

Il documento dell'APSA del 24 maggio 2019 *Ley de salud mental Desmanicomializacion y salud pública*, di cui abbiamo preso visione, afferma tra l'altro, che la Legge di salute mentale argentina 26657 è stata prodotta da “*una idea nacida en algunos organismos internacionales [...] inspiradas en la cáscara de la experiencia “basagliana”*”. In quanto partecipi di quell'esperienza, di cui riconosciamo tuttora il valore scientifico e innovativo, e in sintonia con le linee di indirizzo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ci sentiamo chiamati in causa e riteniamo quindi di intervenire per chiarire alcuni punti, onde liberare il campo da inutili equivoci.

- Preliminarmente appare necessario precisare che appare riduttivo ricondurre le condizioni disastrose dei manicomi argentini, di degrado, violenza e abbandono, giustamente denunciate, solo alla dittatura. Pur con non irrilevanti differenze tali condizioni sono state, e sono ancora, simili in tutti i manicomi del mondo, indipendentemente dai regimi politici dei paesi e permangono tali ben oltre le dittature.
- Nessuno di noi ha mai inteso mettere in contrapposizione il medico psichiatra, quale *encerrador autoritario* e *enemigo*, e il *licenciado en psicología*. Non ci appartiene, nè appartiene in alcun modo all'esperienza basagliana, la difesa di nessuna corporazione, né tanto meno la contrapposizione tra di esse.

- Quanto alle mancanze del sistema sanitario generale argentino non sta a noi giudicare, ma non c'è dubbio che nella gran parte del pianeta i sistemi sanitari pubblici sono nel migliore dei casi profondamente carenti, in particolare per quanto riguarda le popolazioni più vulnerabili. Ci associamo dunque alla denuncia di politiche che abbandonino le persone e non promuovano attivamente politiche di costruzione di servizi di salute mentale nella comunità. Quello che tuttavia vogliamo precisare è che nessuna carenza del sistema sanitario giustifica la necessità o l'opportunità di mantenere attivi gli ospedali psichiatrici. Al contrario le risorse ivi mal destinate dovrebbero essere immediatamente riconvertite per servizi nella comunità.

- Concordiamo che la realtà *no se cambia con leyes* (nell'esperienza italiana basagliana prima sono state praticate le trasformazioni nel circuito psichiatrico e poi è stata promulgata la legge di riforma). Ma non possiamo non sottolineare che le leggi possono contribuire in modo rilevante al cambiamento. Il cambiamento sociale e delle politiche auspicato dal documento dovrebbe però vedere i professionisti impegnati verso soluzioni innovative, che anche tutta la letteratura internazionale basata nelle evidenze ampiamente prospetta e che il documento stesso elenca. Cambiamento che senza l'impegno diretto dei tecnici non avverrà mai.
- Non c'è mai appartenuta l'idea che *objetivo príncipes en Salud Mental es derribar manicomios*. Consideriamo tuttavia che la distruzione del manicomio sia momento pregiudiziale per l'avvio di una seria politica di salute mentale. E ci teniamo a ripetere che le risorse professionali, materiali e economiche congelate, e di norma svalorizzate o distrutte nel manicomio, devono essere riconvertite in servizi nella comunità, in una ripresa così di senso e di qualità.
- In ordine alla critica alla terminologia usata nella Legge 26657 *padecimiento mental*, definita generica e debole e *que non alude a un diagnóstico técnico*, ci sembra che da un lato non vada sottovalutato il valore anche stigmatizzante della diagnosi, lo scarso valore euristico, l'aleatoria utilità in ordine al trattamento e alla prognosi, e dall'altra vada evidenziata la vasta gamma di questioni che emergono dall'analisi dei contesti e dalle nuove e diffuse forme di disagio soprat-

tutto in ordine alle giovani generazioni. Vogliamo anche ricordare come la comunità scientifica internazionale abbia da tempo messo in discussione il valore terapeutico e predittivo delle classificazioni diagnostiche (Lancet Commission, 2018). Quindi riteniamo che la terminologia utilizzata nella legge argentina sia del tutto appropriata.

