

# Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados») \*

Franco ROTELLI \*\*; Ota DE LEONARDIS \*\*\*  
y Diana MAURI \*\*\*\*

## RESUMEN

*Se analiza la experiencia italiana de desinstitucionalización psiquiátrica, que dio lugar a una reforma conocida a nivel internacional, porque es la única, en las sociedades industriales, que llegó a suprimir el internamiento en los hospitales psiquiátricos<sup>1</sup>.*

*Los autores subrayan las diferencias con otras reformas psiquiátricas de Europa y Estados Unidos, en las que la desinstitucionalización quedó reducida al mero externamiento de los pacientes.*

*Los autores exponen los contenidos de esta reforma italiana comenzando por la crítica al paradigma racionalista problema-solución, de aplicación usual en psiquiatría.*

*Explican que la desinstitucionalización fue en Italia un proceso social complejo, que movilizó a los actores sociales implicados, que modificó las relaciones de poder entre pacientes e institución y permitió disponer de estructuras de salud mental que sustituyeron al internamiento en el hospital psiquiátrico y que surgieron de la reconversión de recursos que poseía el hospital. Para argumentar estos extremos se refieren en particular a la organización de los Servicios de Salud Mental de Trieste.*

*Los autores concluyen que el discurso que exponen tiene también implicaciones que se pueden extender a toda la organización sanitaria.*

## ABSTRACT

*In this article, it is analysed the Italian experience of the psychiatric disinstitutionalization, that produced a reform known at an international level, due to the fact that it is the only one in the industrial societies that suppressed the asylum internment.*

<sup>1</sup> En realidad hasta ahora solamente en el Estado de Saskatchewan (Canadá) se ha optado por la clausura real de los hospitales psiquiátricos, mientras que en algunos Estados de USA. fueron suprimidos determinados hospitales.

A estos datos se añaden *declaraciones* pragmáticas en ese sentido realizadas en Inglaterra y Suecia, por parte de los respectivos gobiernos.

(\*) Traducción realizada por el doctor José GARCÍA GONZÁLEZ.

(\*\*) Director de los Servicios Psiquiátricos de Trieste.

(\*\*\*) Universidad de Salerno. Instituto de Sociología.

(\*\*\*\*) Universidad de Milán. Instituto de Sociología.

*Nota del traductor.* — En un encuentro con F. ROTELLI, a finales del año pasado, hemos tenido la impresión de que algunas de sus posiciones expuestas, poco antes, en una reunión que tuvo lugar en Sevilla, no habían sido bien comprendidas. Nos pareció oportuno, por tanto, que publicara un trabajo en la Revista de la AEN, que le permitiera poner por escrito las ideas más sustantivas que subyacían en la reforma de Trieste.

Espero haber sabido captar y traducir la riqueza y diversidad de conceptos y matices que expresan los autores en este trabajo. Algunas de ellas tendrán una mejor lectura o comprensión si se enmarcan en la cultura política de la izquierda italiana que, en mi opinión, se sustenta en posiciones teóricas diferentes de la española.

# 1. LA PSIQUIATRIA REFORMADA EN EUROPA Y EN LOS EE.UU. LA DESINSTITUCIO- NALIZACION SE CONVIERTE EN «DESHOSPITALI- ZACION»

La gran campaña re-  
formadora en Europa y  
USA, que ha afectado  
y a veces transforma-  
do, en grado diverso,  
los sistemas de Salud  
Mental, estaba anima-  
da por el intento de re-  
novar la capacidad tera-  
péutica de la psiquia-  
tría, liberándola de sus  
funciones arcaicas, de  
control social, coacción  
y segregación <sup>2</sup>.

En este contexto cultural y político, la  
desinstitucionalización era una palabra de  
orden central, utilizada para muchos y va-  
riados objetivos.

Para los reformadores compendia-  
ba esos diversos objetivos; para los grupos  
de técnicos y políticos radicales simbo-  
lizaba la esperanza de la abolición de todas  
las instituciones de control social y se am-  
paraba en la perspectiva antipsiquiátrica;  
para los administradores era, sobre todo,  
un programa de reducción económica y  
administrativa, sinónimo de reducción de  
camas hospitalarias y una de las primeras  
operaciones consecuentes de la crisis fi-  
nanciera.

Pues bien, la desinstitucionalización se  
ha realizado sobre todo con este último

---

*The authors emphasize the differences between these and other  
psychiatric reforms in Europe and the USA, in which disinstitu-  
tionalization was reduced to a mere patients externement.*

*The authors state the contents of this Italian reform beginning  
with the critics to the rationalist paradigm problem solution, which  
is usually applied in psychiatry.*

*They explain that the disinstitutionalization in Italy was a com-  
plex social process, which mobilized the social actors who were in-  
volved, modified the power relations between the patients and the  
institution and which allowed to dispose of structures of mental  
health that substituted the asylum internment. These new structu-  
res arose from the recourse reconversion that the asylum owned.*

*To argue these matters, they particularly refer to the organiza-  
tion of Mental Health Services in Trieste.*

*The authors conclude saying that the discourse that the article  
expounds also has implications that can be extended to the whole  
health organization.*

## PALABRAS CLAVE

*Desinstitucionalización psiquiátrica. Reforma de la psiquiatría  
italiana. Servicios alternativos de Salud Mental.*

## KEY WORDS

*Psychiatric disinstitutionalization. Community care in Italy. Al-  
ternative Mental Health Services.*

---

significado. Es decir, ha sido practicada  
como «deshospitalización», política de al-  
tas, reducción más o menos gradual de  
camas (y en alguna ocasión, desde luego  
no frecuente, cierre más o menos brusco  
de hospitales psiquiátricos).

Entre otras cosas, como es conocido,  
en esta versión la desinstitucionalización  
sobrevive a la crisis de la política de Salud  
Mental que había hecho de ella una ban-  
dera, y se muestra coherente con las  
orientaciones neoliberales y conservado-  
ras del reajuste del mismo *Welfare*. En lu-  
gar de bandera o mito, es atribuida a los  
reformadores y evocada para liquidar la  
voluntad de cambio de aquella época, o  
para alimentar la autocrítica de los refor-  
madores mismos.

Para orientar el discurso sobre el signifi-  
cado que ha adquirido la desinstitucional-  
ización, en las experiencias avanzadas de  
Italia, para el grupo de técnicos que cohe-  
rentemente ha sostenido la exigencia,  
afirmamos, desde ahora, que no ha sido  
entendida en los términos reductivos de

---

<sup>2</sup> Es significativo observar que este proceso ni si-  
quiera ha tocado la situación de otro gran país indus-  
trializado, el Japón, donde, por el contrario, el inter-  
namiento psiquiátrico se ha incrementado enorme-  
mente en esta veintena, hasta llegar a alcanzar la ci-  
fra actual de 335.000 internados.

una «perspectiva abolicionista» de tipo político radical, y no ha sido nunca identificada con los externamientos (y esto especialmente en los lugares que han promovido la reforma del 78).

En sus intenciones todas las reformas psiquiátricas de los años 60, en Europa, se proponían llegar a superar gradualmente el internamiento en los manicomios mediante la creación de servicios en la comunidad, el desplazamiento de la intervención terapéutica hacia el contexto social de la persona, la prevención, la rehabilitación, etc. Esta transformación de la base organizativa de los sistemas de Salud Mental ha roto el predominio cultural del modelo segregador clásico de la psiquiatría, en el cual el manicomio constituía la única respuesta al malestar psíquico. Y, en esta perspectiva, se han multiplicado las estructuras extrahospitalarias, médicas y sociales, que deberían haber acogido a los pacientes dados de alta de los hospitales psiquiátricos y constituir un filtro contra posteriores hospitalizaciones.

¿Pero qué efectos, deseados o no, ha tenido este cambio de los hechos? ¿Qué eficacia ha demostrado respecto al objetivo de superar el internamiento?

El análisis de la psiquiatría reformada pone en evidencia algunos rasgos comunes:

a) El internamiento psiquiátrico continúa existiendo en Europa y USA. En todos los sistemas de Salud Mental nacidos de la reforma, a pesar de las intenciones que los animaban, permanecen los hospitales psiquiátricos y las estructuras de internamiento, y tienen un peso que no es precisamente secundario: se calcula que, por ejemplo, en Europa estas estructuras acogen, bajo estatutos distintos, a un millón de personas, aproximadamente. La política de «deshospitalización» se ha acompañado de una reducción en la duración de las estancias y de un aumento complementario de las altas y de las recaídas. En otras palabras, los hospitales psiquiátricos han sido, en parte, reorganiza-

dos según la lógica del *revolving door*<sup>3</sup>. Al mismo tiempo, junto a ellas han entrado en funcionamiento otras estructuras de tipo asistencial o judicial que internan, bajo epígrafes diversos, pacientes psiquiátricos. La desinstitucionalización, entendida como política de externamientos, ha producido el abandono de sectores relevantes de la población psiquiátrica y, en conjunto, por ello, también la transinstitucionalización (traspaso a residencias de reposo, residencias para ancianos, lugares de crónicos «no psiquiátricos», etc.), y nuevas formas de internamiento (más en penumbra). (ROSÉ, 1979; WARREN, 1980; SAID, 1981; MORRISEY, 1982).

b) Los servicios territoriales o comunitarios favorecen el internamiento en vez de sustituirlo.

Los servicios territoriales son lugares en los que se expresa la renovada intención terapéutica de la psiquiatría, que quería, finalmente, liberarse de la función impropia de la custodia y de la coacción. Se han desarrollado al lado del hospital psiquiátrico y se han especializado siguiendo la lógica de un «servicio para cada problema» (CASTEL et al., 1979; DE LEONARDIS, Mauri, 1980-1983).

Cada problema viene seleccionado y asumido en base al criterio de la coherencia, de la pertinencia, con los códigos de prestación del servicio. En general, en Europa, los servicios psiquiátricos han utilizado esta lógica para diferenciarse en tres modelos principales:

*El modelo médico:* Que tiene su lugar institucional de elección en el hospital general, y su prestación principal es la sumministrazione de fármacos.

*El modelo de ayuda social:* Que privilegia las condiciones materiales de vida de la persona y ofrece asistencia social.

*El modelo de escucha/terapéutica:* Que privilegia la vivencia subjetiva y ofrece psicoterapia.

<sup>3</sup> Expresión utilizada en el original.

Esta división macroscópica se ha concretado en una compartimentación total, y ausencia de relaciones entre los diversos tipos de servicio, que han marchado separados unos de otros y se han articulado en una ulterior especialización y en la fragmentación para particulares tipos de prestaciones. Este desarrollo es particularmente visible en el campo de la psicoterapia (CASTEL, 1981).

