

Benedetto Saraceno

La mappa delle esperienze di riforma della assistenza psichiatrica nel mondo. Mentre in Italia si procede allo smantellamento delle migliori esperienze di servizi di salute mentale, in molte parti del mondo l'influenza della "rivoluzione" Basagliana è sempre più significativa, generando politiche, legislazioni e pratiche innovative.

È a dir poco deprimente osservare come mentre in Italia si procede a un lento e inesorabile smantellamento delle migliori esperienze di servizi di salute mentale, in molte parti del mondo l'influenza della "rivoluzione" Basagliana sia sempre più significativa e abbia generato politiche, legislazioni e pratiche innovative di promozione dei diritti delle persone assistite dai servizi di salute mentale. La crisi italiana della assistenza in salute mentale è sia generale, ossia dovuta al progressivo impoverimento e privatizzazione del sistema sanitario nazionale, sia specifica, in quanto occasione per una **aggressione tutta ideologica** alla riforma iniziata a Gorizia nel 1968 da Franco Basaglia e continuata negli anni, attraverso la legge 180, con la straordinaria esperienza di Trieste e anche di altre importanti realtà italiane. Si tratta di una aggressione basata sui retriivi luoghi comuni, cari alla destra, a proposito della "pericolosità dei matti" e della necessità di "metterli in qualche istituzione chiusa".

Invece, se si volesse disegnare una sorta di mappa delle esperienze di riforma della assistenza psichiatrica nel mondo si verrebbe a disegnare una carta geografica caratterizzata da almeno cinque differenti categorie di esperienze, cui corrisponderebbero bandierine di cinque diversi colori, puntate talvolta su nazioni intere, talvolta su singole città o regioni ma spesso anche su limitatissime aree geografiche. Questa ripartizione in cinque categorie è ovviamente personale e artificiale, ma potrebbe servire a una prima, se pur grossolana, ricognizione dell'esistente.

Cominciamo decidendo di colorare in rosso la bandierina che identifica in Italia le esperienze di Trieste e di alcune (poche) realtà locali italiane di servizi di salute mentale decisamente virtuosi: un paio in Lombardia (ricordiamo la bellissima esperienza

del



Dipartimento di salute mentale di **Franciacorta**),

qualcuna di più in Emilia-Romagna, nella stessa Bologna e ad Arezzo in Toscana, a Perugia in Umbria, a Termoli nel Molise e le poche ma molto interessanti esperienze nel meridione, ad esempio in Campania, Puglia e in Sicilia (ricordiamo la avanzatissima esperienza dei servizi di **Caltagirone**). Inoltre, la bandierina rossa indicherebbe quelle pratiche eccellenti che hanno ricevuto una diretta e significativa influenza del pensiero e dell'opera basagliana e in generale del modello triestino (1). **Ecco allora il primo gruppo, costituito dalle storiche esperienze di Oviedo** nelle Asturie (fu il primo ospedale psichiatrico spagnolo definitivamente chiuso) e della Andalusia con il complesso e diffuso sistema della *Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental* e la eccellenza del servizio di Jerez de la Frontera (vanno ricordate le fondamentali e decisive visite di Basaglia nella Spagna ancora in piena dittatura franchista). **E, ancora in Europa, eccelle l'esperienza del sistema di salute mentale della città di Lille** in Francia con la sua notevole rete di alleanze con la società civile. In area extraeuropea, certamente va ricordata la vasta rete di esperienze della **grande riforma del Brasile** (2) con una impressionante e per certi versi unica storia di coinvolgimento diretto degli utenti nel processo di riforma (e si ricordino le storiche "Conferenze brasiliane" di Basaglia che tanto ispirarono il movimento di *luta antimanicomial* brasiliano). Infine, vanno ricordate **le esperienze argentine nella provincia di Rio Negro** (la legge cosiddetta di *desmanicomialización*) e successivamente a Rosario e in altre province del paese.

