

LE ALTERNATIVE AL MANICOMIO:
RESIDENZE SOCIO-SANITARIE, COMUNITA' TERAPEUTICHE, COMUNITA' ALLOGGIO

Il manicomio è stato ormai superato scientificamente da circa cinquant'anni. Freud per primo, individuando fattori psicogenetici all'origine dei disturbi mentali e focalizzando l'importanza delle relazioni primarie per lo sviluppo psichico, incrinò irreparabilmente il dogmatismo griesingeriano su cui poggiava la psichiatria manicomiale, l'assioma cioè secondo il quale le malattie mentali sarebbero malattie del cervello. Successivamente studi ormai classici di matrice psicoanalitica evidenziarono il ruolo dei processi relazionali nelle psicosi affettive (Abraham K.) e nelle psicosi schizofreniche (Sullivan H.S., Meyer A., Melanie Klein, Frieda Fromm-Reichmann, Federn P. etc.). Agli inizi degli anni cinquanta la scuola di Palo Alto indicò nella patologia della comunicazione un insieme di fattori determinanti l'insorgenza della malattia mentale, così intesa esplicitamente quale evento comunicativo prodotto da processi relazionali.

La concezione psicopatologica basata sull'ipotesi processuale e su modelli riduzionistici di impronta biologistica ha via via ceduto il passo ad una concezione multifattoriale, olistica ed ecologica della malattia mentale. I tempi erano ormai maturi per la critica dell'istituzione totale ed il superamento dell'ospedale psichiatrico quale luogo di custodia più che cura di malati che si erano voluti per troppi anni incomprensibili e inguaribili. Vari studi a partire dai primi anni sessanta hanno messo in luce come l'ospedale psichiatrico realizzasse una radicale emarginazione, fonte di vera e propria "sindrome da istituzionalizzazione" (descritta da Burton come "nevrosi istituzionale" nel 1959, da Goffman come "istituzionalizzazione totale" nel 1961, dagli autori americani come "social break-down syndrome" e successivamente da Basaglia, da Wing e da Gruenberg), caratterizzata questa dal deterioramento e dall'impoverimento della persona, dall'annullamento di ogni capacità relazionale e progettuale, dalla privazione di tempi, spazi, rapporti sociali, possibilità affettive, opportunità lavorative. Il manicomio, allora, ben lungi dal realizzare una funzione curante, produce un accertato effetto patogeno, determinando o rinforzando i sintomi da privazione e isolamento socio-affettivo.¹

E' ormai unanimemente condivisa nella comunità scientifica internazionale la convinzione che trattare la malattia mentale implichi trattare con un inscindibile complesso di fattori biologici, sociali, psicologici. La risposta terapeutica deve di conseguenza essere a sua volta complessa, multifattoriale, multicontestuale e integrata.² A partire da questa sempre più diffusa e maturata convinzione, le prassi psichiatriche si sono gradualmente spostate sul territorio, passando dall'ospedale psichiatrico, al centro di salute mentale negli anni settanta³, via via a quella rete differenziata di servizi che negli anni ottanta e novanta ha trovato il suo raccordo nel dipartimento di salute mentale (DSM).⁴

Sotto questo profilo il grande contributo di Franco Basaglia consiste proprio nella rottura epistemologica che ha determinato con lo spostare il luogo dell'intervento dal manicomio al territorio.

Il DSM, nelle diverse articolazioni che assume nelle varie realtà territoriali, si configura come luogo insieme di cura, scambio sociale, cooperazione, elaborazione culturale. Il DSM inoltre prefigura, nella sua evoluzione, una nuova soggettualità: soggetti che entrano "malati" acquistano progressivamente una nuova identità sociale: cittadini, lavoratori, portatori di diritti e di doveri. Il

¹ F. Basaglia (1966) *Un problema di psichiatria istituzionale*. Scritti 1953-1968 vol.I, pag. 309-328, Einaudi Paperbacks 128, Torino.

² L. Burti

³ Trieste

⁴ Legge 833/78; Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-96.

DSM, così facendo, aiuta anche la comunità a modificarsi, a re-identificarsi, a pensare ed agire nuove modalità di organizzazione della vita e del lavoro. Il DSM antagonizza il disagio macro e microsociale (che produce e mantiene i meccanismi dell'esclusione e dell'emarginazione) implementando le risorse e le competenze dei pazienti, dei loro gruppi familiari, della comunità locale, costituendosi cioè come laboratorio dove si produce salute e si sperimenta una nuova socialità. Il processo trasformativo che avuto il fulcro nei DSM ha creato anche un nuovo linguaggio, assai diverso dalla terminologia sanitaria: gruppi, supervisioni, coevoluzione, servizio come moltiplicatore di risorse, équipe, famiglia, società...⁵

Ma quali modellistiche del DSM permettono e favoriscono lo svolgersi del processo trasformativo dell'istituzione e di fornire un servizio efficace e qualitativamente valido?

