telefonicamente.

Questo tipo d'istituzioni potrebbero essere utilizzato in modo positivo, come secondo o terzo step, dopo un primo periodo in comunità terapeutiche o ad alta intensità. In senso negativo, possono diventare – **e sovente sono diventati** - i “nuovi piccoli manicomi” caratterizzati da solitudine, isolamento, passività, abbandono quando vi vengono inseriti pazienti molto gravi, affetti da una attiva sintomatologia, o pazienti cronici stabilizzati in una vita passiva.

Per non trascurare i casi di gruppi appartamento in cui sono stati inseriti un po' di casi di sub-acuzie ed un po' di casi di cronici, anche qualche caso di tossicodipendenza e qualche caso di sub-normale.

Equipe di lavoro senza una leadership, “insalate” di psicopatologie le più eterogenee...

Comunità “ terapeutiche “ per tossicodipendenti.

La qualificazione di “terapeutica” – nell'ambito delle istituzioni per la tossicodipendenza – si è sostituita a quella di comunità di accoglienza, differenziandosene, allorché venne introdotto in Italia il progetto nord-americano Day-Top, che don Mario Picchi traduce nel Progetto Uomo delle comunità del Ceis, e che successivamente si federeranno nella FICT (Federazione Italiana Comunità Terapeutiche). Diversamente dalle comunità di accoglienza finalizzate ad accompagnare le persone come momento di sostegno e riflessione sulle scelte della propria vita fornendo itinerari alternativi, le comunità day-top, anche nel loro adattamento italiano, si basano prevalentemente sul concetto di auto aiuto tra persone tossicodipendenti all'interno di un contesto piuttosto pedagogico che ha come presupposto la scelta di emanciparsi dallo stato di *addiction*: un processo di auto-mutuo aiuto “gerarchico”, in cui coloro che sono più avanti nel percorso, “i vecchi” ex-tossicodipendenti, accolgono ed aiutano coloro che sono appena approdati in struttura. Le persone dipendenti sono sostenute da uno staff, un gruppo di operatori che, come professionisti o come volontari, supportano e monitorizzano tutto il percorso di recupero. E' in questo modo che la comunità diventa “terapeutica”, ma in un senso fortemente diverso da quello della cultura anglosassone: si disegna la configurazione di un vero e proprio percorso pedagogico - disciplinare, con una sua precisa, rigorosa e dura metodologia, della durata di due anni o più, il cui obiettivo è la “guarigione” dallo stato di dipendenza. Il personale è costituito da un basso numero di professionisti e un alto numero di ex-tossicodipendenti. Il percorso è totalmente basato sul conseguimento e sul mantenimento dell'astinenza da qualsiasi uso di sostanze psicoattive. Chi “sgarra” esce ed eventualmente, se motivato, potrà successivamente tentare di rifare il programma.

Dunque: istituzioni pedagogico-disciplinari con un basso profilo di professionalità.

Comunità ad alta, media, bassa intensità

Comunità di tipo A, di tipo B

Comunità ad alta intensità terapeutica, a media intensità, a bassa intensità

Probabilmente sono i termini più utilizzati nelle varie normative regionali relative ai pazienti con disturbo psichiatrico. Quelle a bassa intensità sono le già descritte comunità alloggio e gruppi appartamento.

Sarebbe veramente importante comparare le varie norme regionali per due aspetti:

- numero di ore di assistenza sanitaria settimanale offerto per il singolo paziente
- la tipologia di titoli di studio delle varie figure professionali in struttura.

Quasi tutte le leggi regionali appaiono come una caricatura degli standard di personale delle case di cura psichiatriche: forte presenza di infermieri ed OS; scarsa presenza di psicoterapeuti, di psicologi, di educatori.

- Assenza di prescrizione di momenti di formazione per gli operatori, supervisioni o discussioni dei casi clinici, consultazioni di sostegno all'Io professionale.
- Assenza di tipologia abbastanza omogenea dei gruppi di pazienti per tipo di psicopatologia, con conseguenti “insalate ”: un po' di disturbi di personalità, un po' di disturbi da psicosi, un po' di comorbilità, un po' di cronici, un po' di handicappati...

Quindi assenza di un'identità chiara delle strutture e del percorso terapeutico.

Comunità residenziali

Un termine che curiosamente riesce a dire tutto e niente.

Se lo si utilizza con i colleghi inglesi, fanno una faccia strana e ti chiedono: ma sono per i pazienti poveri, che non hanno dimora?

In realtà il termine è più utilizzato dagli amministrativi per parlare dei costi, mettendo “tutta l'erba in un solo fascio”: “Nella residenzialità spendiamo...” come dire che questa è la spesa complessiva di tutti i pazienti che sono stati mandati in comunità (di vario tipo).

Comunità riabilitative

Poteva accadere che non ci fosse una branca delle scuole di psichiatria che non cercasse di introdurre il suo nome di famiglia, così da aumentare un poco la confusione? O da aumentare un poco i propri spazi di potere, casomai aprendo qualche scuola di formazione?

In medicina, “Il concetto di riabilitazione nasce dalla constatazione che un evento morboso non si esaurisce nel ciclo danno-terapia-guarigione o morte, ma talora porta ad una menomazione o ad una disabilità che rischiano di trasformarsi in handicap, ossia uno svantaggio esistenziale permanente. La riabilitazione inizia quindi non appena è passata la tempesta iniziale della malattia somatica o mentale, ma è ancora presente il disagio psico-fisico e sociale legato ad essa. Il termine, nell'accezione dell'OMS, intende significare un complesso di interventi medici, psicologici, pedagogico-sociali, volti a reintegrare una persona con deficit neuro-psichici in una situazione in cui possa fare migliore uso delle proprie capacità residue in un contesto sociale il più normale possibile” (Carozza P. 2006).

È indubbio che il ricondurre la persona ad un accettabile grado di coscienza di sé , in grado di assumere la responsabilità della propria esistenza, e di condurla in maniera soddisfacente, è un obiettivo auspicabile per ogni indirizzo terapeutico.

