

Benedikt Sauer

La riforma psichiatrica in Alto Adige

A colloquio con Otto Saurer, per molti anni assessore provinciale alla Sanità e ai Servizi Sociali

“Dimmi come tratti i malati di mente e ti dirò chi sei!” Questo proverbio serve all'ex assessore provinciale Otto Saurer a spiegare i motivi che lo hanno indotto ad occuparsi a fondo delle problematiche della psichiatria e della sua storia. Giacché, aggiunge, “qui sono in gioco questioni fondamentali dell'essere uomo”. Dopo essersi laureato in giurisprudenza, Saurer è stato esponente dell'ala sinistra della corrente dei lavoratori della Südtiroler Volkspartei (SVP) e dal 1984 al 2003 assessore con delega alla Sanità e ai Servizi Sociali. Afferma di essere stato influenzato dal movimento del Sessantotto:

“I dibattiti sul ruolo della psichiatria nella società mi interessavano moltissimo come attivista della ‘Südtiroler Hochschülerschaft’. In fondo anche le riforme italiane in ambito psichiatrico degli anni Sessanta e Settanta sono state ispirate dal movimento del Sessantotto.”

Per capire gli sviluppi recenti della psichiatria in Alto Adige, Saurer ritiene che sia necessario riandare al periodo intorno al 1900, rievocare alcune tappe storiche e illustrare il contesto politico. La situazione in Tirolo prima della Grande guerra e nel periodo fra le due guerre ha “lasciato tracce fino al passato recente”, dice richiamandosi a una considerazione dello psicologo e psichiatra berlinese Rudolf Leubuscher (1822–1861) sul ruolo sociale della psichiatria: “mille fili collegano [il manicomio] con le passioni che scuotono il mondo” (1848). Verso il 1900 il sistema di assistenza psichiatrica nell'ex territorio della Corona, “non funzionava

male per quei tempi”, sostiene l'ex assessore ricordando che il (secondo) Statuto degli ospedali psichiatrici del Tirolo, risalente al 1908, si differenziava in meglio rispetto alla pressoché coeva regolamentazione italiana in materia, la “legge Giolitti” del 1904. Mentre lo Statuto tirolese introdusse il ricovero volontario e prevede anche la possibilità del ricorso all’assistenza presso famiglie affidatarie, che venivano sovvenzionate in base ad accordi con le direzioni manicomiali, la “legge Giolitti” prevedeva soltanto i ricoveri coatti, eseguiti dal direttore del manicomio su richiesta del tribunale (come in Tirolo prima del 1908), e la conseguente interdizione dei “degenti”. Da questa legge, rimasta in vigore fino al 1968, erano regolamentati dopo il 1918, in seguito all’annessione del Tirolo meridionale all’Italia, l’assistenza psichiatrica e il ricovero nel manicomio di Pergine Valsugana. Il principio che stava alla base dei criteri per l’esecuzione dei ricoveri coatti, ossia la “pericolosità per sé o per gli altri del malato di mente”, fece sentire i suoi effetti nel lungo periodo: “La pericolosità rimase al centro dell’intervento psichiatrico. L’idea che il malato di mente avesse a che fare con la polizia o con il tribunale si radicò profondamente”, afferma Saurer.

Dal momento che dopo il 1918 i pazienti sudtirolesi furono trasferiti da Hall a Pergine Valsugana e che il manicomio trentino continuò ad essere l’unica struttura psichiatrica di riferimento per i sudtirolesi – in virtù della Convenzione del 1930 fra il manicomio e la Provincia di Bolzano, nata nel 1927, e tacitamente rinnovata fino al 1978 – l’Alto Adige rimase “sotto il profilo psichiatrico, un terreno incolto”, dice Saurer citando *Gli spazi della follia* (1989), il volume dedicato alla storia della psichiatria nel Tirolo e nel Trentino da Giuseppe Pantozzi, che ha diretto per molti anni la Ripartizione provinciale alla Sanità. A Pergine non c’era nessuno psichiatra altoatesino, non c’erano infermieri altoatesini, la Provincia di Bolzano non si faceva carico di nessun altro compito all’infuori del trasporto del malato e del pagamento della retta mensile. Persino l’unica struttura esistente in territorio altoatesino – l’ex “Riformatorio” per giovani a rischio e difficilmente educabili di “Stadio”, fondato nel 1907 – era gestita da Pergine. Al termine della Seconda guerra mondiale, dopo che in epoca nazista molti pazienti sudtirolesi erano stati “deportati” nel Baden-Württemberg – “la più grande tragedia della psichiatria altoatesina” – e che ai sopravvissuti che non avevano presentato domanda di “riopzione” entro il 4 febbraio 1949 “fu reso difficile il rientro a causa di ostacoli giuridico-formali”, sarebbero passati altri tre decenni prima che l’Alto Adige potesse prendere decisioni autonome in materia psichiatrica. Secondo il primo Statuto di autonomia del 1948, le competenze per l’“assistenza sanitaria