Los análisis sociológicos y sociopsiquiátricos han insistido sobre los riesgos ligados a esta difusión y especialización de los servicios psiquiátricos en la comunidad: Psiquiatrización de los problemas sociales y difusión capilar de los mecanismos de control social (piénsese en el caso extremo de la terapia para los normales).

Pero estas preocupaciones han ensombrecido efectos complementarios de ellas, es decir, los efectos de la selección, de la falta de respuesta a los problemas y a los sufrimientos de las personas, del abandono. Detengámonos un momento sobre esto. El elevado nivel de especialización y de refinamiento de las técnicas de intervención tienen como consecuencia una elevada selección de los pacientes que se toman a cargo. Es decir, los servicios funcionan según una lógica de agencia: seleccionan los problemas en base a la propia competencia y para el resto se puede decir «no es un problema nuestro». Esto significa, en primer lugar, que los pacientes deben de saber presentar las demandas de forma coherente con el tipo de servicio, o deben ser conscientes, o al menos deben presentar problemas pertinentes para las prestaciones ofrecidas. En segundo lugar, la eficacia de las prestaciones dadas, a menudo contraídas por motivo del esfuerzo de especialización profesional de los trabajadores y de los servicios, si se correlacionan y se ponderan en relación al número de demandas y problemas, que no son ni siquiera tomadas en consideración, se revela muy deficiente. Finalmente, por consiguiente, este modo de funcionar de los servicios psiquiátricos, especializado y selectivo, hace

que las personas sean desplazadas y peleteadas entre las competencias diversas y, en definitiva, no tomadas a cargo y abandonadas a sí mismos. El abandono de que estaba acusada la política de deshospitalización es una práctica cotidiana, aunque de una manera más inaparente y disimulada, en los servicios territoriales. Este abandono produce nueva cronicidad y alimenta la necesidad de otros lugares en los que se descarguen e internen temporalmente los pacientes.

c) El sistema de Salud Mental funciona como un circuito.

Los análisis sociológicos y psiquiátricos sobre la psiquiatría reformada han puesto en evidencia que entre los servicios de la comunidad y las estructuras para el internamiento hay una complementariedad, un juego de alimentación recíproca. Se ha hablado de «efecto hidráulico», «de circuito» (BACHRACH, 1976; FEELEY, 1978; STEADMAN, 1984). En particular la imagen de «circuito» pone en evidencia el hecho de que en la psiquiatría reformada, a la estática de la segregación, en una institución separada y total, le ha sustituido la dinámica de la circulación entre agencias especializadas y prestaciones puntuales y fragmentarias.

Así funcionan el Centro para la Intervención en Crisis, el Servicio Social que presta subsidios, el Ambulatorio que ofrece fármacos, el Centro de Psicoterapia, etcétera. Así funcionan también los lugares de internamiento, los cuales son organizados ellos mismos — como habíamos visto — según la lógica del *revolving door*, y, por lo tanto, ejemplifican el funcionamiento del circuito del sistema en su conjunto. En el circuito son un punto de descarga necesario, temporal y recurrente.

El circuito es, sin embargo, una espiral, es decir, un mecanismo que alimenta los problemas y los hace crónicos.

No es por casualidad que el dilema central y dramático de los sistemas de Salud Mental nacidos de la reforma no sean ya los viejos pacientes crónicos dados de al-

ta de los hospitales psiquiátricos mediante la deshospitalización, sino que son los nuevos crónicos. Piénsese en el caso de los *Young Adult Chronic Patients*, que llenan los servicios en USA. Son jóvenes, una multitud, que acumulan problemas diversos (sociales, económicos, de salud, psicológicos), alteran el orden público, no son reductibles a categorías diagnósticas definidas, circulan entre los servicios sin llegar a establecer nunca una relación estable y, naturalmente, ocupan periódicamente los lugares de internamiento (BACHRACH, 1982; LAMB, 1982; PEPPER y RYGLEWICZ, 1982).

Por tanto, representan de manera ejemplar lo que se produce en el funcionamiento del circuito de los nuevos servicios psiquiátricos, un número masivo y creciente de crónicos, un sentimiento difuso de impotencia y frustración entre los trabajadores, la necesidad de lugares de internamiento que funcionen como válvulas de escape.

Podemos, pues, concluir estas breves notas sintéticas sobre los sistemas de Salud Mental en los países avanzados, nacidos de la reforma, afirmando que el balance de esta desinstitucionalización no puede valorarse más que como negativo.

La intención de liberar la psiquiatría (y su objeto) de la coacción y de la cronicidad que ella producía para restituirle el *status* terapéutico, se ha resuelto con la construcción de un sistema complejo de prestaciones que, *reproduciendo y multiplicando la lógica exclusivamente negativa de la deshospitalización, seleccionan, rechazan, no toman a cargo y abandonan*. La nueva cronicidad que se produce constituye el signo más macroscópico y dramático del fracaso de aquellas intenciones. En realidad se podía avanzar la hipótesis de que en el fondo de este proceso tal vez estuviera la exigencia de relegitimar la psiquiatría «liberándola» de su relación histórica con la justicia, y de su ser inherente a la política de control social, de darle una dignidad exclusivamente terapéutica. Es razonable sostener que este

es un proyecto imposible, pero que a través de estas operaciones se intenta hacerle aparecer como real.

Un signo complementario de este fracaso radica en el hecho de que esta forma de desinstitucionalización no ha alcanzado el objetivo de superar la necesidad de la coacción y, por tanto, de los lugares de internamiento. Permanecen y se confirman como un elemento necesario al funcionamiento de todo el sistema.

## 2. LA EXPERIENCIA ITALIANA

No es simple explicar, de manera positiva, qué cosa ha sido y es la desinstitucionalización en los lugares que han preparado la reforma: Se trata, en definitiva, de reconstruir el proceso entero de transformación de la institución psiquiátrica que ha transcurrido a lo largo de veinte años, y ha dado su impronta en múltiples dimensiones: del microcosmos de la relación terapéutica (y las concepciones prácticas de la terapia) a la dimensión de la construcción de una nueva política psiquiátrica (y las concepciones y prácticas de la acción política).

Consideramos importante intentar identificar las características del proceso de desinstitucionalización en estos lugares, porque también en Italia se corre el riesgo de proceder a realizarla no en el sentido convenido, sino en aquella versión de la que ya hemos ilustrado esquemáticamente en las páginas anteriores.

### 2.1. Desinstitucionalizar el paradigma

Desde el observatorio del manicomio, en Gorizia, en los años 60, un grupo de psiquiatras innovadores se da cuenta que la psiquiatría, desde siempre, no consigue adecuar sus métodos de trabajo «a los principios abstractos» que la gobiernan; lo mismo que las otras instituciones del Estado moderno que se dividen las competencias de interpretación y de interven-

ción sobre los problemas sociales (en particular la medicina, la justicia y la asistencia, que limitan con la psiquiatría). Estas instituciones funcionan (al menos así se legitiman) en base a una relación codificada entre «definición y explicación del problema», y «respuesta (o solución) racional», tendencialmente óptima <sup>4</sup>.

Para aclarar mejor la acción de este paradigma racionalista problema-solución, basta referirse a la terapéutica en el ámbito de la medicina. La terapéutica —entendida no tanto como una relación individual entre médico y paciente, sino más bien como un sistema organizado de teorías, normas, prestaciones— es, en general, el proceso que vincula el diagnóstico al pronóstico, que conduce de la enfermedad a la curación. Es, en suma, un sistema de acciones que intervienen sobre un problema dado (la enfermedad) para perseguir una solución racional, tendencialmente óptima (la curación). Si bien, a pesar de los presupuestos científicos y los fines terapéuticos que desearía tener, la psiquiatría constituye una primera práctica que desmiente este paradigma racionalista. Este desmentido se presenta, en primer lugar, en el objeto de la competencia psiquiátrica: la enfermedad mental. Desde sus orígenes la psiquiatría está condenada a ocuparse de un objeto: la enfermedad mental, que precisamente, en la realidad, es con frecuencia «ininteligible» y a menudo incurable (BLEULER, 1983); a pesar de los enormes esfuerzos por dar de ella una explicación y definición racional extendiendo y haciendo más completo el cuadro de las causas (con las

contribuciones de la psiquiatría social y relacional, la investigación epidemiológica, biológica e inmunológica, etc.). Al final de la cadena causal, la enfermedad mental permanece ampliamente indeterminada e indefinida; y aún, a pesar de los desarrollos de la terapia de *shock*, de la farmacológica, de la psicoterapia, etc., la cronicidad continúa siendo el objeto por excelencia, el problema más macroscópico, el signo más vistoso de la impotencia de la psiquiatría para conseguir la solución-curación (y los manicomios son la evidencia concreta de todo ello).

El desmentido del paradigma racionalista se asienta también en la forma asumida por la institución psiquiátrica: el manicomio se constituye, sobre todo, como un lugar de descarga y de ocultamiento de todo aquello que, como el sufrimiento o la miseria o el disturbio social, resulta incoherente respecto a los códigos de interpretación y de intervención (de problema-solución) de las instituciones que limitan con la psiquiatría, es decir, la medicina, la justicia y la asistencia. Por ello, la psiquiatría se constituye de hecho en el límite, en la encrucijada de estas otras instituciones, y asume la tarea de absorber en su propio interior lo residual de la lógica problema-solución que las gobierna, y, por tanto, todos los problemas que resultan incoherentes, insolubles e irreductibles, y que son, por tanto, expulsados.

En este sentido, la psiquiatría se revela como una institución que más que nada administra aquello que queda como residual: es decir, una institución ella misma residual, que detenta un poder respecto al sistema institucional global, vicariante e insustituible.

Por ello, la crítica al manicomio, desarrollada en Italia, ha revelado no tanto el retraso de la psiquiatría, cuanto su misma identidad. Una revelación que ilumina también el presente. De hecho, como resulta del balance crítico trazado más arriba, la psiquiatría nacida de la reforma ha fracasado en el objetivo de superar la cronicidad y en el objetivo de liberarse de las

---

<sup>4</sup> La reflexión crítica sobre el teorema racionalista, problema-solución es un campo que se ha abierto bastante recientemente en el ámbito de las Ciencias Sociales y Políticas. (Para una concreción sobre el terreno de la política social véase NELSON, 1977; BARDATH; KEAGAN, 1982; BOUDON, 1984; MARCH, 1978-81). Por lo que respecta a sus implicaciones sobre la vertiente terapéutica véase WANATLAWICK et al., 1984. Esta temática tiene también un espacio teórico de más largo alcance en los estudios sobre la racionalidad y en particular sobre la racionalidad limitada: V. ad. E. S. ELSTER (1969).

competencias coactivas y de internamiento.