Ma cosa significa oggi il termine Riabilitazione per gli stati di dipendenza patologica, o per i disturbi psichiatrici?

Il termine, abbastanza caduto in disuso, viene solitamente utilizzato da qualche istituzione che ha un indirizzo terapeutico cognitivo comportamentale, anziché psicodinamico psicoterapeutico.

Comunità per la Comorbilità

Il termine vorrebbe indicare una complementarità di problematiche dell'*addiction* alle problematiche psichiatriche, che in genere precedono nell'esordio, ma talvolta succedono alla dipendenza conclamata. I quadri di sovrapposizione sono differenti e sono stati abbastanza studiati. Tendenzialmente studiosi, clinici e operatori convergono sull'idea che non si è di fronte a una sommatoria di problematiche, ma ad una nuova configurazione sui generis, in cui l'incastro dell'*addiction* con la problematica psichiatrica comporta una sua originalità sindromica, non riconducibile ad un lavoro terapeutico per mera sottrazione (prima risolvo la dipendenza e poi affronto il disturbo mentale...).

Il tema della cosiddetta Doppia Diagnosi comporta l'addentrarsi in un campo molto articolato, e ormai anche molto dibattuto sulla validità scientifica del termine.

Nell'ambito del lavoro clinico, i problemi psichiatrici correlati all'uso di sostanze comportano risvolti di presa in carico e di trattamento che rendono davvero molto complesso il paziente che presenta tali problematiche. Molto interessanti i numerosi articoli che ha recentemente dedicato la rivista *Dal dire al fare* (n. 1 – 2013. n. 2 – 2013. n. 2 – 2014, numero speciale) ed altrettanto interessante l'indirizzo culturale dell'ultimo lavoro di Antonello Correale che abbraccia l'ipotesi che sotto una problematica di tossicodipendenza vi sia sempre "nascosta" una problematica psichiatrica. (Correale A., Cangiotti F., Zoppi A. 2013).

Per i clinici che utilizzano più seriamente questo indirizzo di pensiero (e piuttosto poco il termine) è importante valutare diagnosi, prognosi e modalità di intervento terapeutico discriminando i casi in cui la tossicodipendenza è associata a disturbi da psicosi da quelli in cui è associata a disturbi di personalità.

Un concetto, la cui valenza appare comunque declinarsi in un campo operativo di sovrapposizione di condizioni amministrative, piuttosto che propriamente in campo clinico. Nel primo decennio degli anni 2000, varie regioni italiane hanno cominciato a distinguere gli interventi clinici, le istituzioni deputate e le normative referenti per il trattamento dei casi in Comorbilità. Sono state emanate normative per gli Accreditiamenti di strutture per il trattamento specifico della comorbilità, con afferenza sul piano amministrativo a carico dei Sert, ma dipende da Regione a Regione.

Nella realtà italiana, infatti, la questione rimanda, sul piano Istituzionale, ad una storica scissione fra il trattamento della salute mentale e quello dedicato alle dipendenze, tra Sert e DSM.

La comorbilità dei pazienti mette sovente a dura prova la collaborazione tra due diversi servizi (Sert e CSM), l'integrazione di figure professionali diverse (psichiatri, psicologi, educatori) e pone questioni di conflitto tra i due Dipartimenti, per le ricadute amministrative e le difficoltà di collaborazione tra operatori di servizi diversi.

Al paziente e ai familiari viene così restituita un'immagine di ulteriore frammentazione, anziché un'immagine di integrazione, con il rischio di perdere di vista la persona portatrice delle problematiche come Soggetto, e le autentiche ed adeguate possibilità di assistenza e terapia.

Territorialità

Si tratta di un principio che esprime "valori" clinici e terapeutici o "esigenze amministrative" e di politica sanitaria caratterizzata dalla regionalizzazione.

Molti soggetti hanno molti buoni motivi per allontanarsi dal loro territorio o essere allontanati dalla cittadina in cui hanno vissuto ed hanno attraversato un periodo di vita altamente “problematico”: comportamenti antisociali che li hanno legati profondamente a certi ambienti, famiglie ad alta emotività espressa, pertanto facilmente psicopatogene o altamente problematiche ed ostili.

In ogni caso in seguito alla dimissione dalla comunità, le possibilità che riaffiorino le contraddizioni della rete di rapporti in cui il paziente era precedentemente inserito sono piuttosto elevate, e l'importanza di facilitare il passaggio e la continuità delle cure, integrando la comunità con la rete di cura abituale del soggetto, appaiono molto importanti.

Per questi motivi le istituzioni più serie svolgono un lavoro terapeutico contestuale per e con i familiari.

La nozione è comunque contraria all' art. 32 della Costituzione italiana e al diritto di scelta del cittadino dei propri luoghi di cura. Contraria anche agli accordi della Comunità Europea.

Sette disciplinari

Naturalmente nessuna istituzione utilizza questo termine per autodefinirsi. Gli estensori del presente lavoro hanno ritenuto opportuno segnalarne l'utilizzo, in modo particolare tra gli addetti ai lavori, per indicare numerose istituzioni dedicate alla “cura” degli stati di tossicodipendenza.

Molte di queste istituzioni hanno avuto problemi con la giustizia nazionale e internazionale, molti leader carismatici hanno anche avuto indagini per abusi di mezzi di correzione, risoltisi con strategie peritali volte a dimostrare di “aver agito in stato di necessità “ (art. 54 c.p.), abusi sessuali, sfruttamento economico...

Lettori attenti e addetti ai lavoro potranno valutare personalmente quanto queste istituzioni siano state attentamente vigilate o quanto abbia fatto comodo alla collettività per risparmiare sulla spesa pubblica con iniziative che sono caratterizzate da “valori” tipo *Full metal jacket* o *Full mentall jacket*. (Caillois R. 1983) (Maniscalco Zaretti M.L. 1992) . Una lettura impressionante, seppure romanzata, la si può rintracciare nella recente pubblicazione di autori che hanno trascorso i loro primi dieci anni di vita nella comunità di San Patrignano, fondata e diretta da Vincenzo Muccioli. (Delogu A., Cedola A. 2014).