e ospedaliera” non facevano capo alle Province di Trento e Bolzano, bensì alla neonata Regione Trentino-Alto Adige. Inoltre, poiché il clima politico degli anni Cinquanta e Sessanta era posto all’insegna di violenti scontri sull’attuazione dello Statuto di autonomia, tanto che nel 1957 la SVP uscì dal governo regionale in segno di protesta, in molti settori si produsse una paralisi politica. Fu solo con il secondo Statuto di autonomia del 1972 che la Provincia Autonoma di Bolzano acquisì le competenze politiche e legislative in materia di sanità e assistenza sanitaria, e pertanto anche di assistenza psichiatrica.

Il progetto di costruzione di un ospedale psichiatrico negli anni Sessanta

Pochi anni prima dell’entrata in vigore del secondo Statuto di autonomia, l’Alto Adige aveva deciso di dotarsi di proprie strutture psichiatriche. In realtà aveva progettato di costruire un ospedale psichiatrico. Il progetto della struttura che doveva sorgere a Bolzano fu messo a punto negli anni 1966-74. Tutto ciò avveniva in un periodo in cui in Italia prendeva quota il dibattito sul significato degli ospedali psichiatrici e si rafforzavano via via le posizioni critiche nei confronti tale tipo di struttura. In questo clima, nel 1968 si arrivò alla promulgazione di una prima legge di riforma (“legge Mariotti”), che a oltre sessanta anni di distanza dalla legge Giolitti consentiva per la prima volta il ricovero volontario e prevedeva una territorializzazione dei servizi assistenziali mediante l’istituzione di “Centri di igiene mentale” (successivamente denominati “Centri di salute mentale”). Saurer ritiene che decisiva al fine del superamento della “legge Giolitti” e dell’introduzione della prima riforma italiana sia stata una sentenza della Corte Costituzionale del 1968, che sanciva l’impossibilità di procedere a un ricovero coatto senza la presenza di un difensore legale, a ribadire che “il concetto della libertà dell’individuo era il filo conduttore della Costituzione repubblicana del 1948”. Successivamente, un ulteriore passo “innovativo” fu compiuto dal ministro alla Sanità Camillo Ripamonti (1969–70), che ispirò la sua gestione al principio che il malato di mente dovesse essere seguito all’interno e all’esterno degli ospedali psichiatrici da équipe multidisciplinari: un “prodromo della riforma Basaglia” a detta di Saurer.

In linea con questa evoluzione e in virtù delle nuove competenze assegnate alla Provincia di Bolzano, all’inizio degli anni Settanta in Alto Adige fu creato un

nuovo gruppo di lavoro che aveva soprattutto il compito di lavorare all'elaborazione di una legge provinciale. Saurer considera questa legge, approvata nel 1976, come "apripista", dal momento che "prevedeva" anche in Alto Adige "l'istituzione di Centri di salute mentale" e "gettava le basi per un'assistenza territoriale e a misura di paziente secondo il principio 'meglio l'ambulatorio che il reparto'. Si trattava di un cambio di paradigma." La tendenza si è poi "rafforzata in maniera decisiva grazie alla critica radicale dello psichiatra Franco Basaglia, che puntava all'abolizione definitiva dei manicomi, da lui considerati come strumenti di potere". Secondo l'ex assessore provinciale, non bisogna tuttavia trascurare il fatto che la "rapida approvazione" della "legge Basaglia", che equiparava per la prima volta il malato di mente agli altri malati e gli riconosceva il diritto di essere curato negli ospedali civili, era stata anche il risultato del clima politico creatosi attorno ai referendum del 1978, all'epoca del Compromesso storico fra Democrazia Cristiana e Partito Comunista Italiano. Per quanto riguarda il progetto di costruzione del nuovo ospedale psichiatrico a Bolzano, di cui erano iniziati i lavori, dopo una "pausa di riflessione" si ipotizzò un cambio di destinazione d'uso. Secondo Saurer, la riforma Basaglia del maggio 1978 ha

"aperto la strada a una trasformazione strutturale e culturale profonda in materia di assistenza e cura dei malati di mente. Non si trattava soltanto di allontanarli dai manicomi, si trattava anche di creare forme aperte di assistenza territoriale e di ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri."

Va sottolineato che la riforma psichiatrica fu contestuale alla grande riforma del sistema sanitario italiano del dicembre 1978. Ispirandosi al modello britannico, fu creato un servizio sanitario unitario pubblico con l'obiettivo di garantire la migliore assistenza sanitaria a tutta la popolazione, indipendentemente da reddito e classe sociale: "una rivoluzione". Per effetto di questa riforma, furono abolite le varie Casse malattie e gli altri enti che gestivano specifiche categorie di utenti. In Alto Adige le competenze in materia di sanità furono trasferite a quattro Unità Sanitarie Locali (Centro-Sud, Ovest, Nord, Est), che nel 1992 furono trasformate in quattro "Aziende Sanitarie Locali" e nel 2007 in una Azienda Sanitaria con quattro Comprensori sanitari (Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico).