En conjunto, la imposibilidad de conocer el problema y de construir una solución, aparece como una tarea constitutiva de la psiquiatría que, una vez examinada, arroja una luz crítica sobre la acumulación de códigos diagnósticos, aparatos organizativos y administrativos y especializaciones terapéuticas. Todo aparece como un andamiaje tendente más bien a ocultar y remover aquella tarea constitutiva y, quizá también, mediante la separación del problema no resuelto, a mantener indemne la credibilidad del teorema racionalista, problema-solución. En otras palabras, los psiquiatras italianos innovadores (DE GORIZIA, en los años 60, y después en Trieste en los años 70 y en la actualidad) trabajan sobre la hipótesis que *el mal oscuro de la psiquiatría está en haber separado un objetivo ficticio, «la enfermedad», de la existencia global de los pacientes y del cuerpo o tejido de la sociedad*. Sobre esta separación artificial se ha construido un conjunto de aparatos científicos, legislativos y administrativos (las instituciones, precisamente), todos referidos a la enfermedad. Es este conjunto lo que es preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar contacto con la existencia de los pacientes, en tanto que «existencia» enferma.

Sin embargo, el carácter radical de esta crítica del manicomio, como revelación de la psiquiatría y de su papel en el sistema institucional, no lleva a los psiquiatras italianos innovadores a desembocar en el callejón de la anti-psiquiatría. El recorrido que a partir de ese momento tuvo lugar es más complejo e indirecto: es precisamente el trayecto de la desinstitucionalización. En ella, están contenidos el objetivo y la acción terapéutica (por lo tanto no se hace «política»), y al mismo tiempo se utiliza el poder, residual pero insustituible, que la psiquiatría tiene en el sistema institucional, como poder de transformación (y por tanto se hace «política»).

El primer paso en esta dirección, es decir, el primer paso de la desinstitucionalización,

ha sido el de comenzar a desmontar la relación problema-solución renunciando a perseguir aquella solución racional (tendencialmente óptima) que en el caso de la psiquiatría es la normalidad plenamente restablecida. Esto, como veremos, no significa, de hecho, que se renuncie a curar<sup>5</sup>.

Esta «inversión» de la solución opera un cambio de óptica profundo y duradero que afecta al conjunto de las acciones e interacciones institucionales. Ya no se está frente a un problema dado, respecto al cual se formulan y se aplican soluciones; estamos, más bien, implicados en la confrontación con un andamiaje de respuestas científicas, terapéuticas, normativas y organizativas que se autolegitiman como soluciones racionales definiendo, formando y reproduciendo el problema a su propia imagen y semejanza. Desde el punto de vista de la observación del manicomio resulta evidente que en la relación que liga problema-solución es la solución la que formula el problema, en el sentido que le da nombre y forma. Por ello, este primer paso de la desinstitucionalización consiste en el hecho de que no se pretende ya tanto afrontar la etiología de la enfermedad (se renuncia precisamente a cada intención de explicación causal), sino que se nos orienta, por el contrario, hacia una intervención práctica que retroceda en la cadena de las determinaciones normativas, de las definiciones científicas, de las estructuras institucionales a través de las cuales la enfermedad mental —es decir, el problema— ha adquirido aquella forma de existencia y de expresión<sup>6</sup>. Por tanto, la inversión de la solución orienta globalmente la acción terapéutica como acción de transformación institucional.

<sup>5</sup> Esta suerte del «renuncia» pertenece, de hecho, a la familia de la llamada «estrategia indirecta» de la que habla ESLTER (1981) a propósito de aquellos objetivos que, como la salud, se pueden dar sólo como *by products* (V. también nota 10).

<sup>6</sup> Este cambio de óptica ha sido definido provisionalmente en las elaboraciones del movimiento de transformación de la psiquiatría como «epidemiología de las instituciones»; ver BASAGLIA, 1982; MAURI, 1983.

Retomando y precisando más el título de este apartado, podemos afirmar que la desinstitucionalización es un trabajo práctico de transformación que desarticula la solución institucional existente para desmontar (y remontar) el problema. Concretamente, se transforman los modos en que son curadas las personas (o no curadas) *para transformar su sufrimiento*, porque la terapia no es entendida únicamente como búsqueda de la solución-curación, sino más bien como un conjunto global, cotidiano y elemental, de estrategias indirectas e inmediatas que consideran el problema a través de la revisión crítica sobre los modos de ser de la terapia misma.

¿Qué cosa es, tal como aquí se trata, la institución? Es el conjunto de aparatos científicos, legislativos y administrativos, de códigos de referencias y de relaciones de poder que se estructura en torno al objeto de la enfermedad. Pero si el objeto en vez de ser la enfermedad deviene la existencia-sufrimiento de los pacientes y su relación con el cuerpo social, entonces desinstitucionalización será el proceso crítico-práctico para la reorientación de todos los elementos constitutivos de la institución hacia este objetivo bien distinto.

La ruptura del paradigma que fundamenta a estas instituciones se refiere al paso desde *una investigación causal* a la reconstrucción de *una concatenación posibilidad-probabilidad*. Se rompe la rigidez mecanicista constitutiva del proceso de la «enfermedad».

El proceso de desinstitucionalización se vuelve entonces reconstrucción de la complejidad del objeto. El énfasis no se pone ya sobre el proceso de curación sino sobre el proyecto de «invención de la salud» y de *«reproducción social del paciente»*. Se alude a la escasa verosimilitud de nuestra ciencia. Si no existe solamente un mundo productivo definido en el que estar, no existe tampoco una salud, sino

que existen miles. Se trata de decir que es posible de reproducirse en mil formas diversas, pero que éstas deben ser practicable. Se trata de utilizar la riqueza infinita de los roles sociales posibles. Pero es preciso promover activamente esta posibilidad.

El problema no es la curación (la vida productiva) sino la producción de vida, de sentido, de sociabilidad, la utilización de las formas de disipación. Por esto, los encuentros, las fiestas, la comunidad difusa, la reconversión continua de los recursos institucionales y, consiguientemente, la afectividad y la solidaridad llegan a ser momentos y objetivos centrales en la economía terapéutica (que es economía política) que está en la conexión entre la materialidad del espacio institucional y la potencialidad de los recursos subjetivos.

Aquí, en la ruptura del paradigma clínico se intuye *el rol central de los servicios modernos, del verdadero «Welfare», como multiplicador institucional de energías*. Y aquí se juega en un nivel no formal, el problema de las fuentes de energía a recoger en el proceso de aplicación de la Ley 180. Pero de esto trataremos más adelante. *Limitándonos a la clínica, la cuestión planteada por la desinstitucionalización es que no podemos imaginar una psicopatología y una clínica que no incorporen en el análisis y ulteriormente en la práctica terapéutica y de transformación las estructuras existentes, los profesionales, el campo psiquiátrico. La emancipación terapéutica (que llega a ser el objetivo sustitutivo de la curación) no puede ser más que la puesta en práctica de acciones y comportamientos que emancipen la estructura entera del campo terapéutico.*

Este trabajo de desarticulación, fundamentalmente del interior del manicomio, presenta algunos aspectos cruciales que contribuyen a situar el significado de la desinstitucionalización italiana y la modalidad de su ulterior evolución.

## **2.2. La desinstitucionalización moviliza a todos los participantes implicados en el sistema de acción institucional**

Los actores principales del proceso de desinstitucionalización son, sobre todo, los técnicos que trabajan en el interior de las instituciones, los cuales transforman la organización, las relaciones y las reglas de juego, ejerciendo activamente su rol terapéutico de psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc. Sobre esta base, también los pacientes se hacen actores, y la relación terapéutica llega a ser un recurso de poder que se utiliza para hacer una llamada a la responsabilidad y a los poderes de otros interlocutores institucionales, próximos y remotos: los administradores locales responsables de la Salud Mental, los técnicos de la organización sanitaria local, los políticos, etc. En otras palabras, los técnicos de la Salud Mental activan toda la red de relaciones que estructuran el sistema de acción institucional, y dinamizan las competencias, los poderes, los intereses, las demandas sociales, etc. (CROZIER; FRIEDBERG, 1977).

Por tanto ellos hacen, de una manera indirecta, política; pero indirectamente, esto es, permaneciendo vinculados a su profesión, que es un recurso de poder y una condición para realizar concretamente los objetivos de cambio.

Este es un aspecto importante de la desinstitucionalización italiana, que la diferencia de otras experiencias en las cuales ha sido proyectada por políticos reformadores, aplicada por administradores o proclamada como un objetivo político por los grupos y movimientos radicales. En Italia, en vez de esta modalidad, se ha configurado como un trabajo concreto y cotidiano de los técnicos que produjo los correspondientes cambios de la nueva política de Salud Mental.

La nueva política de Salud Mental se va construyendo *from the botton up*<sup>7</sup> (THRASTER; DUNKLEY, 1982), en lo con-

creto, en cada ámbito local y en el interior de la institución (y también la política es usada como medio y como recurso). De esa forma, se encuentran interesados, implicados y movilizados los sujetos sociales como actores del cambio: los pacientes, la comunidad local, la opinión pública, los sujetos de política institucional y otros. Este modo de realizar la desinstitucionalización suscita y multiplica las relaciones, es decir, produce comunicación, solidaridad y conflictos, porque *el cambio de las estructuras y el cambio de los sujetos y de su cultura no puede acontecer más que conjuntamente* (ROTELLI, 1981; MELUCCI, 1982; BALBOA; BIANCHI, 1982; DE LEONARDIS, 1986).

## **2.3. El objetivo prioritario de la desinstitucionalización es transformar las relaciones de poder entre la institución y los sujetos, los pacientes en primer lugar**

Al comienzo, es decir, en el trabajo de desmantelamiento del manicomio, esta transformación se produce a través de gestos muy elementales: eliminar los medios de contención, restablecer la relación del individuo con su propio cuerpo, reconstruir el derecho y la capacidad de uso de los objetos personales, restablecer el derecho y la capacidad a utilizar la palabra, eliminar la ergoterapia, abrir las puertas, producir relaciones, espacios y objetos de interlocución, establecer condiciones para la expresión de los sentimientos, restituir los derechos civiles eliminando la coacción, la tutela jurídica y el *status* de peligrosidad, reactivar un fondo de ayuda económica para poder acceder a los intercambios sociales.

Se trata de cambios simples, y por lo demás bastante conocidos. Pero los repetimos aquí por dos razones: En primer lugar, porque nuestro conocimiento directo de los lugares de internamiento existentes hoy en la Europa de la psiquiatría reformada, y nuestro análisis sobre la normativa que los regulan, nos demuestran que es-

<sup>7</sup> Expresión utilizada en el original.

tos cambios tienen aún mucho por hacer y por completar. En segundo lugar, porque la simplicidad de estos cambios ayuda a comprender que *la desinstitucionalización es sobre todo un trabajo terapéutico*, dirigido a reconstruir la persona, en tanto que sufriente, como sujeto. Quizá no se «resuelve» por ahora, no «se cura» por ahora, pero entre tanto, seguramente, «se va curando». Después de haber invertido «la solución-curación» se ha descubierto que curar significa ocuparse, aquí y ahora, de hacer que se transformen los modos de vivir y sentir el sufrimiento del paciente y que se transforme globalmente la vida concreta y cotidiana, que alimenta este sufrimiento.