REMS

Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza sanitaria.

La riforma del febbraio 2012 (d.l. 22.12.2011, conv., con modificazioni, in l. 7.2.2012, n. 9) ha disposto il definitivo superamento degli OPG e l'apertura di Rems, nuove strutture distribuite regione per regione, ad esclusiva gestione sanitaria interna e con attività di vigilanza esterna.

Ogni struttura dovrà accogliere un massimo di venti soggetti la cui assistenza e gestione avrà la seguente dotazione di personale: dodici infermieri, sei operatori socio sanitari, due medici psichiatri con reperibilità medico-psichiatrica notturna e festiva; un educatore o tecnico della riabilitazione, uno psicologo, un assistente sociale.

La responsabilità della struttura sarà assunta da un medico dirigente psichiatra, che si avvarrà della collaborazione di un amministrativo per fasce orarie programmate¹⁰

¹⁰ Risorse finanziarie alle Regioni 120 milio nel 2012; 60 milioni nel 2013 per realizzazioni e riconversioni delle strutture; 38 milioni per la gestione annuale delle medesime.

Crediamo che questa norma legislativa sia una ottima esemplificazione di quando la burocrazia e l'ideologia renda difficilissimo se non impossibile un buon funzionamento di una comunità terapeutica, in questo caso di una tipologia particolare di pazienti: autori di reato o in stato di psicosi o in stato acuto di disturbo di personalità.

Intanto la legge, non precisando, prevede implicitamente che si verifichi ancora una volta una “insalata russa “ di tipologie profondamente diverse di pazienti disturbati di personalità e disturbi psicotici.

La legge prevede un buon numero di ore di personale durante la settimana (23 unità di personale x 38 ore = 870 ore complessive. Ripartite per 20 pazienti = 44 ore a paziente).

Ma ancora una volta si tratta di una tipologia di personale inadeguato, senza studi e background, la caricatura del personale delle cliniche psichiatriche ottimo per la 'terapia del sonno' di un tempo.

L'ex Direttore di Castiglione delle Stiviere, l'unico OPG da tutti apprezzato nel suo buon funzionamento, in un documento pubblicato dall'Associazione Italiana Psichiatri scrive: “ Bisogna prevedere dunque (...) a livello gestionale: uno staff preparato in ambito psichiatrico forense, esperienza maturata con pazienti autori di reato, training formativo, capacità di lavorare in équipe, numero di operatori sufficienti, regia organizzativa in grado di potere affrontare casi difficili e situazioni di emergenza”.

Spiace dovere constatare quanta strada avremmo potuto fare spendendo meglio il denaro pubblico e quanta ne abbiamo ancora da percorrere, ma solo a condizione di chiarire delle condizioni da base:

- copiare e rispettare le esperienze internazionali, rispettando anche valori, esperienze e terminologie. L'umiltà crediamo che sia un valore ancora importante per fare un buon lavoro clinico. Per esempio, nel caso delle comunità per autori di reato, quella degli olandesi che sono operativi dagli anni cinquanta (van Binsbergen M.H. ed al. 2007)
- smetterla con comunità che accolgono “un'insalata russa” di casistica della psicopatologia (un po' di asse I e un po' di asse II) (vedi la vecchia osservazione di Diego Napolitani di pag. 4)
- a livello gestionale un buon numero di ore di personale, ma anche un personale adeguato alla psychosocial nurse: psichiatri, psicologi ed educatori e non infermieri o os o tecnici della riabilitazione che non hanno nessuna base formativa per fare psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo etc.

SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo. SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo. SRP. 3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi

Un documento pubblica dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S) in data 13 giugno 2013 inizia, in prima pagina evidenziando:

“La prima considerazione riguarda il fatto che le indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica sono da ritenersi inadeguate rispetto all'evoluzione:

- della domanda assistenziale collegata ai bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, (...)
- delle metodologie e degli strumenti terapeutici e riabilitativi (...)

Prosegue sottolineando “l’eterogeneità (...) negli assetti normativi regionali rispetto a: denominazioni e tipologia delle strutture residenziali, criteri per l’inserimento, tipologia degli aspetti trattati, requisiti di accreditamento, parametri per il personale, tariffe, a parità di impegno assistenziale, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa”.

E nella pratica ventidue “tecnici”, nei cui curriculum non compare esperienza e pubblicazioni in merito all’argomento delle comunità terapeutiche, pubblicano un documento nel quale riescono principalmente a cancellare la terminologia storica (comunità terapeutiche, comunità alloggio, gruppi appartamento) e a partorire un acronimo: SPR.1,2,3.

Non una chiarificazione in merito al:

- numero di ore di assistenza sanitaria settimanale offerto per il singolo paziente
- la tipologia di titoli di studio della varie figure professionali in struttura.

Ancora una volta:

- Assenza di prescrizione di momenti di formazione per gli operatori, supervisioni o discussioni dei casi clinici, consultazioni di sostegno all’Io professionale.
- Assenza di tipologia sufficientemente omogenea dei gruppi di pazienti per tipo di psicopatologia, con conseguenti “insalate russe”: un po’ di disturbi di personalità, un po’ di disturbi da psicosi, un po’ di comorbilità, un po’ di cronici, un po’ di handicappati...

“... strutture residenziali psichiatriche (...) in cui poter trattare (...) i soggetti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale”.

Ancora una volta non differenziando le istituzioni in alcune tipologie di problematiche (psicosi/ disturbi di personalità/ in regime di recupero/ cronici stabilizzati..) non si parla dell’ importanza di una identità chiara delle strutture e del percorso terapeutico, della necessità di uno sviluppo della teoria e della tecnica di approccio differenziata per ogni tipologia di casistica...

In compenso, ancora una volta, “ si sottolinea l’importanza che l’inserimento venga effettuato in una struttura ubicata nel territorio di competenza del DSM, o comunque nel territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale”, così negando il diritto di informazione e scelta del cittadino, le eventuali necessità cliniche e sociali di allontanarsi dal proprio territorio, la vita delle istituzioni di eccellenza...