Un modello del DSM frammentato, con servizi non integrati e fortemente burocratizzati, ripropone la logica istituzionale e vanifica la possibilità di intervenire con una reale continuità terapeutica, erogando viceversa interventi parcellari che non configurano una effettiva presa in carico. L'esperienza di questi anni ha dimostrato come un siffatto modello produca nuova cronicità e abbia bisogno di nuovi contenitori istituzionali dove depositare i propri fallimenti.⁶ L'esperienza di Palermo è riconducibile ad un modello organizzativo frammentato (tre poli separati: Diagnosi e Cura, territorio e "riabilitazione") che, ben lungi dal condurre ad una reale chiusura del manicomio, è stato anzi il presupposto per il suo rilancio, fino a riutilizzarne le strutture sotto forma di cosiddette "comunità terapeutiche" (ben quindici: tre per ciascuno dei cinque distretti cittadini dell'Azienda USL).⁷

Un modello complesso del DSM, gestito in modo integrato e unitario, è in grado di effettuare la presa in carico attuando il principio della continuità terapeutica e formulando progetti terapeutici e riabilitativi fortemente radicati nella storia delle persone e nella loro rete relazionale. L'esperienza di Caltagirone ne fornisce in Sicilia un esempio emblematico, le cui soluzioni residenziali fanno perno sulla completa deistituzionalizzazione e su una rete di strutture intermedie (comunità terapeutica assistita, sanitaria, pubblica, extraospedaliera; case famiglia e comunità alloggio, socio-sanitarie integrate, gestite dal privato sociale, collocate nel contesto urbano).⁸

CARATTERISTICHE DELLE CASE FAMIGLIA

Appartamenti di max 10 posti letto

Collocazione nel contesto urbano

Ingresso di nuovi soggetti (cooperative sociali) e di operatori non psichiatrici nel processo terapeutico-riabilitativo

Gestione comunitaria

Progetto terapeutico multipolare (casa, scuola, lavoro, socializzazione, psicoterapia...) e multisoggettuale (DSM, cooperativa, Comune, associazioni...)

Quest'ultimo modello di DSM (unitario e integrato) e di residenzialità consente di fatto una pluralità di percorsi terapeutici, riabilitativi e risocializzanti, in grado di rispondere con soluzioni non rigide alle diverse esigenze di diversi pazienti, in diversi momenti della loro storia, nei diversi contesti di vita. A questo proposito, va detto che il processo non può fermarsi ad assolvere funzioni solo curanti, assistenziali e occupazionali: il ruolo del DSM si gioca sino al livello politico ed economico, promuovendo ad esempio la nascita di imprese sociali a cui partecipano vari soggetti (cooperative integrate, aziende, dirigenti e imprenditori, enti pubblici...).

A conclusione di queste puntualizzazioni è necessario sottolineare che l'alternativa al manicomio non risiede nelle "strutture alternative". Alternativa non è una struttura, bensì una radicale trasformazione del pensiero e delle prassi. Una comunità terapeutica riabilitativa se è fatta da chi ha in testa il manicomio diventa un "minicomio", tanto più se realizzata nelle ex strutture manicomiali. Una comunità alloggio chiusa in sé stessa fallisce o, nel migliore dei casi, si limita ad una mera

⁵ G. Interlandi, R. Barone, V. Bellia, M.G. Sotera (1996) *La casa famiglia contro l'istituzionalizzazione*. In "Manicomio ultimo atto", Fogli di informazione 170.

⁶ R. Piccione (1995) *Deistituzionalizzazione e circuito*. In "Manuale di Psichiatria", Bulzoni, Roma, pagg. 204-212.

⁷ Delibera ASL 6 Palermo.

⁸ G. Interlandi, R. Barone, V. Bellia, A. Bonaventura, M. Intelisano (1994) *Il quotidiano nella residenzialità psichiatrica. Case famiglia e comunità alloggio*. CUECM, Catania.

funzione assistenziale. L'alternativa al manicomio è un nuovo pensiero che si traduce in un modello organizzativo e operativo in continua trasformazione e che a sua volta produce anche strutture residenziali intermedie. La casa famiglia non è una soluzione magica, ma una possibilità solo se ed in quanto nodo di una rete sociale, culturale e terapeutica orientata al cambiamento e alla produzione di nuove soggettualità.

BIBLIOGRAFIA

- F. Basaglia, (1966) *Un problema di psichiatria istituzionale*. Scritti 1953-1968, vol.I, pag. 309-328, Einaudi Paperbacks 128, Torino.
- G. Interlandi, M.G. Sotera, V. Bellia (1993) *Case famiglia per utenti psichiatrici a Caltagirone*. Riv. di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale, II/2, Idelson, Napoli.
- G. Interlandi (1995) *Modelli di intervento in psichiatria: l'esempio di Caltagirone*. In "Un futuro migliore per chi soffre di malattia mentale". Atti del Congresso di fondazione dell'UNASAM, Istituto Regionale Lombardo di Formazione per la Pubblica Amministrazione.
- G. Interlandi, R. Barone, V. Bellia, A. Bonaventura, M. Intelisano (1994) *Il quotidiano nella residenzialità psichiatrica. Case famiglia e comunità alloggio*. CUECM, Catania.
- G. Interlandi, R. Barone, V. Bellia, M.G. Sotera (1996) *La casa famiglia contro l'istituzionalizzazione*. In "Manicomio ultimo atto", Fogli di informazione 170.
- R. Piccione (1995) *Deistituzionalizzazione e circuito*. In "Manuale di Psichiatria", Bulzoni, Roma, pagg. 204-212.