Una existencia más rica en recursos, en posibilidades y experiencias es también una existencia en cambio. Ciertamente, el sufrimiento psíquico quizá no se anula, pero se comienza a remover los motivos, cambian los modos y la medida en que este sufrimiento entra en el juego de la vida de una persona. Y de igual modo no se anula la necesidad de ser ayudada, es decir, de ser curada en el sentido ya expresado. Pero esto nos recuerda el valor de estas necesidades y *la necesidad de valor*.

Esto significa, por ejemplo, que no se da un trabajo a un paciente psiquiátrico como resultado y reconocimiento de que ya está mejor (un premio), ni como terapia, sino como una condición preliminar para que pueda estar mejor (un derecho), y se le ayuda también a hacer y a vivir este trabajo. ¿Será capaz de hacerlo? «Pero no es que le sometamos a una prueba, es más bien un espacio de vida mediante el que le ayudamos a vivir». «Es una prueba para nosotros»<sup>8</sup>. Este, consiguientemente, es otro aspecto del trabajo terapéutico entendido como toma a cargo de una per-

sona: ejercicio de tal forma que se evite abandonar al paciente, en nombre de una supuesta libertad abstracta; pero también evitando imponerle objetivos preconstituidos. Y por ello, el trabajo terapéutico es una actividad dinámica en continua transformación, hecha de tentativas, errores y aprendizajes; en la cual los objetivos cambian a lo largo del curso porque son modificados por el sujeto en acción<sup>9</sup>.

Es preciso, además, subrayar otro punto: que la transformación de la relación de poder entre los pacientes y la institución es un proceso que interviene en gran escala y debe incidir sobre el sistema jurídico.

Quién ha conducido la experiencia de desinstitucionalización ha desarrollado una atención «obsesiva» a la progresiva objetivación de nuevos estatutos, determinados paso a paso, y al establecimiento de la legitimidad administrativa primero, y luego la jurídica, hasta llegar a la Ley 180. En fin, la desinstitucionalización cambia progresivamente el *status* jurídico del paciente (de paciente forzado a paciente voluntario, luego el paciente como «huesped»), después de eliminación de los diversos tipos de tutela jurídica, y finalmente, el restablecimiento de todos los derechos civiles). En suma, el paciente llega a ser ciudadano de pleno derecho y cambia con ello la naturaleza del contrato que establece con los servicios.

#### **2.4. La desinstitucionalización es un trabajo homeopático que usa la energía interna de la institución para desmontarla**

Por tanto las transformaciones de las instituciones vienen producidas desde el interior, trabajando con lo que existe.

Al comenzar desde el manicomio, el trabajo de desinstitucionalización usa los

<sup>8</sup> De una entrevista a un trabajador de Salud Mental de Bari. Más en general V. ROTELLI (1981); MAURI (1983). Parece paradójico pero es así: el «trabajo» es «terapéutico» si es el reconocimiento de un derecho, no lo es si es una «técnica de tratamiento», en el primer caso es el sujeto que realiza una de sus posibilidades, en el segundo es la institución que «lo decide».

<sup>9</sup> En este sentido el trabajo terapéutico ejemplifica la literatura sociológica sobre las relaciones entre actores y sistema y sobre las condiciones del cambio social: V. CROZIER; FRIEDBERG (1977); SIMON (1984); BOUDON (1984).

mismos espacios, los mismos recursos, el mismo personal, los mismos pacientes, pero cambiando y descomponiendo los sistemas de acción e interacción en los cuales es insertado cada elemento: una puerta hecha para estar cerrada es usada, pero activamente usada para estar abierta (la apertura crea problemas, el manejo de estos problemas modifica la cultura de los actores en juego).

De nuevo, nos encontramos con una diferencia fundamental de *la desinstitucionalización italiana: está basada en la utilización de los recursos y de los problemas internos de la estructura en descomposición, para construir pieza a pieza las nuevas estructuras externas*. Estas nacen para «acompañar» a los pacientes fuera del manicomio y construir las «alternativas»: los servicios territoriales, la atención a la urgencia en el hospital general, las cooperativas, los pisos para los pacientes, los comedores de barrio, los gimnasios, los talleres de teatro, etc.

En suma, las estructuras y los modos de trabajar en los que se concreta el nuevo sistema de Salud Mental no surgen del exterior, como un añadido colateral al manicomio, sino del reciclaje, de la reconversión y transformación progresiva de las disponibilidades económicas, del personal, de las competencias, de las habitaciones, etc.<sup>10</sup>.

Es precisamente debido a esta génesis de la descomposición del manicomio cómo esas estructuras llegan a ser, respecto a él, enteramente sustitutivas y a suprimir (sustituyéndole) prácticas preexistentes.

En síntesis, el proceso de desinstitucionalización está caracterizado por los tres aspectos siguientes, que toman cuerpo a medida que el manicomio es desmontado, y que representan una identidad de fondo:

a) *La construcción de una nueva política de Salud Mental desde abajo y desde*

el interior de las estructuras institucionales, mediante la movilización y la participación, aunque sea conflictual, de todos los actores interesados.

b) *La centralización del trabajo terapéutico en el objetivo de enriquecer la existencia global de los pacientes*, de modo tal, que ellos, más o menos afectados, sean sujetos activos y no objetos en relación con las instituciones. La palabra fundamental es: desde el manicomio, nivel cero de intercambios sociales, a la multiplicidad extrema de las relaciones sociales.

c) *La construcción de estructuras externas que son totalmente sustitutivas del internamiento en el manicomio, precisamente porque surgen de su interior y de su descomposición y del uso y transformación de los recursos materiales y humanos que le estaban asignados*.

Estos tres aspectos de la desinstitucionalización representan igualmente condiciones gracias a las cuales se llega a eliminar el internamiento del conjunto de las estructuras y competencias psiquiátricas. O más precisamente, podríamos decir que mediante este proceso la desinstitucionalización supera el internamiento liberando la psiquiatría y su objetivo (y en definitiva la sociedad) de la necesidad del internamiento mismo. Transforman las necesidades de los enfermos, de los profesionales y de la comunidad a las que se respondía con el internamiento construyendo respuestas completamente sustitutivas<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> En este sentido se puede aplicar el estudio de ELSTER en las estrategias indirectas (1981) «Para dar una imagen de síntesis, no se puede querer la clausura del manicomio como solución, y no se la puede perseguir directamente: porque en este caso, el hecho de querer la ausencia es incompatible con la ausencia querida», o bien «la razón para querer la ausencia es incompatible con la ausencia querida». La ausencia del manicomio es, por tanto, típicamente un estado que es esencialmente un *by product* conseguible mediante una estrategia indirecta, DE LEONARDIS (1985).

<sup>10</sup> Sobre las estrategias de reconversión de los recursos y del gasto público, daremos otras informaciones en los capítulos siguientes.

## **2.5. La desinstitucionalización libera de la necesidad del internamiento construyendo servicios completamente sustitutivos**

Para explicar este punto usamos el ejemplo de la organización de los Servicios de Salud Mental de Trieste, que es la experiencia italiana más conocida a nivel internacional, que ha orientado el proceso global de la transformación institucional en Italia <sup>12</sup>. En Trieste: 1) estos Servicios tienen la responsabilidad de responder a la totalidad de las necesidades de Salud Mental de una población determinada; 2) cambian los modos de administrar los recursos para la Salud Mental, y 3) *se multiplica y vuelve más compleja la profesionalidad de los trabajadores*. En el conjunto de la organización del nuevo sistema de Salud Mental se evidencia una hipótesis clara: que la institución responde más a las propias necesidades de autorreproducción que a las necesidades de los clientes, y que desinstitucionalizar significa invertir esta lógica de funcionamiento.

### **2.5.1. Los Servicios tienen la responsabilidad de responder a la totalidad de las necesidades de Salud Mental de una población determinada**

En Trieste, entre el año 1971 y 78 el hospital psiquiátrico ha sido progresivamente vaciado de 1.200 pacientes (en su mayoría internados forzosos), completamente reconvertido y oficialmente abolido en 1980. Actualmente no existe ningún otro lugar de internamiento. No existen clínicas psiquiátricas privadas, ni departamentos psiquiátricos en el hospital

<sup>12</sup> Sobre la experiencia de Trieste V. SCABIA (1974); BENNETT (1968); HARTUNG (1981); ROTELLI (1981a, 1981b, 1983); BASAGLIA (1982); GALLIO; GIAN-NICCHEDDA (1982); MAURI (1983); REALY y otros (1983); DELL'ACQUA (1985). Además los Cuadernos de Documentación de pensamiento científico publicados a cargo de C.N.R. (en particular los volúmenes 3, 8, 16) y la revista «Fogli di Informacione». Se puede ver, además, el reciente libro de A. TOPOR.

general, ni pacientes psiquiátricos trasladados a instituciones o centros de crónicos. En lugar de estas estructuras de internamiento ha surgido una gran variedad de servicios y lugares de intervención.

### **A) LOS CENTROS DE SALUD MENTAL**

Los centros de Salud Mental son la bisagra del sistema de Salud Mental y coordinan una serie de actuaciones y estructuras colaterales que examinaremos después. Los centros son siete, correspondientes a las siete zonas de división administrativa de Trieste (con una media de población de usuarios de unos 40.000 habitantes cada uno). Están abiertos 24 horas sobre las 24 y siete días sobre siete, y están, por tanto, en condiciones de acoger a las personas en cada momento del día y de la noche. Los centros están situados en pequeñas villas o apartamentos grandes en los cuales la distribución del espacio y el equipamiento no recuerdan en nada las imágenes conocidas de un ambulatorio médico o psiquiátrico. Tienen todo el aspecto de una casa. Tienen también algunas camas (una media de ocho camas por centro) en las que son acogidos (naturalmente, no hospitalizados) los pacientes que tienen necesidad de ser particularmente seguidos o aquellos otros que tienen necesidad de alejarse por períodos de tiempo variables de su propio medio ambiente. Comúnmente, existe también una cocina y una sala grande en la que comen conjuntamente los profesionales de Salud Mental, los pacientes, visitantes y gentes del barrio. En otras ocasiones se acude para comer a bares o restaurantes del barrio concertados a estos efectos. El personal asignado a cada centro es, por término medio, de tres psiquiatras, 28 enfermeros y un asistente social.

La organización del trabajo en los centros está poco jerarquizada, con una escasa división del mismo entre los diversos

roles, en el sentido de que la responsabilidad de las decisiones y las competencias ejecutivas no están rígidamente separadas entre ellas y son simultáneamente asumidas por más de un profesional.