4. 1991 – 1992 L’aziendalizzazione delle cure e la nascita del sistema feudale. I potenti feudatari del Dipartimento di Salute Mentale ed i piccoli feudatari del Dipartimento per le tossicodipendenze

Due secoli fa, già prima dell' Unità di Italia, nacque la tradizione dei Convegni degli scienziati italiani. (il primo fu fatto a Pisa nel 1839, il secondo a Torino nel 1840, il terzo a Firenze nel 1941....) I medici avevano l’abitudine di cacciare i freniatri (allora si chiamavano così, da *frenos* = cervello) perché si riunissero in una sede distaccata, dicendo “Voi trattate una disciplina, una scienza *sine materia*”. La freniatria era distinta dalle altre branche della medicina, dove c’è un corpo da toccare e curare.

Nella pratica, quello che avviene nel caso di un malore di altro genere (non psichiatrico) è che arriva l’ambulanza che porta il paziente in ospedale, ma i medici non si mettono a discutere a lungo dove mandarlo, se in sala operatoria - dove la spesa sociale per l’intervento chirurgico potrebbe essere di 50.000 euro per tre ore di intervento, più due settimane di degenza - o mandarlo altrove per un altro genere di intervento con costi più bassi. In caso di un esordio psicotico o di un disturbo di personalità, dopo l’arrivo di un’autoambulanza si apre tutto un iter per decidere se iniziare con un trattamento farmacologico, naturalmente meno costoso sia del trattamento ambulatoriale che di quello di ricovero, nei suoi vari aspetti. Sembrerebbe che la professione dello psichiatra comporti quasi una sorta di autorizzazione storica ed essere negligenti nei confronti dei pazienti ed ad esercitare professionalmente il primato della ideologia e quello della economia.

Fino al '92 c'era una dialettica: i direttori dei dipartimenti di psichiatria e di tossicodipendenza potevano dibattere con i direttori amministrativi, valutare come organizzarsi per “far tornare i conti di bilancio e realizzare quello di cui c' era bisogno”. O almeno tentarci.

Una grande rivoluzione: il management e l’azienda. Dichiarando un fallimento la legge 833 del 1978, troppo assistenzialistica e fonte di buchi economici rilevanti, sull’onda dei grandi scandali politici ed al grido “ Fuori i politici, avanti i tecnici! “ la legge delega del 1991 e quella delegata e di riforma del 1992, hanno aperto una nuova epoca: la sanità gestita come un ente pubblico ed assistenziale è un fallimento; “pubblico è brutto, privato è bello”.

La sanità deve pertanto avere modelli aziendalistici, qualcuno si spinge a dire che la sanità deve essere gestita come un’impresa. Senza fare attenzione alla differenza tra il termine *impresa* e il termine *azienda*.

L’obiettivo della legge del 1992 è l’aziendalizzazione delle strutture sanitarie che infatti cambiano significativamente il nome: non più Unità Sanitaria Locale ma Azienda Sanitaria Locale, non più un comitato di nominati da Enti pubblici di riferimento territoriale ma un Manager “privato” nominato dalla Regione di riferimento, con un compito di “controllo di gestione” che dovrebbe impedire fallimenti o sforamenti finanziari.

L’idea sembrerebbe buona: ci sarà un Direttore Manager rappresentante legale dell’azienda e titolare di tutti i diritti e doveri. Gli verrà conferito un budget annuale rappresentato dalla quota assegnata del Fondo sanitario nazionale e regionale; presenterà un bilancio di previsione all’inizio anno, gestirà ogni aspetto sanitario del territorio ed a fine anno presenterà un consuntivo di cose fatte nei limiti del budget assegnato. La gestione del budget è alla base dell’aziendalizzazione e di conseguenza occorre individuare i molteplici centri di costo o di spesa, assegnarvi un Direttore generale, a sua volta responsabile del budget conferito con l’obbligo di non sforarlo o di negoziarne le varianti.

Eppure la nuova organizzazione si mostra piena di difetti fin dall'inizio:

- La quota o fondo assegnato dovrebbe essere certa prima dell'inizio dell'anno di riferimento per poter programmare e confrontare... e invece la quota viene normalmente assegnata a marzo od aprile, prima in modo provvisorio e poi integrata.
- Il Direttore Generale cercherà di assegnare provvisoriamente un budget ai vari direttori, ma questi si trovano a gestirlo in una realtà nella quale la domanda è sempre incerta, deve continuamente essere adeguata al progresso scientifico e tecnologico... domanda incerta per gli ambiti *cum materia*, come la chirurgia, la gastroenterologia, etc.... ancora più incerta per gli ambiti *sine materia*.
- Anche i Primari cambiano nome, sono diventati Direttori o Manager, devono gestire il loro budget con spese e risorse, restare nei limiti, rischiando altrimenti nomina, incentivi e autonomia.
- Con il passare degli anni e vivendo sempre più una crisi economica, gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali e da questi conferiti ai Direttori di compartimento vedono sempre più prevalere l'aspetto economico su quello del servizio.
- Tanti Direttori non sembrano più provenire da studi di medicina, ma più o meno fermi nel tentativo di mantenere il budget, rischiano seriamente di perdere la mission della loro professione, gli obiettivi per la tutela della salute.

In un ambito *sine materia* e che ha uno stigma millenario di irreversibilità, appare quasi "normale" o fisiologico che programmi o tentativi terapeutici costosi o molto costosi siano fortemente limitati.

I livelli organizzativi confliggono con riflessioni teoriche e nuove impostazioni cliniche.

