

# LA CAPITAL

-traduzione generata digitalmente-

## "La legge argentina sulla salute mentale è una delle migliori al mondo, se applicata".

Giovanna Del Giudice è psichiatra e referente dell'esperienza della deistituzionalizzazione in Italia negli anni '70. La specialista ha visitato Rosario pochi giorni fa per partecipare all'inaugurazione di un nuovo centro di salute mentale.

Articolo di [Eugenia Langone](#)

19 marzo 2023

Parlare di **esperienze di deistituzionalizzazione** nel mondo significa parlare dell'italiano Franco Basaglia e del lavoro svolto prima nella città di Trieste e poi in Italia negli anni Settanta. **Giovanna Del Giudice è una psichiatra italiana e ha fatto parte del processo che è riuscito a chiudere tutti gli ospedali psichiatrici entro il 1980.** "La nostra esperienza ci ha dimostrato fin dall'età di 45 anni che è possibile vivere in un territorio privo di ospedali psichiatrici", dice. Con questo bagaglio di esperienze e con un obiettivo che solo l'Italia ha raggiunto nel mondo, dal 2010 Del Giudice è membro della **Conferenza di Basaglia (Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo - COPERSAMM)**. È convinta che la legge argentina sulla salute mentale approvata nel 2010 "sia tra le migliori al mondo" e afferma: **"È una delle migliori leggi, se applicata"**. La legge è stata approvata nel 2010 e promulgata nel 2020. Secondo il suo testo, **l'Argentina avrebbe dovuto avanzare entro il 2020 nel processo di trasformazione verso un modello di assistenza comunitaria alla salute mentale che prevede la chiusura degli ospedali neuropsichiatrici**, oltre a una soglia del 10% dei bilanci sanitari destinati alla salute mentale, ma a quasi 13 anni dalla sua approvazione, ci sono ancora gravi carenze nella sua attuazione.

La specialista e un'équipe di sette professionisti lavorano da due anni a Santa Fe con la **Direzione di Salute Mentale del Ministero della Salute**, non solo per l'elaborazione di un piano provinciale per la zona, ma anche per l'apertura a Rosario de **"La Posta Norte", il primo Centro Territoriale di Salute Mentale della provincia**, che ha già iniziato a operare nel distretto settentrionale su un territorio di 140.000 abitanti. Lo spazio non solo accoglierà i pazienti cronici provenienti dagli ospedali monovalenti, ma ha anche un obiettivo fondamentale per l'applicazione della legge: chiudere l'ingresso dei pazienti all'Agudo Ávila e alla Colonia Oliveros. **"Siamo convinti che se si vuole davvero chiudere i manicomi, questo è il passo che deve essere fatto"**, ha detto Del Giudice.

La visita dell'équipe italiana a Rosario e Santa Fe dura da diverse settimane e si protrarrà fino alla fine di marzo. Non solo parteciperanno all'inaugurazione del nuovo servizio che opererà ad Avellanera e Corvalán, ma hanno già **partecipato nella capitale provinciale a uno spazio di scambio sulla trasformazione delle pratiche di cura nella salute mentale con gli attori del sistema sanitario.**

- Qual è il processo di accompagnamento del cosiddetto Italian Team alla Direzione di Salute Mentale di Santa Fe e quali sono i contributi che vengono a portare?

- Il gruppo della Conferenza di Basaglia è nato nel 2010 da coloro che erano stretti collaboratori di

Basaglia e siamo qui ad accompagnare questo processo di trasformazione della salute mentale a Santa Fe sulla base di una richiesta di supporto e consulenza. Questo sostegno, che va avanti da più di due anni, non è solo nell'elaborazione del Piano provinciale di salute mentale, ma anche nel lavoro di formazione a distanza e di accompagnamento di fronte alla necessità di implementare nuovi meccanismi. Questo si basa sul fatto che l'Argentina ha un'ottima legge, che ci sono professionisti competenti e che la legge indicava che gli ospedali psichiatrici avrebbero dovuto essere chiusi nel 2020, 10 anni dopo la sua approvazione, e sono ancora tutti aperti. È vero che il numero di ricoveri è diminuito, ma sono ancora aperti con poche persone e questo significa uno spreco di risorse. Ora stiamo sostenendo l'apertura di un nuovo centro di cure intermedie, ma stiamo anche lavorando sui due principali ospedali monovalenti di Rosario (Agudo Ávila e Oliveros), discutendo la loro attuale organizzazione e convincendoci che se vogliamo davvero chiudere gli ospedali psichiatrici, dobbiamo chiudere il ricovero dei pazienti lì.