Un secondo gruppo di esperienze, che identificheremo con una bandierina verde, sono quelle in cui accanto alla influenza del modello triestino coesistono specifiche iniziative locali, precedenti e successive alla sinergia con Trieste, che hanno determinato



la configurazione di modelli di assistenza psichiatrica antistituzionale con proprie caratteristiche specifiche. È questo il caso della importante **esperienza di deistituzionalizzazione nella città di Birmingham** (Regno Unito) ove la presenza di una grande popolazione di immigrati caraibici e indopakistani ha dato vita a strategie di intervento innovative e assolutamente specifiche (si ricordi la pratica dell'intervento in crisi fatto a domicilio); **ancora, vanno menzionate le esperienze innovative in Irlanda**, primo fra tutti quelle del Monaghan and Cavan Mental Health Services. La relazione con il modello triestino caratterizzata da un alto grado di scambio alla pari e da una significativa specificità nello sviluppo dei servizi, è anche presente nelle numerose esperienze brasiliane, iniziate a Santos con una forte influenza del modello italiano, ma, in seguito, sviluppatasi in tutto il paese via via in progressiva autonomia e

specificità locale. Infine, è da menzionare la radicale esperienza di chiusura dell'ospedale psichiatrico della Repubblica Dominicana con la creazione di una diffusa rete di servizi territoriali.

Il terzo gruppo, che caratterizzeremo con una bandierina gialla, si riferisce a quei paesi che hanno sviluppato politiche di salute mentale innovative e ispirate alla necessità del superamento del manicomio e alla costruzione di reti di servizi di salute



mentale nella comunità (politiche a volte anche corredate da apparati legislativi specifici). **Tuttavia, tali politiche innovative sono state sistematicamente frenate da potenti resistenze da parte dell'establishment psichiatrico più conservatore.** Questo è il caso di molti paesi in cui è intervenuta la Organizzazione Mondiale della Salute che ha certamente saputo orientare le autorità sanitarie nazionali a un cambio di paradigma, che però troppo spesso si è limitato a definire politiche e legislazioni che faticano ad essere implementati. La capacità e la innovazione del «pensiero OMS» riesce a influenzare le politiche ma ha scarsa capacità di impatto sulla effettiva trasformazione delle pratiche di terreno. **A questo proposito si pensi ai paesi latinoamericani influenzati della Dichiarazione di Caracas (3) : il Cile**, dotato di una straordinaria rete di *primary health care* e di servizi di salute mentale nella comunità capaci di azioni efficaci sulla salute mentale della popolazione ma ove permangono le vecchie istituzioni psichiatriche; il **Peru**, ove è in atto una straordinaria rivoluzione culturale nel campo della salute mentale con una fioritura di esperienze di salute mentale territoriale ma, ancora, con uno scarso impatto sui processi di deistituzionalizzazione. In altre aree geografiche del mondo vale la pena di ricordare la **Palestina**, con una politica di salute mentale certamente d'avanguardia ma con pessimi servizi nella West Bank ma ottime realizzazioni nella **striscia di Gaza** ; il **Libano**, con una équipe di salute mentale del ministero della salute che si è dotata di un documento di *policy* fra i più innovativi della regione ma con una forte presenza frenante del settore ospedaliero privato, sordo a ogni cambiamento; lo **Sri Lanka** con una politica di buona qualità e una realtà innovativa limitata alla costa est del paese (Batticaloa) e qualche successo nella umanizzazione dell'ospedale psichiatrico Angoda di Colombo (4).

Il quarto gruppo, cui attribuiremo una bandierina viola, è costituito da esperienze di grande innovazione e totalmente indipendenti da influenze dei movimenti antistituzionali italiani e europei. In questo gruppo la parte del leone tocca



certamente all'India ove alcune realtà assistenziali sono decisamente innovative, centrate sia sulla umanizzazione radicale dei luoghi di cura sia sul forte radicamento nei territori. Si tratta sempre di esperienze al di fuori del sistema sanitario pubblico, generalmente realizzate da organizzazioni filantropiche (*charities*). Fra tutte, e sono numerose, vanno ricordate due esperienze nel Tamil Nadu, a **Chennai** : quella di *Banyan*, una Ong che raccoglie donne homeless e con problemi psichiatrici e le accompagna in un intenso percorso di riabilitazione psicosociale e di inserimento sociale e quella della *Schizophrenia Research Foundation* (SCARF) che si occupa gratuitamente di malati psicotici gravi. Oltre all'India, vanno infine ricordate le esperienze straordinarie realizzate a **Los Angeles** in supporto alle popolazioni più vulnerabili e con un forte e talvolta radicale coinvolgimento della intera comunità ; similmente a **Melbourne**, in Australia, sono state realizzate esperienze di transizione dalle istituzioni psichiatriche tradizionali verso diffuse reti di assistenza e cura nella comunità.