La ricerca sarebbe finalizzata al cambiamento non solo per acquisire conoscenze, ma per risolvere problemi (Colucci P., Colombo M., Montani L. 2008 ; Kaneklin G., Scaratti G., Piccardo C. 2010) e prevedrebbe:

- La collaborazione e il confronto tra ricercatori e attori nel definire il problema e nella conduzione del progetto di ricerca.
- Il superamento del concetto di "neutralità" della ricerca, con attenzione al contesto ed alle dinamiche sociali sia come aspetti del problema da affrontare, che come potenziali risorse per la trasformazione.
 - Attenzione alla dimensione formativa oltre che esplorativa e circolarità tra teoria e pratica.

Ma in realtà, mancando un serio lavoro di ricerca in psichiatria e in tossicodipendenza, viene anche a mancare ogni **action research** (termine coniato da Kurt Lewin nel 1980): si è nella mani della ideologia del direttore del DSM e del Sert.

Dal '92 il budget, in quasi tutte le regioni italiane, viene dato direttamente nelle mani dei direttori del dipartimento di salute mentale e del dipartimento delle tossicodipendenze. In rari casi è compartimentato. In Regione Piemonte due D.G.R. del 2013¹¹ hanno individuato il fabbisogno

11 La D.G.R. n.12-5525 del 14.03.2013 3 quella 36-6239 del 2.08.2013

regionale per la tossicodipendenza e soprattutto lo hanno diviso in compartimenti: quanto si può spendere per la terapia ambulatoriale, quanto si può spendere per l'invio in comunità 'residenziali'¹². Un lavoro approfondito e articolato che è frutto dei tecnici della Regione e dei tecnici della CEAPI, associazione delle comunità terapeutiche per la tossicodipendenza. Ma è un caso unico di collaborazione tra pubblico e privato sul territorio italiano.

È significativo quanto mi disse, già diversi anni fa, un direttore di un dipartimento della psichiatria, di cultura basagliana e politicamente di sinistra, che mi fece una rivelazione: “Sai, ogni volta che inserisco un paziente in una comunità terapeutica, soprattutto se buona e quindi costosa, spendo per un solo paziente quello che spenderei in un anno ad assumere un'unità e mezzo di personale per il trattamento ambulatoriale... E tu capisci quanti pazienti il personale ambulatoriale può visitare in un anno...”

Il collega aveva scoperto che le fasi acute e sub acute costano alla collettività molto di più che le terapie ambulatoriali!

Per la psichiatria come per la tossicodipendenza non esiste una mappatura nazionale delle “strutture residenziali e semiresidenziali” (quelle per i pazienti in sub – acuzie), e la Comunità terapeutica Il Porto Onlus ha iniziato a realizzarla per otto delle diciannove regioni italiane (vedi www.servizipsichiatriatossicodipendenza.org): qualsiasi esperto del settore è a conoscenza che oltre 80% sono realizzate dal privato sociale e dal privato imprenditoriale, mentre quelle realizzate dal servizio pubblico sono prevalentemente comunità alloggio e gruppi appartamento, quindi le strutture per i pazienti meno gravi.

Si potrebbero considerare questi aspetti come semplici ambiti di interessi differenti. Senonché appare molto interessante la risposta che si ottiene ogni volta che si pone una semplice domanda a un direttore di dipartimento che abbia realizzato una struttura residenziale: “Ma quanto costa la tua istituzione alla collettività? Quanto costa un paziente al giorno, inserito nella tua struttura?”

“Veramente non lo sappiamo, non teniamo i conti,... certamente di più che inserito in una comunità privata...”.

È possibile che nel “calderone” della sanità pubblica costi specifici non risultino rendicontati per quelle voci che consentirebbero di risalire al costo della struttura, anche se così si rimane veramente molto lontani dalla trasparenza di bilanci e di costi. Più rapportabile alla tematica del conflitto di interesse è che il pubblico gestisca ogni decisione rispetto all'invio dell'utenza agli enti del privato sociale e agli enti privati.

Come già più volte enunciato non esiste un diritto di scelta del paziente, ma non esiste neanche un serio lavoro di *follow up*, sui risultati ed esiti del trattamento

Ma almeno altri due o tre aspetti, in realtà noti a tutti gli addetti ai lavori, appaiono sorprendenti:

* In molte regioni, le cliniche psichiatriche che non vogliono ridurre i propri posti letto sono riuscite ad ottenere che il 20% dei loro posti fossero qualificati come “posti di terapia estensiva”. I pazienti così soggiornano a lungo passivizzati, e senza entrare nei percorsi terapeutici delle comunità.

* Molti gruppi appartamento con bassa assistenza terapeutica ospitano pazienti gravi, in confusioni di psicopatologie. (i piccoli numeri sono terapeutici!)

12 Nel 2013 i sert della regione potevano spendere fino a 31 milioni di euro per inserire pazienti bisognosi in comunità.

* Il 30% dei detenuti nelle carceri presentano serie problematiche psicopatologiche. È certamente vero e noto a tutti che la detenzione in istituzioni carcerarie è più onerosa economicamente per la collettività delle comunità terapeutiche per autori di reato, ma ...

5. Quarant'anni di ingegneria sociale.

In trenta, quarant'anni di lavoro, se confrontiamo il livello di organizzazione terapeutica della psichiatria, della psicologia e della tossicodipendenza, sembrerebbe che in Italia abbiamo costruito molto, anche tanto... ma in un modello così confuso, così ricco di **sconnessioni** che ricorda certi disegni di Escher.



M.C. Escher, 1953, Relativity

6. Gli indirizzi della magistratura

In un percorso storico estremamente complesso ed articolato che sta trasformando quanto esisteva da secoli, si è anche verificato un cambio importante e significativo **della cultura dei rapporti tra psichiatria e giurisprudenza.**

* La sentenza della Corte Costituzionale del luglio 2003 ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 222 del codice penale (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario) nella parte in cui non consente

al giudice di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario una diversa misura di sicurezza idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a fare fronte alla sua pericolosità sociale. Dopo questa sentenza si sono aperte nuove vie di cura e assistenza per i soggetti che precedentemente avevano come loro unico destino l'internamento negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Gli effetti in poco più di dieci anni sono stati che quasi mille pazienti degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (quindi circa la metà) sono stati inseriti in comunità terapeutiche.