**- Come si è svolto il processo di trasformazione in Italia di cui lei ha fatto parte?**

- L'esperienza triestina e la figura di Basaglia sono state riconosciute nel mondo e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fin dal 1973 come riferimento per la salute mentale. A Trieste, a partire dal 1971, l'assistenza è stata trasferita dagli ospedali psichiatrici al territorio. Questa trasformazione è stata sancita nel 1978 da una legge nazionale tuttora in vigore che, così come la legge argentina, ha definito che dopo due anni nessuna persona può essere ricoverata negli ospedali psichiatrici. E perché? Perché gli istituti psichiatrici determinano modalità di espressione della malattia mentale che producono quasi una nuova malattia; perché il problema dell'istituto psichiatrico è un luogo separato dalla comunità, un luogo di segregazione, di esclusione sociale e di privazione dei diritti. Fino al 1978, le persone ricoverate in un ospedale psichiatrico in Italia, dopo 30 giorni di internamento, perdevano tutti i diritti civili e politici. Gli ospedali sono stati chiusi nel 1980 e la nostra esperienza dimostra che da 45 anni viviamo in un territorio privo di ospedali psichiatrici. Questa esperienza è stata convalidata nel tempo. È possibile vivere nel territorio senza ospedali e non c'è stato nessun aumento dei costi e dei reati legati ai pazienti psichiatrici, che è una convinzione molto diffusa anche se la letteratura scientifica mondiale dice che non è vero. Trieste è una città che può dire che è possibile lavorare e dare buone risposte, rispettose della dignità e dei diritti delle persone con malattia, ma anche delle loro famiglie e dell'intera comunità.

**- In questo processo, quali strutture e servizi sono stati creati in sostituzione degli ospedali?**

- I servizi che hanno sostituito il manicomio sono i centri di salute mentale. A Trieste e in Italia, l'esperienza importante e innovativa che è stata poi portata in altri Paesi del mondo, in particolare in Brasile, è quella di una struttura aperta 24 ore su 24, 7 giorni su 7, con spazi per ospitare le persone in crisi sul territorio. In questo modo, la persona in crisi viene messa in carico a questi centri, che sono basi in un territorio definito, che può essere una zona o un quartiere. Le persone si recano direttamente al servizio o vengono portate dai loro parenti o inviate da altre istituzioni, e sono questi centri a prendersi cura dei bisogni della persona. È una rete, un sostegno integrale, non solo un'assistenza medica, psicologica e di malattia, ma un'assistenza per tutti i bisogni: casa, lavoro, socialità, formazione, scuola, vita quotidiana.

**- Come è possibile rielaborare questa esperienza, non solo per la distanza storica e geografica, ma anche per le condizioni culturali e socio-economiche locali?**

- Posso dire che questa esperienza è stata ripresa in Brasile, un Paese con una storia sociale,

economica e politica diversa e con una distanza geografica molto grande. Il Brasile è, dopo l'Italia, il primo Paese al mondo con la maggiore riduzione del numero di ospedali psichiatrici e quello che ha chiuso il maggior numero di ospedali dopo l'Italia. In Italia non ci sono più manicomi ed è l'unico Paese al mondo in cui questo accade. Per questo motivo, l'OMS ne ha fatto un Paese di riferimento, e Trieste in particolare, dal 1973. Da allora, questa struttura sembra essere l'unica in grado di rispondere bene alle esigenze di una popolazione e dei suoi malati mentali. Costa più di un manicomio? No, ed è importante dirlo in un Paese che sta vivendo grandi difficoltà socio-economiche, anche se questo vale anche per noi in Italia.

In Italia, nel 2005, tutte le regioni del Paese hanno chiesto che il budget per la salute mentale avesse un floor del 5% del budget sanitario totale, nonostante questo, Del Giudice sottolinea che ancora oggi quello che viene stanziato nel Paese europeo è appena il 3%.

In Argentina, nonostante la legge in vigore preveda una soglia minima del 10%, un rapporto dell'Associazione civile per l'uguaglianza e la giustizia (ACIJ) mostra che, sebbene il bilancio nazionale proposto per quest'anno aumenti di quasi il 120% le risorse destinate alla Direzione nazionale della salute mentale e delle dipendenze, questo aumento raggiunge a malapena una percentuale dell'1,68% dell'investimento totale nella salute.

**- Lei difende la legge anche in relazione alla rivalutazione degli operatori della salute mentale. Lei si riferisce soprattutto agli infermieri, pur non trascurando il forte lavoro di formazione delle risorse umane che questi cambiamenti comportano. In che senso?**

- È vero che occorre una formazione diversa e, almeno in Italia, c'è un grosso problema soprattutto nel mondo accademico e universitario. L'Università, dove si formano gli operatori sanitari, non solo infermieri, ma anche medici, psicologi e assistenti sociali, è cambiata meno. L'Università è resistente e questo è un grosso problema perché forma operatori che non sono in grado di affrontare la complessità dei bisogni delle persone da curare sul territorio. Medicina, in particolare, forma operatori eccezionali, ma solo nell'uso dei farmaci. Sappiamo che i farmaci sono utili per lo zoccolo duro e la sofferenza intensa delle persone, ma non bastano. Perché la malattia si manifesta in modo diverso a seconda del luogo in cui si vive, se si ha un lavoro o meno, se si hanno amicizie e socievolezza, se si ha un lavoro o un'istruzione, e così via. E non si tratta solo di questo. La storia della malattia a volte fa perdere la socievolezza, il lavoro, la casa. Ecco perché gli operatori della salute mentale devono intervenire anche su questi indicatori sociali di salute che aiutano le persone a stare meglio.