La organización del trabajo de cada día está formalizada en una ficha y existe, además, una breve reunión diaria (en la que participan los pacientes si quieren), el trabajo es organizado y distribuido a medida que las exigencias se presentan. A esta alta flexibilidad de la organización del trabajo corresponde también una elevada elasticidad y permeabilidad en el uso del centro y en las relaciones con los pacientes.

El centro está siempre abierto, y cada cual puede acceder a él cuando quiera. No existen visitas por cita y mucho menos lista de espera. Por tanto, los pacientes usan el centro también como lugar de encuentro, de socialización y de espacio para la vida cotidiana. No existe ningún tipo de subdivisión y selección de la demanda, en el centro conviven figuras sociales de todos los tipos: los viejos y los nuevos crónicos, el ama de casa deprimida, el joven marginado, etc.

De otro lado, gran parte del trabajo de los profesionales se desarrolla fuera del centro, porque se tiende a encontrarse con los pacientes en su casa y a facilitar su convivencia en la ciudad y entre la gente.

El trabajo terapéutico recurre a todos los instrumentos a su disposición: fármacos, entrevistas, ayudas sociales, posibilidades de trabajo, vacaciones y excursiones al mar y a la montaña, etc. Además, precisamente para estos objetivos el centro tiene también la tarea de conseguir recursos a través de la relación con otras estructuras institucionales: por ejemplo, conseguir un apartamento para algunos pacientes de la Administración local.

## B) LA URGENCIA PSIQUIATRICA EN EL HOSPITAL GENERAL

Este servicio está compuesto de dos médicos con carácter estable y 17 enfer-

meros que rotan y pertenecen a la plantilla de los centros de salud.

Ha sido creado para acoger los casos urgentes que, sobre todo por la noche, acuden al hospital general. Su función es la de ofrecer una primera respuesta a situaciones de trastorno agudo y, si se considera necesario, de llamar inmediatamente al centro de salud competente o si esto no es posible, de hospitalizarle por una noche. En este sentido, dispone de ocho camas, pero como se ve, no funciona como una unidad psiquiátrica hospitalaria.

Además, este equipo para la urgencia psiquiátrica hace también el trabajo de interconsulta cuando de los distintos departamentos del hospital se producen demandas para personas hospitalizadas con estados de sufrimiento psíquico<sup>13</sup>.

## C) LAS ESTRUCTURAS Y LOS ESPACIOS DEL EX HOSPITAL PSIQUIATRICO

Lo que fue el hospital psiquiátrico se ha transformado en un gran parque ciudadano en el que las viejas estructuras están vaciadas y asignadas a objetivos diversos. Hay 20 apartamentos para ex internados, una unidad de rehabilitación para pacientes con hándicaps muy graves (11 personas) y una unidad para ancianos con escasísimo nivel de autosuficiencia (45 personas), todos ellos bajo la responsabilidad del centro de Salud Mental de la zona. Hay también un asilo nido, una escuela elemental y laboratorios de la Universidad; existen otra serie de estructuras utilizadas para la actividad de los centros y de las cooperativas: un bar, un taller teatral y un laboratorio de arte, de música, de pin-

<sup>13</sup> Respondiendo de esta manera a las llamadas de emergencia, el Servicio de Urgencia interviene frente a las agencias de orden público (en particular la policía), o bien sea frente a las demandas médicas (del hospital general y de los médicos de base) para disminuir el miedo y la angustia que se genera ante los comportamientos extraños o perturbadores y activar en su lugar, una capacidad de respuesta nueva.

tura, de gimnasio, un taller de video, uno de estética, etc.; alojamientos — con comedor — para personal voluntario italiano y extranjero que trabajan en las diversas estructuras (la media de voluntarios presentes son de 30/40, con un total de unos 200 al año).

El dato más significativo de toda esta actividad, y en particular de los laboratorios, es el hecho que son utilizados conjuntamente por los «normales», por pacientes psiquiátricos, por drogodependientes (sobre todo jóvenes). Son un ejemplo concreto de esa tendencia a no compartir y, por el contrario, a multiplicar los intercambios sociales que es esencial para el proceso de desinstitucionalización.

#### D) LAS COOPERATIVAS

Las cooperativas promovidas y organizadas por los centros son: «La Cooperativa Agrícola» (38 miembros), con una tienda anexa para la venta de productos. «La Cooperativa Trabajadores Unidos» (con cerca de 121 participantes), que comprende servicios de mantenimiento y limpieza, un taller de carpintería, de costura, una peluquería y talleres de arte y de teatro. La Cooperativa «El Sitio de las Fresas» (con cerca de 65 miembros) de la cual depende un bar, un barco a vela y una cooperativa de ayudas de asistencia.

En las cooperativas están integrados no solamente pacientes psiquiátricos, sino también jóvenes en paro, drogodependientes, ex-carcelados, o reclusos que disfrutan de medidas de semilibertad. Constituyen una estructura importante de auto-organización de estas personas, en la que crece su autonomía y la capacidad de ayuda recíproca. Un ejemplo, para dar una idea concreta, en el espacio de la actividad de la cooperativa un grupo de jóvenes, entre los que existen ex-carcelados y tóxico-dependientes, ha organizado un gimnasio en el que se hacen cursos de gimnasia para niños de la escuela del ba-

rrío, para crónicos lobotomizados, y para los profesionales de los centros.

#### E) EL CENTRO PARA DROGODEPENDIENTES

Este servicio está formado por un psiquiatra, un asistente social y cinco enfermeros, y protege el trabajo de los centros asumiendo actividades específicas con los drogodependientes. Además de encargarse de terapias farmacológicas, tiene funciones dirigidas a la búsqueda de salidas laborales y de socialización de estas personas utilizando, sobre todo, la red de las cooperativas y la actividad cultural y recreativa que promueven éstas. Este servicio sigue también a drogodependientes que se encuentran en la cárcel.

#### F) EL SERVICIO PSIQUIATRICO TERRITORIAL EN EL INTERIOR DE LA CARCEL

Este servicio está formado por dos médicos y dos psicólogos de los centros que, dos días a la semana, intervienen en el interior de la cárcel, sea para el sostén y apoyo de los propios pacientes detenidos, o bien para seguir detenidos en los cuales se ha detectado alteraciones psiquiátricas. Este servicio tiene la tarea de mejorar, en la medida de lo posible, las condiciones de vida de las personas en la cárcel, de constituir para ellos un punto de referencia en el exterior, y de perseguir todas las posibilidades legales para obtener medidas de reducción de la pena o medidas de alternativa a la misma. Este equipo ha tenido también un papel importante en la construcción de relaciones de colaboración entre los centros y la justicia local. A través de estas relaciones, los centros han asumido la competencia de ayudar a los pacientes en sus relaciones con la justicia y al mismo tiempo, garantiza al juez que las personas con comportamientos patológicos serán adecuadamente seguidos y controlados.

Por este procedimiento se han interrumpido las derivaciones a los centros psiquiátricos penitenciarios.

Este elenco de recursos y de actividades en los que ha sido globalmente reorganizado el sistema de cuidados de Salud Mental en Trieste, no es exhaustivo, pero puede dar una idea de su modo de funcionar.

Se puede decir, para sintetizar, que este modelo de servicios es totalmente sustitutivo del internamiento, porque responde de manera inversa, es decir, en positivo, al conjunto de las necesidades que el viejo asilo absorbía en su interior. Este modelo de servicio —que no por casualidad se ha llamado «servicio fuerte»— no selecciona de ninguna forma necesidades, demandas o conflictos, sino que por el contrario elabora estrategias de respuesta dinámica e individualizadas que intentan salvaguardar e incrementar la potencialidad y riqueza de la vida de las personas, enfermas o sanas. Este modelo de servicio sigue una metodología bastante difícil de realizar. Se trata de negar el hospital psiquiátrico salvaguardando el derecho de asilo, de negar la «política de sector», salvaguardando la responsabilidad sobre un territorio determinado, de negar la comunidad terapéutica en favor de una comunidad difusa, de negar los monopolios de los técnicos sirviéndose al máximo de su potencialidad para activar los recursos de la gente. Esta línea de acción es lo que se entiende en Trieste concretamente por desinstitucionalización.

### **2.5.2. Cambian los modos de administrar los recursos públicos para la salud**

Como ya hemos dicho, el desmantelamiento del manicomio ha supuesto la diversa utilización y la reconversión de los recursos existentes; las nuevas ofertas surgen con el desplazamiento material del personal, de los pacientes y de los fondos económicos del hospital a la comunidad.

Cambian, por tanto, la gestión financiera y administrativa de los recursos públi-

cos, con buenos resultados tanto de eficacia como de eficiencia.

La cuestión de fondo radica en el hecho de que los recursos de que dispone la Administración local no siguen siendo utilizados para alimentar la estructura institucional: el hospital, que media sus costes en orden al coste por cama, y su utilización óptima según la máxima tasa de camas ocupadas.

Por el contrario, esos recursos son ahora utilizados para ofrecer servicios directos a las personas, en base a los siguientes criterios:

a) *La movilidad del personal*, en un sentido incluso físico, ya que no son los pacientes los que van a recogerse al servicio, sino el servicio el que acude donde están las personas.

b) *La individualización del servicio*, en el sentido de que la cantidad y la calidad de los recursos distribuidos se ajusta a las exigencias singulares de los pacientes, y varía con esta exigencia.

c) *El aumento de recursos, manejados directamente por los pacientes* que más directamente conciernen a su vida (ver evolución del gasto para medicamentos y para ayudas económicas).

d) *El uso productivo de los recursos*, en el sentido de que se invierten de manera creciente para financiar el trabajo de pacientes que desarrollan una actividad socialmente útil (se dan «bolsas de trabajo» y se aporta una contribución económica a las cooperativas).

e) El uso creciente de actividades promovidas y organizadas por la conexión y auto-resolución de los pacientes y de la comunidad, lo que significa también promover y proteger la capacidad de autoayuda y de autonomía de las personas.

Estos criterios son definidos prioritariamente con el objetivo de incrementar la eficacia terapéutica. Esta se valora en razón de la capacidad que este sistema muestra para no seleccionar y no excluir,

y consiguientemente, en su capacidad de evitar e invertir los procesos de cronificación de estas necesidades <sup>14</sup>. El indicador macroscópico para evaluar la eficacia de este sistema radica en el hecho de que no reproduce la necesidad de internamiento <sup>15</sup>.

Esta forma de administrar los recursos públicos tiene también el efecto indirecto de racionalizar los costes.

Se reducen los malos gastos, los automatismos de los costes fijos y los costes que típicamente producen las organizaciones burocráticas. El nuevo sistema, considerado en su totalidad, no cuesta más, y este es un dato muy importante en tiempos de reducción del gasto público <sup>16</sup>.