* L'amministratore di sostegno è un istituto dell'[ordinamento giuridico](#) italiano, disciplinato dal [codice civile](#), la cui funzione è quello di affiancare il [soggetto](#) privo in tutto o in parte di [autonomia](#), con la minore limitazione possibile della [capacità di agire](#). La figura è stata introdotta con la legge 9 gennaio 2004 n. 6.

Con tale norma, il [legislatore](#) italiano ha radicalmente rivisto la materia delle limitazioni relative alla capacità di agire delle persone e, in luogo della già privilegiata tutela del [patrimonio](#), della [famiglia](#) e dei [creditori](#) dei soggetti affetti da problematiche psichiatriche, ha stabilito, su un piano di ben più vasta portata sociale, che colui che, privo in tutto o in parte di autonomia per effetto di una infermità fisica o psichica, si trovi nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri [interessi](#), ha diritto di essere coadiuvato da un amministratore di sostegno nominato dal [giudice tutelare](#) che, sulla base delle concrete esigenze dell'ausilio, disporrà, per gli atti o per le categorie di atti per i quali si ravvisi l'opportunità del sostegno, la sostituzione ovvero la mera assistenza della persona che non sia in grado di darvi autonoma esecuzione.

La persona interessata [designa](#) l'amministratore di sostegno e il giudice ufficializza la nomina assegnando l'incarico all'amministratore di sostegno con [atto pubblico](#) e a tutti gli effetti di legge.

Più che di una riforma, si è trattato di una vera e propria rivoluzione istituzionale come tale riconosciuta, nella sostanza, dalle corti superiori ([Corte Costituzionale](#), 9 dicembre 2005, n. 440; [Cassazione](#) Civile, 12 giugno 2006, n. 13584; Cassazione Civile, del 2009, n. 9628).

Il nuovo art. 404 del codice civile, così come modificato dalla succitata normativa, ha introdotto nell'ordinamento italiano una misura alternativa alla pronuncia di interdizione e inabilitazione di cui può beneficiare una persona che *a causa di un'infermità o per una menomazione fisica o psichica si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporale, di provvedere ai propri interessi*.

* La sentenza della Corte di Cassazione del 2005 ha dichiarato che ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, sussiste la possibilità che rientrino nel concetto di infermità anche i gravi disturbi di personalità, a condizione che il giudice ne accerti la gravità e l'intensità – tali da escludere o scemare grandemente la capacità di intendere e/o di volere - e vi sia un nesso eziologico con l'azione criminosa.

7. Il contributo della classe politica.

Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (sette in tutta Italia con circa duemila pazienti-detenuti) è iniziato circa quindici anni fa con il decreto legislativo del 22 giugno 1999 relativo al riordino della medicina penitenziaria. Da quel momento vi sono stati vari decreti legge e accordi che si soffermavano sulla necessità di trasferire alle Regioni le funzioni sanitarie che dipendevano dall'amministrazione penitenziaria.

Nel 2008 la Commissione di Inchiesta sul Servizio Sanitario presieduta dall'on. Ignazio Marino ha denunciato pubblicamente una realtà – storicamente ben nota agli addetti ai lavori - fatta di mancanza di cure, abusi e maltrattamenti, ad eccezione della istituzione con sede in Castiglione delle Stiviere, ed in parte anche di Montelupo Fiorentino.

Occorre anche ricordare che il numero dei degenti, dopo la sentenza della Corte Costituzionale del 2003, si era praticamente dimezzato.

Il Decreto Ministeriale del 1 ottobre 2012 prevede la “regionalizzazione”, cioè che ogni regione si faccia carico del propria pazienti-detenuti tramite la creazione di apposite strutture, REMS.

A febbraio 2016 Piemonte, Toscana, Veneto, Abruzzo, Calabria e Puglia sono prive di strutture adeguate, con un ritardo di un undici mesi.

(vedi quanto già illustrato a pag. 18)

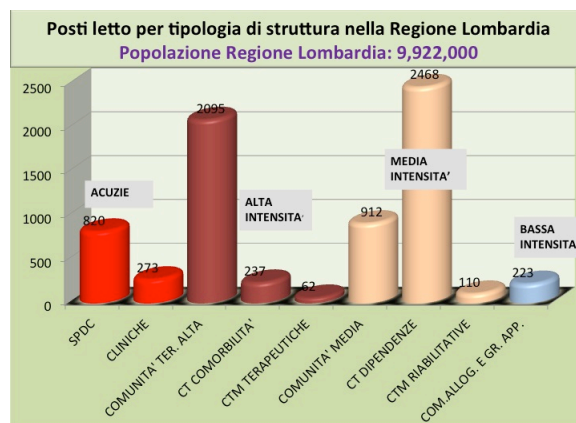
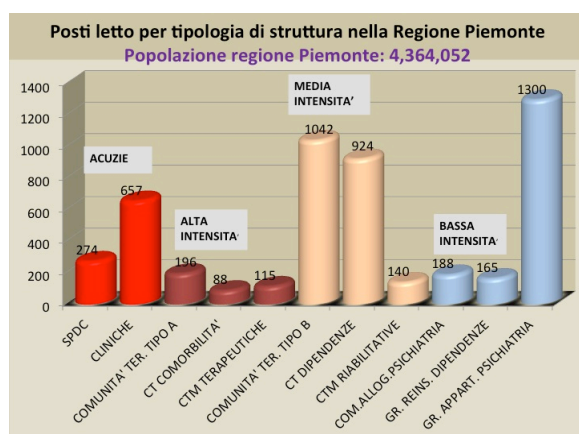
8. Il “contributo” dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S)