Infine, il quinto gruppo che indicheremo con una bandierina azzurra, è costituito dalle innumerevoli esperienze locali di assistenza psichiatrica e promozione della salute mentale nella comunità, all'insegna della solidarietà, della integrazione sociale,



dell'avviamento al lavoro, dello *housing* e della promozione dei diritti. Si tratta di esperienze spesso ispirate da un leader locale o da un gruppo di operatori pubblici o anche dal privato sociale che, in sinergia, costruiscono "micro eccellenze" locali in territori a volte anche molto piccoli. Le troviamo soprattutto in Africa (**Sud Africa, Costa d'Avorio e Benin**) ma anche in Asia (**Nepal e Giappone**). Sono tuttavia impossibili da conoscere tutte, da elencare, catalogare e descrivere. Mi piace tuttavia, a titolo di esempio, ricordarne soltanto una particolarmente straordinaria. Si tratta di una esperienza di assistenza psichiatrica senza manicomio e completamente integrata a progetti di sviluppo locale, per i bambini, per gli adolescenti, per gli anziani, per le donne esposte ai traumatismi della violenza domestica. Questa esperienza ha costruito una diffusa rete di progetti nella comunità che sinergizzano fondi di diverse istituzioni pubbliche e private e che hanno creato una straordinaria oasi di democrazia dal basso, la **deep**

democracy evocata da Arjun Appadurai (5). Tutto questo succede a Salcedo, capoluogo della provincia Hermanas Mirabal, una regione rurale della Repubblica Dominicana (6). L'influenza del modello triestino su di un giovane psichiatra, e futuro vicepresidente della repubblica, Jaime Mirabal, fu grande e duratura ed egli è stato il leader locale che ha sviluppato l'esperienza di Salcedo e nella provincia Hermanas Mirabal.

E il resto del mondo? Cosa succede in Cina, in Russia, nel sud est asiatico o negli Stati Uniti o nella Europa dell'Est? Non è certo possibile in questo breve post analizzare le importanti differenze di tanti e tanto diversi paesi.

Quello che è certo è che anche là dove si siano realizzati servizi psichiatrici di qualità più che accettabile (pensiamo al Nord Europa, ad esempio) non è avvenuta quella radicale messa in discussione del modello biomedico e delle sue istituzioni totali, siano esse vetuste e disumane oppure riformate. L'esperienza italiana e quelle poche cui qui si è brevemente accennato restano luminosi esempi di innovazione in una buia notte ancora caratterizzata dai manicomi.

Benedetto Saraceno. Segretario Generale Lisbon Institute of Global Mental Health.

Bibliografia

1. Saraceno B, Sashidaran SP. Basaglia's international influence. In: Burns T., Foot J. (editors): Basaglia's International Legacy: From Asylum to Community. Chapter 5. Oxford University Press, Oxford, 2020.
2. ABRASCO (2011). Reforma psiquiátrica no Brasil: ideias, atores e instituições políticas. (Rosario Costa N, Sávio Nascimento D, Fagundes da Silva PR, Saraceno B. eds.) Ciência & Saúde Coletiva. Vol.16, 12.
3. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas, 1990. file:///C:/Users/hp/Downloads/Declaracion_de_Caracas.pdfCaracas
4. World Health Organization. Building back better. WHO, Geneva, 2013.
5. Arjun Appadurai (2002), Deep Democracy: Urban Governmentality and the Horizon of Politics. Public Culture, 14 (1):21-47.
6. Codazzi R. Provincia Hermanas Mirabal: un'esperienza di sviluppo locale in Repubblica Dominicana sulla centralità della persona. In: (Sambati S, Saraceno B,

edts.) *Annuario SOUQ 2020*. Il Saggiatore, Milano 2020. 161-176.