*Esto es, precisamente, un efecto indirecto de un sistema que está orientado a invertir los recursos en las personas antes que en las instituciones.*

### **2.5.3. Se incrementa y se hace más compleja la profesionalidad de los trabajadores de Salud Mental**

Las características de la organización y del trabajo terapéutico resultantes del proceso de desarticulación del manicomio han comportado un enriquecimiento de las competencias profesionales y de los espacios de autonomía de decisión de los trabajadores, y han transformado tanto la modalidad de la formación profesional como los criterios para su valoración.

<sup>14</sup> Sobre este punto particular, v. DELL'ACQUA (1985) y O.M.S. (1986).

<sup>15</sup> Otro indicador es el bajísimo número de tratamientos psiquiátricos obligatorios (26), que muy habitualmente se desarrollan sin recurrir al internamiento. Por ejemplo, en la casa del paciente o en el centro de salud.

<sup>16</sup> Los gastos para psiquiatría no han aumentado en términos reales, entre 1971 y 1985; en particular los costes de personal han permanecido relativamente constantes (si se comparan con la tasa de inflación y el coste de la vida). Un ejemplo de reconversión de los costes: decrecen los del capítulo de fármacos y aumentan los destinados a ayudas económicas. Sobre los costes de la psiquiatría antes y después de la reforma, v. BENNETT (1978); TOZESINI; TREBICIANI (1985).

El incremento de la profesionalidad no es una adquisición estática, en el sentido que, a partir del desmantelamiento del manicomio, los trabajadores han «aprendido a aprender». Por las informaciones que ya hemos dado sobre la organización del trabajo en Trieste resulta evidente que la profesionalidad se explica no tanto en términos de competencia técnica especializada y codificada, sino mucho más como capacidad de elegir, utilizar y combinar un arco variado de modalidades y recursos de intervención. Veamos esto más en detalle.

#### **A) LA CENTRALIZACION DEL TRABAJO DE EQUIPO**

El rol del equipo no se expresa tanto en las reuniones periódicas cuanto en el hábito de trabajar en conjunto, y en la colaboración y contrastación cotidiana entre todos los profesionales de cada centro (y entre los diversos centros).

Este trabajo de equipo sirve para socializar la experiencia, y afrontar conjuntamente los problemas y para sopesar, compartir o corregir las decisiones adoptadas por cada profesional en particular. El equipo funciona, por tanto, como una especie de supervisor colectivo.

#### **B) LA AUTOEVALUACION**

La profesionalidad de cada profesional no se evalúa separadamente del trabajo operativo que se desarrolla en el interior del equipo, es integrada en el conjunto de autoevaluaciones que éste desarrolla (a veces con el desencadenamiento de tensiones y dinámicas conflictivas). Esta evaluación interna, obviamente vinculada al trabajo, está referida sobre todo a la capacidad de autotransformación y aprendizaje del equipo y de los profesionales en particular. Pero es la elevada contractualidad del usuario la que introduce continuos elementos de «crisis» y de críticas

respecto a la autoevaluación. Así, paso a paso, es como se hace más radicalmente presente la voz crítica de los familiares y de los ciudadanos.

### C) LA FORMACION

Aparte de la base profesional definida por el título de los estudios, la formación está también estrechamente anclada al trabajo operativo en los centros. A veces se organizan ciclos de seminarios sobre temas específicos (por ejemplo, sobre los fármacos, o sobre el *self-help*<sup>17</sup> en la crisis del Estado del bienestar), además la formación se produce a través de la inserción de nuevos profesionales y de voluntarios dentro del trabajo cotidiano. En este último se abren, paso a paso, campos de intervención, que requieren de la adquisición de nuevas competencias es el caso, por ejemplo, de las competencias en materia de psiquiatría legal y criminología desarrolladas a través de las relaciones con el sistema de la justicia penal<sup>18</sup>.

En conjunto, el énfasis se pone sobre la adquisición de conocimientos, bien teóricos o bien operativos, sobre el modo de funcionar del retículo institucional en el cual están insertas las personas. Tales conocimientos son constituidos mediante un trabajo cotidiano de análisis crítico y de intervención operativa para contrastar los efectos de empobrecimiento, de invalidación, de *labeling*, que aquel modo de funcionar produce en la vida de las personas.

### D) EL CASE MANAGEMENT<sup>19</sup>

En él opera la peculiaridad más de fondo de la acción de desinstitucionalización. En primer lugar, los diversos tipos codificados de terapia (médica, psicológica, psicoterapéutica, psicofarmacológica, social, etc.) son considerados como *momentos* importantes pero reductivos y parciales, sobre todo si son aislados y codificados. Por ello, se trata de deshacer la compartimentación entre estas tipologías de intervención. Además, la relación terapéutica tiende a ocuparse de cuestiones afectivas, económicas, jurídicas, relacionales, de los niveles de *status*, de la familia, del trabajo, etc., sin escindir estas cuestiones, sin confiarlas a una profesionalidad separada (v. 3).

Si se considera que «la libertad es terapéutica», cada acto hacia la libertad puede ser terapéutico. *Si se trata de desinstitucionalizar la enfermedad como experiencia que no es separable de la existencia, se deberá valorar más que el síntoma (sobre el que se construye la institución) el conjunto de los recursos positivos del servicio y del usuario.*

Es presumible el enorme espacio de profesionalización que esta práctica tiende a requerir. El trabajo terapéutico debe afrontar de hecho un campo de acciones complejas.

1) *Si eliminar la dimensión afectiva en la relación terapéutica, parece ser un código para la medicina y para los servicios, aquí, por el contrario, se revaloriza esta dimensión.*

2) *Si se ha vuelto una praxis consolidada separar del contexto amplio la relación médico-paciente (el *setting*), aquí se utiliza cada instrumento para contextualizarla.*

3) *Si la presencia de figuras profesionales es vista a menudo con gran recelo, aquí se hace un esfuerzo por situarlos como elementos críticos y desinstitucionalizadores del servicio.*

<sup>17</sup> Expresión utilizada en el original.

<sup>18</sup> Por lo demás, un efecto indirecto de este tipo de profesionalidad y más, en general, de este modo de trabajar es el hecho de que también los profesionales (como los pacientes) viven mejor. No se encuentran aquí síndromes de los «profesionales quemados» (en el original *Burn-out*).

<sup>19</sup> Expresión utilizada en el original.

4) Si las reglas de funcionamiento del servicio ordenado son, en general, deseadas, aquí, por el contrario, se tiende a considerarlas como un empobrecimiento en la posibilidad de intercambios sociales y terapéuticos y, dentro de los límites posibles, son criticadas y removidas.

5) Si los lugares sanitarios están habitualmente bien separados, aquí se busca cada ocasión para que estén abiertos hacia el barrio y penetrados por sus gentes.

6) Si la relación con la enfermedad está siempre referida a un hospital, ambulatorio, etc., la relación de desinstitucionalización exige el contacto con un territorio.

7) Una cosa de la que están convencidos todos los profesionales de Trieste es que no se desinstitucionaliza separando los agudos de los crónicos, constituyendo áreas de desplazamiento (y de esa manera reconstruyendo la cronicidad y volviendo ineficaz el servicio), sino asumiendo de una manera indivisible la totalidad de la demanda. Todo esto es la desinstitucionalización, que representa un trabajo complejo para los profesionales y para los administradores, pero permite una participación esencial de los recursos de la comunidad y favorece potencialmente una enorme movilización de energía.

El énfasis de la desinstitucionalización está aquí vinculado a un proyecto también de naturaleza económica, que considera la vieja organización de la institución psiquiátrica fruto del retraso y generadora de despilfarros, en tanto que se priva de las energías y de los recursos de los usuarios y, a menudo, hace de esta privación su fin.

De todo lo anterior se puede fácilmente colegir que la desinstitucionalización tal y como se entiende en Trieste es exactamente lo opuesto de una práctica de abandono. Hoy, todos los recursos económicos y humanos que en 1971 eran absorbidos por un gran hospital psiquiátrico son utilizados en la comunidad y por la comunidad.

### **3. EL TRABAJO DE DESINSTITUCIONALIZACION ES TAMBIEN LEY, PERO NO SE ACABA CON LA LEY DE REFORMA, SINO QUE PROSIGUE MEDIANTE SU APLICACION**

La reforma psiquiátrica (Ley 180) ha sido votada por todos los partidos y aprobada en el Parlamento italiano en mayo de 1978. Recoge el proceso de desinstitucionalización practicado hasta entonces y sanciona y reconoce las innovaciones por él producidas: la eliminación del internamiento psiquiátrico y la construcción de servicios en la comunidad, enteramente sustitutivos del mismo. Más en detalle, los puntos centrales de la Ley son los siguientes (MISITI, et al., 1978; MOSHER, 1982):

a) Se prohíbe la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y el internamiento en ellos de nuevos pacientes psiquiátricos. Se dan directrices a las administraciones regionales para que establezcan los ritmos de un gradual proceso de altas de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos.

b) Los servicios territoriales son los responsables de la Salud Mental de una población determinada y coordinan el conjunto de las estructuras necesarias. Entre ellas pueden estar secciones psiquiátricas en hospitales generales de zona, pero que no dispongan de más de 15 camas.

c) Es abolido el estatuto de peligrosidad social del enfermo mental, la tutela jurídica, el internamiento forzoso y el tratamiento forzoso. El enfermo mental es un ciudadano a todos los efectos, con los relativos derechos civiles y sociales incluido el derecho al tratamiento. Estos principios se respetan también en el caso de tratamiento sanitario obligatorio que la Ley prevé. De hecho se establece que:

1) El paciente mantiene todos sus derechos personales y el papel del juez está previsto para la tutela de estos derechos.

2) El tratamiento es decidido por la autoridad sanitaria local y define una obligación del servicio sanitario competente para el tratamiento.

3) Este está previsto sólo en casos excepcionales, por un tiempo breve y cuando han sido agotadas todas las otras posibles alternativas. Y no exige necesariamente el internamiento en un hospital general (puede ser realizado en la casa del paciente). Es importante advertir, en síntesis, que el tratamiento sanitario obligatorio prevé la comparecencia de dos elementos que habitualmente son mantenidos separados: el derecho del paciente a rechazar el tratamiento y la obligación del sanitario a no abandonar el paciente a sí mismo. Por ello, la obligación de que se habla establece una responsabilidad terapéutica del servicio y no una sanción legal al paciente.

No hay duda: esta Ley es uno (el más alto en un sentido formal) de los actos de desinstitucionalización.

Este elenco muy sintético de los puntos centrales de la Ley deja entrever que las innovaciones que introduce el sistema de la Salud Mental son concretas y operativas, pero al mismo tiempo de una cualidad tal que suscita muchas dinámicas de conflicto y de transformación. Como dijo BASAGLIA al día siguiente de la aprobación de la reforma: «Por su lógica interna, por las características en que opera esta Ley, abre más contradicciones de las que resuelve». Pero esto, como veremos, no significa que sea una Ley mala, al contrario.