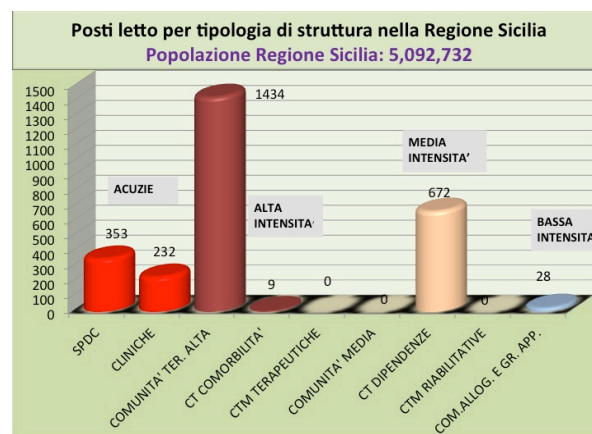
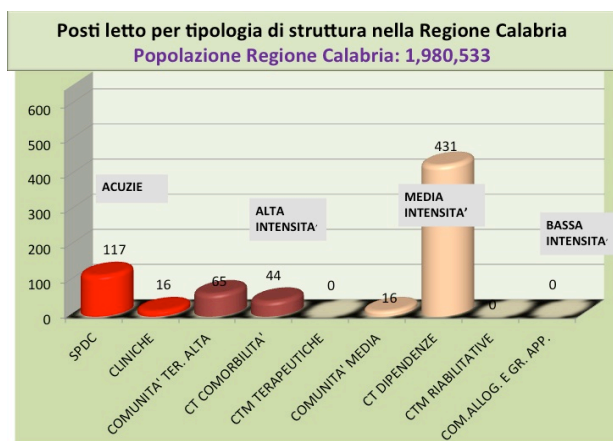
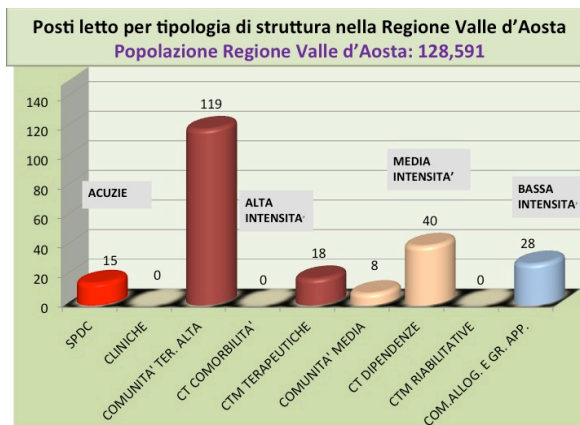
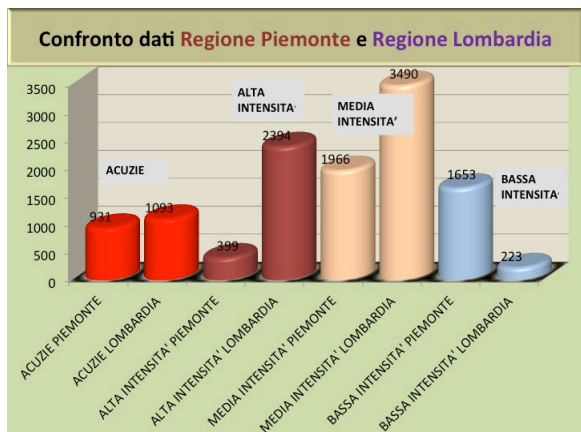
Come già illustrato a pag. 19 il documento 13 giugno 2013, successivamente riconosciuto come accordo Stato-Regioni appare agli scriventi come il parto di un acronimo (topolino).

9. In mancanza di una mappatura nazionale, qualche dato su sei Regioni italiane.

Il lettore potrà valutare dai grafici se quanto si è sviluppato in questi anni in Italia è frutto di un progetto della comunità scientifica oppure frutto di pressioni ideologiche e di mercato.

Se quanto si è realizzato corrisponde alle necessità dei pazienti, appare evidente che in alcune regioni come il Piemonte vi sono un altissimo numero di soggetti che necessitano più di assistenza che di terapia, mentre in altre regioni, in modo particolare in Lombardia e Sicilia, vi sono tantissimi casi di acuzie e sub-acuzie. La Calabria sarebbe la regione con il maggior numero di percentuale di pazienti medio – gravi.





9. Interrogativi per il futuro

Con grande frequenza, se qualcuno espone critiche, perplessità, interrogativi, proposte di riforma della attuale situazione della psichiatria, qualcun altro pubblica un articolo che si intitola: “Vogliono riaprire i manicomi”.



È realmente questo il rischio che sta correndo la cultura italiana? Forse i rischi che stanno correndo la psichiatria e la psicologia clinica sono altri. Lasciamo al lettore che si ponga i singoli, specifici e numerosi interrogativi.

In un interessantissimo testo, *Sanità senz'anima*, l'autore Gerardantonio Coppola (Coppola G. 2013) scrive:

“ Un'organizzazione che ha smarrito il rispetto per se stessa non ha più il rispetto per quelli che dovrebbero essere i suoi valori portanti: la conoscenza, la valorizzazione delle competenze e delle capacità, il merito”.

“ Il primo e più importante “vizio” è rappresentato dalla prevalenza della prospettiva economico – finanziaria ed è questo che genera tutti gli altri: l'accentramento decisionale, la precarizzazione e la flessibilità, l'invecchiamento degli operatori, la marginalizzazione della conoscenza e della ricerca, la mortificazione delle conoscenze e delle abilità, la disumanizzazione delle relazioni”.

L'autore è disponibile ad accogliere osservazioni, spunti di riflessioni ed eventuali critiche, consapevole che il presente lavoro ha anche il fine di alimentare un dibattito il più possibile aperto e rispettoso sull'attuale condizione delle comunità terapeutiche in Italia. Per contattarlo scrivere all'indirizzo email: metelloc@altervox.it



-
- **Bibliografia**

Basaglia F. (1965) *La "Comunità terapeutica" come base di un servizio psichiatrico. Realtà e prospettive.* Relazione al Convegno sulle "Realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici" Varese , Atti del convegno.

Basaglia F. (1965) *Potere ed istituzionalizzazione. Dalla vita istituzionale alla vita di comunità.* Relazione al Convegno "Sanità mentale ed assistenza psichiatrica" Roma 20-22 giugno 1965.