- Concordiamo con gli estensori del documento sul fatto che non basti chiudere i manicomi per superare la logica manicomiale e che quest'ultima ha bisogno di cambi culturali, supportati da servizi intelligenti ed adeguati. Ma certamente mantenere i manicomi aperti non contribuisce a superare la logica manicomiale.
- Al di là della comune critica ai manicomi che condividiamo, non concordiamo invece sulla proposta di mantenere un ospedale monovalente. Per cosa? Se per la gestione di breve periodo di persone in crisi, perché i reparti psichiatrici nell'ospedale generale non dovrebbero essere la risposta più adeguata (posizione questa attivamente sostenuta dalla Organizzazione Mondiale della Salute), soprattutto per coloro che sostengono con tanta enfasi la valenza medica della questione psichiatrica? Certamente l'ospedalizzazione negli ospedali generali è molto meno stigmatizzante di quella in un ospedale psichiatrico, che porta con sé inevitabilmente connotati storicamente determinati, come gli autori del documento ammettono. Se poi si pensa all'ospedalizzazione di lungo periodo, l'esperienza nel mondo dimostra che questa non è necessaria, anzi risulta spesso dannosa, mentre più appropriate, meno cronicizzanti e tra l'altro meno costose sono le strutture intermedie a diverso livello di protezione, da voi stessi elencate e come sostenuto anche dalla Organizzazione Mondiale della Salute fino dal 2001.
- L'affermazione che l'ospedale psichiatrico specializzato è indispensabile in una rete territoriale di attenzione della salute mentale della popolazione (*hospitales generales, casas de medio camino, hospitales de día, casas de convivencia, emprendimientos sociales laborales, institutos de tratamiento de consumos problemático, etc...*) non ci pare sostenuta da alcuna giustificazione tecnica o scientifica, anzi la letteratura scientifica internazionale sostiene attivamente il superamento dell'ospedale psichiatrico specializzato. Riteniamo che il mantenimento e/o la creazione di ospedali monovalenti, che per loro natura sono tra l'altro esclusi da qualsiasi relazione con la comunità, essendo inevitabilmente concentrati in alcuni luoghi senza connessione con i territori di vita delle persone, sia assolutamente priva di significato.
- È pur vero che attualmente non esiste in Argentina una rete di servizi alternativi all'ospedale monovalente ma è altrettanto vero che non esiste neanche un ospedale specializzato in salute mentale degno di questo nome. Quando noi invochiamo quindi la nascita di una rete di dispositivi alternativi all'ospedale psichiatrico non facciamo altro che optare per programmi che siano coerenti con lo sviluppo dei diritti degli utenti e quella emancipazione della psichiatra che ci pare dovrebbe trovarci all'interno di un impegno comune nei confronti della politica e della società.

Ci chiediamo se gli ospedali psichiatrici esistenti oggi in Argentina non violino palesemente le indicazioni della Convenzione delle Nazioni Unite su Diritti delle Persone con Disabilità. Ricordiamo che la ratifica di detta Convenzione e la sua incorporazione nella legge 26.378 del 6 giugno de 2008 rende obbligatoria la sua applicazione.

In finale pensiamo che siate nel giusto quando affermate *El manicomio existe. Cada vez más grande y más invisible. Fuera de las paredes de los hospitales: son los pacientes con*

trastornos mentales abandonados en las calles, los rechazados en las guardias de hospitales generales, los que terminan en las cárceles involucrados o usados para el delito.

Invece non concordiamo con l'affermazione *Un hospital especializado debe tener el mejor nivel de psiquiatría existente y si no fuera así debería ser denunciado por toda la comunidad.* E in questo sta probabilmente il vero dissenso, la fondamentale differenza concettuale e di approccio culturale e scientifico tra noi e voi.

Noi pensiamo senza ombra di dubbio che in ogni caso il migliore livello di psichiatria esistente si costruisce nella comunità, nella presa in cura delle persone con *padecimiento mental* nei loro contesti di vita, in rapporto con la comunità e le sue istituzioni, dentro una strategia per l'inclusione sociale.

Ci è sembrato utile esporre con molta chiarezza queste considerazioni, auspicando che un dibattito scevro da equivoci possa contribuire al comune lavoro che vede da molti anni un fruttuoso intercambio professionale con il vostro Paese e che registra attualmente un forte impegno all'innovazione anche da parte della Direzione Nazionale di salute Mentale del vostro Governo.

1. **Víctor Aparicio Basauri**, psiquiatra, Ex-Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
2. **José Miguel Caldas de Almeida**, Lisbon Institute of Global Mental Health, Ex - Coordinador del Programa de Salud Mental de la OPS
3. **Giovanna Del Giudice**, psiquiatra, Presidente Conferenza Salute mentale Franco Basaglia
3. **Tuncho Levav** Ex Asesor en Salud Mental OPS/OMS.
4. **Mirta Roses**, Directora Emérita OPS, ex Directora Regional OMS para las Americas
5. **Franco Rotelli**, psiquiatra, Trieste
6. **Benedetto Saraceno**, Global Ambassador Special Olympics