**- Lei ha spesso sottolineato che gli infermieri non sono più i guardiani delle strutture...**

- Gli infermieri rappresentavano il maggior numero di operatori nei manicomi italiani e avevano due ruoli: custodi e punitori. Venivano scelti per il loro fisico e con un livello di istruzione molto basso, ma vivevano con i pazienti 24 ore su 24 e quindi avevano una conoscenza molto importante delle sofferenze delle persone e delle loro storie. E c'era un altro elemento: gli specializzandi appartenevano a un settore sociale medio-basso, simile a quello degli infermieri dell'epoca, il che determinava un'alleanza tra pazienti e infermieri che era a sua volta un'alleanza di classe. Gli infermieri conoscevano meglio di noi medici i problemi, la vita delle persone e i loro territori, e per questo il loro lavoro era molto importante. Questo ha contribuito a trasformare la cultura della popolazione, che è fondamentale in questa trasformazione, perché è la comunità che deve cambiare il suo atteggiamento nei confronti della malattia mentale. Quando gli infermieri hanno avuto la possibilità di lavorare a porte aperte e di non essere solo custodi, ma di aiutare i pazienti

nei loro bisogni, nel loro ritorno a casa, sono stati centrali e i più importanti operatori della salute mentale. Oggi in Italia e nel mondo molte cose sono cambiate. Gli infermieri sono tutti laureati. Ma nella mia esperienza italiana racconto che in quegli anni gli infermieri dei manicomi erano persone con due lavori e socialmente quello era il secondo lavoro, di cui non parlavano perché li imbarazzava. Perché? Perché quando lavori con gli ultimi e i meno validi, anche tu vali poco. Invece, quando mettiamo al centro i "malati" e li valorizziamo, valorizziamo anche chi lavora con loro. C'è una riabilitazione sociale del malato e dell'operatore sanitario.

**- Lei parla di "difesa della legge". Ha a che fare con l'idea che questo tipo di regolamentazione sia una sfida alla politica?**

- La salute sfida sempre i governi e la politica. E dopo la pandemia, la salute mentale è uno dei settori che dovrebbe sfidare di più. Assistiamo a una crescita, soprattutto tra i giovani, delle malattie mentali e questo ci preoccupa tutti. Oggi è difficile dire che non abbiamo una persona molto vicina a noi con un grave problema di salute mentale, quindi non possiamo più dire "loro" quando parliamo di salute mentale e dobbiamo dire "noi". La sofferenza mentale ci riguarda e sfida molto la politica perché implica un modo diverso di guardare alle persone con diversità. Essere diversi, a partire dalle donne per molto tempo, ha significato disuguaglianza sociale, cioè meno diritti sociali. Questo sfida la cultura, ma anche la politica. L'Argentina ha una delle migliori leggi al mondo, se applicata e deve essere applicata.

**- Secondo lei, perché non è stata in grado di farlo per quasi tredici anni? È un problema di risorse o va oltre e ha a che fare con la sua tesi secondo cui chiudere i manicomi significa ridistribuire il potere?**

- Credo che ci sia un problema di trasformazione culturale. La legge in Italia ha avuto molti oppositori e nel corso degli anni ci sono state molte proposte di modifica. L'opposizione era tra la classe medica e gli psichiatri, cioè tra coloro che hanno più potere. E questo proprio perché in manicomio il paziente può essere dimenticato, abbandonato. Nel territorio, il medico, lo psichiatra o l'operatore sanitario è chiamato a essere responsabile della salute di quella persona, della famiglia e della comunità. Quindi è più facile lavorare in manicomio. Inoltre, naturalmente, il manicomio è un'istituzione totale, gerarchica, dove il potere è concentrato nel direttore e discende dalla sua mano. Egli ha potere assoluto in tutto: gestionale, terapeutico ed economico. Al di sotto ci sono i degenti che non hanno alcun potere e subito sopra ci sono gli infermieri che non ne hanno molto. La redistribuzione del potere è un'operazione democratica molto importante, ma allo stesso tempo permette un lavoro tecnico e clinico molto bello. Insisto sul fatto che in manicomio si sprecano risorse professionali e umane. Nella comunità, invece, gli operatori della salute mentale sono valorizzati, così come i pazienti.

**- Le risorse restano fondamentali...**

- Le risorse sono chiaramente importanti, soprattutto in situazioni di crisi, quando i servizi per le persone più fragili, comprese le persone con malattia mentale, sono quelli che ricevono di meno e sono i primi a essere ritirati. Oggi in Italia, dove c'è una crisi economica diversa da quella argentina, oltre a una crisi culturale e sociale molto importante, i servizi che soffrono di più sono quelli per le persone con malattia mentale, per i tossicodipendenti problematici, per i giovani, per gli anziani, per gli immigrati, per i disabili. Credo che tutti abbiamo la responsabilità di vedere come vengono utilizzate le risorse, ma in particolare chi ha il potere decisionale e gestionale, deve come primo compito non sprecarle.