Basaglia F. (1967) *La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale. Il malato mentale e la comunità terapeutica.* Conferenza tenuta a Colorno (Parma) il 15 febbraio 1967, in *Che cos'è la psichiatria?*, Amministrazione provinciale di Parma, 1967; Einaudi, Torino 1973.

Basaglia F. (1968) *La Comunità Terapeutica e le istituzioni psichiatriche*, Relazione al Convegno "La società e le malattie mentali" Roma, 1968.

Basaglia F. (1968) *Considerazioni su un' esperienza comunitaria: la comunità terapeutica di Gorizia.* Relazione del gruppo curante dell' Ospedale Psichiatrico di Gorizia all' incontro italo-francese di Courchevel (Francia) 1968, in *Note e Riviste di Psichiatria*, LXI, f. 1, 1968

Basaglia F. (1968) *L' istituzione negata.* Einaudi, Torino.

Caillois R. (1983) *Istinti e società.* Guanda editore. Molto interessante in particolare il capitolo " Lo spirito della setta".

Carozza P. (2006) *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione.* Franco Angeli editore, Milano

Cazzullo C.L. (2004) *Lo psichiatra e le tossicodipendenze*, in Carrà G. Clerici M. (2004) *Il lavoro terapeutico nella doppia diagnosi*, Numero monografico di *Salute & prevenzione*. La rassegna italiana delle tossicodipendenze. Foggia.

Charmet Pietropoli G., *Il centro di socioterapia di " Villa Serena "*, in Lang Margherita (1982) *Strutture intermedie in psichiatria*, Raffaello Cortina, Milano.

Coletti M. Grosso L. (2011) *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti.* Edizioni Gruppo Abele, Torino.

Colucci P., Colombo M., Montani L. (2008) *La ricerca intervento.* Il mulino, Bologna.

Coppola G. (2013) *Sanità senz' anima. Restituire dignità e valore alle persone in una sanità che sta morendo di economia.* Ananke, Torino.

Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (2004) *Gruppi omogenei.* Borla, Roma.



Correale A., Cangiotti F., Zoppi A. (2013) *Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze*. Franco Angeli editore, Milano.

Corulli M. (2005) *La Comunità Terapeutica per soggetti autori di reato*, in Fornari U., Delsedime N., Milano M.M. 2005, *Percorsi clinici e discipline forensi*, Centro Scientifico editore, Torino. P. 183 – 196.

s M. (2008) *Ingredienti per un modello di comunità terapeutica che incontri la sofferenza di un borderline*. . In www.terapiadicomunita.org anno 8, n. 38, febr. 2008 rivista on line.

Corulli M. (2013) *Terminologia. Dalla cultura psicoanalitica alla cultura della comunità terapeutica* In *Psiche. Rivista di cultura psicoanalitica* n. 1/2013. www.psiche-spi.it rivista on line.

Corulli M. Giannini P. *La doppia diagnosi in comunità terapeutica. Aneddoti e riflessioni sulla comorbilità*. *Rivista Dal dire al fare*, genn. 2014

Delogu A., Cedola A. (2014) *La Collina*, Fandango Libri, Roma.

Foot J. (2014) *La “Repubblica dei matti”*. *Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*. Feltrinelli, Milano.

Foulkes S.H. (1975) , *La psicoterapia gruppoanalitica*. Astrolabio , Roma.

Giannichedda M.G. (2005) *L’ utopia della realtà.*, Einaudi, Torino, in Bassaglia F. *L’ utopia della realtà*.

Hinshelwood R. (2001) *Aspetti etici del lavoro di comunità terapeutica*. In www.terapiadicomunita.org anno 1, n. 2 genn 2001 rivista on line.

Jones M. (1968) *Social Psychiatry in Practice*, Penguin Books, London, ed. It. 1970, *Ideologia e pratica della comunità terapeutica*, Etas Kompass, con introduzione di f. Basaglia.

Kaneklin G., Scaratti G., Piccardo C. (2010) *La ricerca-azione nelle organizzazioni*. Cortina editore, Milano

Kuhn T. S. (1962) *The Structure of Scientific Revolutions*. Ed It. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1999.

Napolitani Diego (2006) , *Di palo in frasca*, IPOC, Milano. Pp. 168- 171

Main T. (1981) *Il concetto di comunità terapeutica: variazioni e vicissitudini*. In Main T. 1992 *La comunità terapeutica e altri saggi psiconalitici*. Il Pensiero Scientifico editore. Roma.

Maniscalco Zaretti M.L. (1992) *Spirito della setta e società. Significato e dimensioni sociologiche delle forme settarie*. Franco Angeli editore. Milano.



Parmegiani F., Zanetti M., (2007) *Basaglia. Una biografia.*, LINT Editoriale , Trieste

Sandler J. (1997) *Cosa vogliono gli psicoanalisti? Gli obbiettivi della terapia psicoanalitica.* Raffaello Cortina editore, Milano

Schittar L. (1968) L' ideologia della comunità terapeutica, pp. 153-178 in Basaglia F. (1968) *L'istituzione negata*, Einaudi Torino.

Tobino M. (1959) Progetto per la costruzione di un nuovo ospedale psichiatrico, in *Rivista di patologia nervosa e mentale*, anno LXVI, Vol. LXXX, 1959, pp. 228-35

van Binsbergen M.H. ed al. (2007) *Organising Forensic Psychiatry. Clinical Practice at the Van der Hoeven Kliniek.* Van der Hoeven Kliniek Editor, Utrecht

Vigorelli M. (2006) Il modello della comunità terapeutica: l' area inglese. In www.terapiadicomunita.org anno 6, n. 32, aprile 2006 rivista on line.

Vigorelli M. (2006) Il modello della comunità terapeutica: l' area statunitense. In www.terapiadicomunita.org anno 6, n. 34, ottobre 2006 rivista on line.

Vigorelli M. (2006) Il modello della comunità terapeutica: l' area francese. In www.terapiadicomunita.org anno 8, n. 38, gennaio 2008 rivista on line.