Esta característica de la reforma se encuentra ya en el texto legislativo. Piénsese, por ejemplo, en cuanto hemos señalado a propósito del tratamiento sanitario obligatorio. Como se ha dicho, pone en común dos dimensiones habitualmente separadas porque son contradictorias y conflictivas: las garantías jurídicas y los

derechos de la persona a satisfacer la necesidad, incluso urgente, de tratamiento, a la que el servicio debe dar una respuesta; la prohibición de internamiento y de coacción conjuntamente con la obligación de intervenir; la responsabilidad del servicio que implica una intervención de toma de cargo, pero al mismo tiempo debe respetar la libertad del paciente (GIANNICHEDDA, 1985; DE LEONARDIS, 1986).

Indudablemente, no es fácil practicar conjuntamente estas dos dimensiones. Estableciendo la copresencia en el tratamiento sanitario obligatorio la Ley reconoce que también este último es un tipo de relación conflictual, problemático, entre dos actores, ambos responsables<sup>20</sup>.

Por lo demás, este carácter dinámico, conflictivo, no determinado de la relación terapéutica, que la Ley vuelve explícito en el caso de tratamiento obligatorio, constituye al mismo tiempo el elemento de fondo de la fisonomía del servicio de la comunidad, en tanto que es enteramente sustitutivo del internamiento. De hecho esto significa que:

a) Este servicio trabaja sin la posibilidad de descargar en otro lugar los problemas, las necesidades, los comportamientos que son incoherentes, problemáticos y, también, activamente conflictivos al confrontarlos.

b) Tensiones, contradicciones y cambios entran a formar parte de su manera de trabajar y devienen el terreno efectivo de la acción terapéutica.

<sup>20</sup> En Italia, el campo de la justicia civil es rico en innovaciones tanto teóricas como prácticas. El hecho de que el enfermo mental sea sujeto de derechos siempre y que simultáneamente tenga garantizado el derecho a la cura, pone en discusión la posibilidad de utilizar instrumentos paralelos y no garantizados de la defensa del orden público (típicamente el internamiento por peligrosidad), y abre la posibilidad de transformaciones en el sistema penitenciario porque exige intervenciones con garantía para la Salud Mental de los detenidos, v. CENTON (1964); PATVARINI (1984).

c) Por ello, como ya hemos visto, este servicio no puede configurarse como un modelo estable, sino que permanece dinámico y en transformación. En suma, el servicio territorial se configura como un actor del cambio social, como propulsor de transformaciones concretas a nivel local, de cambios sociales en las instituciones, en las administraciones, y en la comunidad.

Se podría decir que la reforma tiene un fondo dinámico, conflictual, no resolutivo, precisamente, porque establece y promueve el objetivo de abolir el internamiento psiquiátrico. O dicho de otra manera, incluso sobre este fondo, que la caracteriza y la diferencia de otras reformas psiquiátricas, está el hecho de que ella no fija una solución institucional positivamente acabada y no establece un cuadro normativo, sino que suscita, por el contrario, dinámicas, conflictos y transformaciones, y tiene por ello abierto un campo de incertidumbre en el cual continúan apareciendo como relevantes las acciones operativas concretas, las innovaciones, los aprendizajes, etc.

La Ley 180 ha activado todos los «juegos de la implementación» conocidos en los tratados de la política (BARDACH, 1967): maniobras políticas, boicots administrativos, resistencias e intereses económicos y profesionales que se sentían amenazados.

A pesar de ello, es importante precisar que dentro de este entramado conflictivo emerge un balance no negativo de su ejecución. Dos inspecciones (una del 80 y otra del 84) muestran un cuadro diversificado tanto en su cantidad como en su calidad en las innovaciones producidas, variables de una región a otra, de la realidad metropolitana a los contextos provinciales y, en una ciudad, de un barrio a otro. Y sobre todo, muestran que se trata de un marco que está cambiando en el cual los indicadores de ejecución de la reforma aumentan <sup>21</sup>.

Además, es importante tener presente que un balance de la ejecución, una con-

trastación entre objetivos y resultados no es lo más adecuado, por sí solo, para captar el significado más de fondo de la aplicación de la reforma psiquiátrica italiana. Como han sostenido recientes estudios de teoría política sobre el desarrollo de las reformas sociales, esta consideración vale en términos generales. En el campo de las políticas sociales, de hecho, la ejecución abre un terreno conflictivo en el que la política «prosigue con otros medios», y en el cual los sistemas de acción e interacción se dinamizan produciendo renegociaciones, transformaciones e innovaciones en los objetivos (BARDACH, 1977; MAY; WILDASKY, 1978; NELSON; YATES, 1978; PRESSMAN; WILDASKY, 1984). En otras palabras, la aplicación de una reforma social es, sobre todo, un proceso complejo y contradictorio, en el que se producen innovaciones en las características y en

<sup>21</sup> Una investigación más reciente ha sido realizada sobre cuatro regiones (Piamonte, Umbria, Puglia y Basilicata), comprende datos sobre los tipos de servicios que existen, la cantidad y características del personal, los usuarios y los tipos de prestaciones y métodos de trabajo.

Esta investigación resulta, por ejemplo, que no se produjeron los efectos de *dumping* de los hospitales psiquiátricos, incluso porque los efectos de la Ley se enmarcaban en una tendencia más general a la disminución de los enfermos y de las camas. Los internados en las cuatro regiones han pasado de 16.575 en el 71 a 12.972 en el 77 y a 6.516 en el 84. Las camas entre el 77 y 83 son reducidas en un 41,2 %. Y viceversa, han crecido las estructuras territoriales, el arco de servicios que ofrecen y el porcentaje de pacientes que los utilizan.

Por ejemplo, entre 1981 y 1983, el número de pacientes en los servicios de la comunidad crece el 25 %.

Desde 1983, el porcentaje medio de pacientes en los servicios territoriales es del 74,3 % (77,6 % en Piamonte, 51,8 % en Puglia), respecto al 11,3 % de los pacientes en los servicios de hospitalización y al 16,4 % de pacientes todavía internados.

La investigación detecta también la lentitud y las carencias, por ejemplo, entre los centros son muy pocos aquellos que abren durante siete días a la semana, y muchos menos los que permanecen abiertos 24 horas. Pocas son también las estructuras de rehabilitación y las cooperativas.

Esperamos nuevos datos de esta investigación que ha sido extendida a lo largo de 1985 a todo el territorio nacional, y que aparecerá publicada después de 1986.

los modos de estar presentes los actores, en los contenidos y en las formas de los conflictos.

Esto sirve con mayor razón para la reforma psiquiátrica, por los elementos institucionales a que afecta y por el conocimiento de las implicaciones que tiene, que deriva del marco de desinstitucionalización, en el cual está inserta. En esta línea, la reforma no es el objetivo finalmente alcanzado, no corresponde al cumplimiento de la desinstitucionalización. Por el contrario, en el momento en que enuncia el objetivo de la eliminación del internamiento psiquiátrico, confirma y amplía a su vez el campo de acción de la desinstitucionalización. De algún modo, la realización de aquel objetivo no es más que un proceso social complejo que suscita conflictos, crisis y transformaciones dentro de la red más amplia de estructuras institucionales, en las cuales está inserto el sistema psiquiátrico. Ese objetivo suscita problemas y exige cambios en la organización sanitaria, en la justicia, en los modos de administrar las cosas públicas, etc. Ciertamente, como ya se había puesto en evidencia, la eliminación del internamiento es una consecuencia indirecta de un proceso social más amplio de transformación, que exige de esa necesidad de internamiento porque transforma las necesidades sociales y las respuestas institucionales. Por ello, el trabajo de desinstitucionalización continúa a través de la aplicación y el desarrollo de la Ley. O más precisamente, el desarrollo de la reforma italiana es un proceso social de desinstitucionalización. Es un proceso que se coloca en el orden de lo factible, pero no de lo óptimo (MAJON, 1975a, 1975b).

Este modo de entender y de realizar la ejecución de la reforma ha adquirido todo su significado en el momento en que se ha abierto también en Italia, desde los primeros años de la década de los 80, la crisis del Estado del bienestar con la política de restricciones del gasto público y la crítica de las actuaciones políticas previas, de reforma. En este contexto político-cul-

tural en el cual los fantasmas de las dificultades económicas del Estado producen reacciones de orden y efectos regresivos, de rigidez normativa de las instituciones, la política de defensa de la reforma psiquiátrica aparece de repente vulnerable: la reutilización del hospital psiquiátrico parece un mal menor. Pero si se observa la aplicación de esta reforma como un terreno operativo, en el que continúa y se amplía la desinstitucionalización, salen a la luz algunas innovaciones importantes, que tiene una valoración de más largo alcance y ofrecen indicadores positivos para una perspectiva de *pos-welfare*. Señalemos brevemente dos observaciones <sup>22</sup>:

a) De frente a la crisis de las instituciones, que han puesto en evidencia la crisis económica y las críticas al despilfarrero y a la burocratización, la desinstitucionalización suscita un curso evolutivo que puede hacer de estas crisis productivas un elemento de la eficacia. La experiencia hecha y consolidada de desmantelamiento del manicomio, ha mostrado que éste era una respuesta institucional ineficaz respecto a las necesidades de Salud Mental, y que la transformación cualitativa de los recursos existentes no sólo era posible, sino también mucho más eficaz.

En suma, como ya hemos dicho, invertir mucho menos en los aparatos y mucho más en las personas, menos para alimentar las instituciones y su burocracia y más para potenciar la autonomía de las personas.

b) Frente a los efectos de desresponsabilización institucionalizada, de dependencias y parasitismo de los ciudadanos, que son atribuidos a la «sociedad de servi-

<sup>22</sup> Se trata de dos puntos centrales en la actual reflexión sociológica, no sólo italiana, sobre la expectativa del *pos-welfare*. Ahora, como hemos dicho, el campo de la politología, las investigaciones sectoriales sobre reformas particulares, las teorías sobre nuevos movimientos, y todo el debate en torno a la identidad social de las mujeres, v. MELUCCI (1982); BALBO; BIANCHI (1982); BALBO; MAY (1984); DE LEONARDIS (1983a, 1983b).

cios» nacida de las reformas sociales de los años del bienestar, la desinstitucionalización muestra que éstos son efectos de políticas distintas y no construidas, paso a paso, desde la base. Aceptamos que no son efectos del *welfare*, sino de este *welfare*. En particular la nueva política de Salud Mental es un campo en el que se forman culturas de las necesidades y de los recursos, en que los ciudadanos, las comunidades locales, y los usuarios se movilizan como agentes de conflicto, se organizan, construyen soluciones y producen innovaciones en las formas de funcionar tales estructuras institucionales.

Estos dos puntos que, por otra parte,

se limitan a enunciar nuevas perspectivas de análisis, señalan un hecho ya incorporado mediante la reflexión sobre las organizaciones. Es decir, que el futuro del *pos-welfare* se configura como un campo abierto, privado de certezas absolutas y de objetivos unívocos, por el contrario, rico en áreas de conflicto, de experimentaciones e innovaciones, tanto teóricas como prácticas. Por tanto, sobre esta panorámica, también nuestra reflexión permanece abierta e incompleta. Estos dos puntos evidencian, por lo demás, que el proceso de desinstitucionalización constituye un bagaje de conocimientos y experiencias insustituible para orientarse.

## BIBLIOGRAFIA

BACHRACH, L. (1976): *Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*. Rockville NIMH: National Institute of Mental Health.

— (1982): *Young Adult Chronic Patients: An Analytical Review of Literature*, in «Hospital and Community Psychiatry», 33, págs. 189-197.

BALBO, L.; BIANCHI, M. (eds.) (1982): *Ricomposizioni: il lavoro di servizio nella società della crisi*, Milán: F. Angeli.

BALBO, L.; MAY, M. P. (eds.) (1984): *La complessa società dei servizi*, monographic issue of «Inchiesta», 6, october-december.

BARDACH, E. (1977): *The Implementation Game: What Happens After a Bill Becomes Law*. Cambridge, MA: MIT Press.

BARDACH, E.; KEGAN, R. A. (1982): *Going by the Book. The Problem of Regulatory Unreasonableness*. Philadelphia: Temple University Press.

BASAGLIA, F. (1982): *Scritti, I & II*. Turin: Einaudi.

BENNETT, D. (1978): *Changing Pattern in Mental Health Care in Trieste*. Copenhagen: WHO.

BOUDON, R. (1984): *La Place du désordre. Critique des théories du changement social*. Paris: PUF.

CASTEL, R.; CASTEL, F.; LOVELL, A. (1979): *La société psychiatrique avancée*. Paris: Grasset.

— (1981): *La gestion des risques*. Paris: Ed. de Minuit.

CENDON, P. (1984): *Il Prezzo della follia*. Bologna: Il Mulino.

CENSIS (1984): *Rapporto di indagine su: il funzionamento dei presidi psichiatrici in quattro regioni campione*. Rome, december.

CROZIER, M.; FREIDBERG, E. (1977): *L'acteur et le système*. Paris: Ed. du Seuil.

DEBERNARDI, A.; GERBALDO, C. (1981): *Intervento sulla crisi: il servizio reperibilità presso l'Depedale Civile di Trieste. Analisi delle chiamate e delle risposte alla crisi*. Collection: Quaderni di Incumentazione, CNR, 3, Rome: Il Pensiero Scientifico.

— (1982): *Pratiche di deistituzionalizzazione. La trasformazione del dormitorio pubblico G. Gorzn di Trieste*. Collection: Quaderni di Documentazione, CNR, 8, Rome: Il Pensiero Scientifico.

DE LEONARDIS, O. (1983a): *Il sistema sanitario. Dalla politica delle riforme alla politica delle istituzioni*, in «Problemi del socialismo», 27/28, págs. 152-175.

— (1983b): Oltre la politica delle riforme, in «Problemi del socialismo», 27/28, págs. 13-20.

— (1981): *Dopo il manicomio. L'esperienza psichiatrica di Arezzo*. Collection: Quaderni di Documentazione, CNR, 7, Rome: Il Pensiero Scientifico.

— (1986a): *La psichiatrie réformée entre contrôle et abandon. Remarques sociologiques à propos du traitement sanitaire obligatoire dans la loi italienne*, in «Déviance et société», (forthcoming).

— (1986b): *Deistituzionalizzazione come innovazione: il ciclo della politica psichiatrica*, in C. DONOLO; F. FICHERA (eds.), «Le vie dell'innovazione» (forthcoming).

— (1986c): *Statuto e figure della pericolosità sociale tra psichiatria riformata e sistema penale: note sociologiche*, in «Jui Delitti e delle Pena» (forthcoming).

DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. (1980): *Note sull'istituzione psichiatrica*, in «Pasegna Italiana di Sociologia», 3.

— (1983): *Der prevention vorbeugen*, in M. WAMBACH, «Der Mensch als Risiko», Frankfurt: Suhrkamp.

- DELL'ACQUA, G.; COGLIATTI, M. G. (1985): *The End of the Mental Hospital*, in «Acta psychiatrica Scandinavica», 71.
- ELSTER, J. (1979): *Ulysses and the Sirens*. Cambridge University Press.
- (1981): *States That Are Essentially By-Products*, in «Social Sciences Information», 20.
- FEELEY, M. (1978): *The New Haven Redirection Center*, in B. NELSON, I. YATES (eds.), «Innovation and Implementation in Public Organizations», Lexington, MA: Lexington Books.
- FRIEDMAN, R. (1984): Patterns of Mental Health Services in European Countries, in «Proc. of the Congress on Mental Health in Pilot Areas in Europe», Copenhagen: WHO Regional European Office.
- GALLIO, G.; GIANNICCHEDA, M. G. (1982): *Note per la lettura del modello organizzativo dei servizi psichiatrici a Trieste*, in D. DE SALVIA, P. CREPET (eds.): «Psichiatria senza manicomio», Milano: Feltrinelli.
- GIANNICCHEDA, N. G. (1985): *La responsabilità del medico e la libertà del malato: la psichiatria della legge 180 nelle funzioni di controllo sociale*. «Proc. of XI International Congress of Law and Psychiatry», Florence, March.
- HARTUNG, K. (1980): *Die neuen Klonder der Psychiatrie. Von antiinstitutionellen Kampf zum Kleinkrieg gegen die Misere. Bericht aus Institute*. Berlin: Rotbuch Verlag.
- LAMB, H. R. (1982): *Young Adult Chronic Patients: The New Drifters*, in «Hospital and Community psychiatry», 33, págs. 465-468.
- MAJONE, G. (1975a): *On the Notion of Political Feasibility*. «Eur. Jour. of Pol. Research», 3, páginas 259-274.
- (1975b): *The Feasibility of Social Policies*. «Policy Sciences», 6, págs. 49-69.
- MARCH, J. G. (1978): *Bounded Rationality, Ambiguity and the Engineering of Choice*. «The Bell Jour. of Econ.», 9, págs. 587-608.
- (1981): *Footnotes to Organizational Change*. «Administrative Science Quarterly», 26, páginas 563-577.
- MAY, J. W.; WILDAVSKY, A. B. (1978): *The Policy Cycle*. Beverly Hills and London: Sage.
- MAURI, D. (ed.) (1983): *La libertà è terapeutica?* Milán: Feltrinelli.
- MELUCCI, A. (1982): *L'invenzione del presente*. Bologna: Il Mulino.
- MICHEL, G. (1982): *I nuovi catari*. Milán.
- MISITI, R., et al. (1981): *La riforma psichiatrica. Prima fase di attuazione*. Collection: Quaderni di Documentazione, CNR, Rome: Il Pensiero Scientifico.
- MOPPISSEY, J. (1982): *Deinstitutionalizing the Mentally III: Processes, Dotcomes and New Directions*, in W. GOVE (ed.), «Deviance and Mental Illness». Beverly Hills and London: Sage.
- MOSHER, L. (1982): *Italy's Revolutionary Mental Health Law: An Assessment*. «Amer. Jour. of Psychiatry», 139, february, págs. 199-203.
- NELSON, P. (1977): *The Moon and the Ghetto*. New York: Norton and Camp.
- NELSON, P.; YATES, D. (1978): *Innovation and Implementation in Public Organization*. Lexington, MA: Lexington Books.
- PASTORE, V.; DEBERNARDI, A.; PICCIONE, R. (1983): *Psichiatria nella riforma. Analisi di un servizio «forte» di salute mentale*. Collection: Quaderni di Documentazione, CNR, 16, Rome: Il Pensiero Scientifico.
- PAVARINI, M.; BETTI, M. (1984): *La tutela sociale della/dalla follia*, in «Dei Delitti e delle Pene», 1, páginas 161-183.
- PEPPER, V. P.; PYGLEWICZ, H. (eds.) (1982): *The Young Adult Chronic Patient*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- PRESSMAN, L.; WILDAVSKY, A. B. (1984): *Implementation*. 3rd ed., Berkeley, CA: University of California Press.
- REALI, M. et al. (1983): *Das Alibi der Pravention in der Psychiatrie und die Kriesi*, in M. WAMBACH (1983), «Der Mensch als Risiko», Frankfurt: Suhrkamp, págs. 243-252.
- ROSE, S. (1979): «Deciphering Deinstitutionalization Complexities in Policy and Program Analysis, in «Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society», 57: 4, págs. 429-468.
- ROTELLI, F. (1981a): *L'inventario delle sottrazioni*, in C. PIROVANO (ed.), «Inventario di una Psichiatria», Milán: Electa.
- (1981b): *La legge 180: Prevenzione e partecipazione*, in «Fogli di Informazione», 75/76, págs. 3-16.
- (1983): *Une société sans asyle*, in «Transition», 3.
- (1984): *Introduzione al Réseau Internazionale di Psichiatria*, in «Fogli di Informazione», 1.017, april, págs. 9-14.
- SCABBIA, G. (1974): *Marco Cavallo*. Turin: Einaudi.
- SCULL, A. (1981): *A New Trade in Lunacy. The Recommodification of the Mental Patient*, in «Amer. Behav. Scientist», 24: 6, july-august, páginas 741-754.
- SIMON, H. (1984): *La regione nelle vicende umane*. Bologna: Il Mulino.
- STEADMAN, H.; MONRAN, J. (1984): *The Movement of Offenders Population between Mental Health and Correctional Facilities*. National Institute of Justice.
- THRASHER, M.; DUNKELEY, A. (1982): *A Social Exchange Approach to Implementation Analysis*, in «Social Science Information», 21, págs. 349-382.
- TORESINI, L.; TREBICIANI, M. (1985): *I servizi territoriali costano meno del manicomio. Ricerca comparata sulla spesa psichiatrica delle quattro provincie del Friuli-Venezia Giulia*, in «Fogli di Informazione», 111/113, may-october, págs. 1-13.
- WARREN, C. (1981): *New Forms of Social Control. The Myth of Deinstitutionalization*, in «Amer. Behav. Scientist», 24: 6, july/august, págs. 724-740.
- WATZLAWICK, P. (1974): *Change*. New York: Norton.
- (ed.) (1984): *The Invented Reality*. New York: Norton and Camp.
- W. H. O. (1984): *Proceedings of the Congress on Mental Health in Pilot Areas in Europe*. Copenhagen: WHO Regional European Office.