1984: “Le acque erano ancora agitate”

“Nel 1984, quando assunsi la carica di assessore provinciale alla Sanità e ai Servizi Sociali, il clima politico e quello scientifico erano favorevoli, tuttavia le acque erano ancora agitate”, dice Saurer. Mentre una parte consistente della classe medica, dell’opinione pubblica e delle forze politiche “criticava con forza la riforma psichiatrica, la parte più avanzata degli psichiatri premeva per una sua rapida attuazione.” Saurer ricorda che a livello nazionale “si percepiva un vento nuovo”, ad esempio in occasione dei frequenti incontri con gli altri assessori regionali competenti in materia di sanità. All’epoca egli aveva maturato la convinzione che il nodo da sciogliere era quello di indurre un profondo “cambio di mentalità” nella società altoatesina, “senza il quale non avrebbero avuto possibilità di successo il reinserimento sociale e l’integrazione dei malati di mente”.

Il fatto che nella Provincia di Bolzano non esistessero ospedali psichiatrici, che secondo la “legge Basaglia” si sarebbero dovuti chiudere, consentiva alla Provincia di esercitare le proprie nuove competenze in materia “partendo da un terreno vergine, anche se, d’altra parte, mancavano personale medico e paramedico come anche una capillare rete di servizi territoriale”. Un lavoro pionieristico fu quello svolto negli anni Settanta da Hartmann Hinterhuber, medico psichiatra originario di Brunico che esercitava presso la Clinica Universitaria di Innsbruck, e dai suoi collaboratori, i quali gestirono i primi ambulatori psichiatrici a Brunico e Bressanone. Hinterhuber e Saurer si conoscevano bene fin dai tempi in cui entrambi facevano parte del direttivo della “Hochschülerschaft”, di cui Saurer era stato presidente nel 1966–67. “Sicuramente questa frequentazione che risaliva agli anni dell’università ha svolto una funzione anche nel rafforzamento della successiva relazione professionale”, dice Saurer. A metà degli anni Novanta Hinterhuber presentò un piano di assistenza psichiatrica per l’Alto Adige, che costituì il fondamento del Piano provinciale di assistenza psichiatrica 1996–2002, predisposto da un gruppo coordinato da Hugo e Günther Staffler. Per tutti quegli anni la Clinica Universitaria di Innsbruck ha accolto i pazienti altoatesini e consentito, al pari di altre università dell’Europa centrale, la formazione e la specializzazione del personale medico, in virtù di una Convenzione con la Provincia Autonoma di Bolzano. Per la formazione del personale paramedico, fu creata a Bolzano nel 1993 la Scuola Superiore per operatori sanitari “Claudiana”. Un punto di riferimento fondamentale in tutti quegli anni è stato altresì il Dipartimento di Salute Mentale dell’U.S.L. di Trieste. “Siamo andati due volte a Trieste, nel 1986 e nel

1989, per discutere in maniera approfondita con Franco Rotelli, già collaboratore di Basaglia e suo successore alla direzione dei Servizi di salute mentale. Il clima e l'organizzazione delle strutture ci hanno fatto una grande impressione.”

Saurer ricorda che all'inizio del suo primo mandato di assessore, a metà degli anni Ottanta, la priorità era quella di integrare l'Ospedale di San Maurizio a Bolzano, che stava per essere ultimato e che era stato pensato inizialmente come ospedale psichiatrico e doveva essere riconvertito, con il nuovo Ospedale civile di Bolzano e con la rete territoriale dei servizi psichiatrici che doveva ancora essere creata. La riforma prevedeva che negli ospedali civili potesse esserci un reparto psichiatrico con massimo quindici posti letto e che sul territorio venisse creata una rete di strutture socio-psichiatriche. A Bolzano furono aperti due reparti psichiatrici con ventiquattro posti letto per i casi acuti e sei posti letto in day-hospital. Il trasferimento definitivo nella nuova struttura di San Maurizio avvenne nel 1991.

Negli anni Ottanta sul piano politico e amministrativo le competenze all'interno della Giunta provinciale erano frammentate, e ciò anche per effetto di una ripartizione dei compiti su base etnica fra assessori di lingua tedesca e di lingua italiana. Alcuni settori delle politiche sanitarie e sociali facevano capo, oltre che a Saurer, anche al collega italiano Remo Ferretti. Poiché Ferretti era anche assessore al Commercio, la psichiatria era gestita, oltre che dall'Assessorato ai Servizi Sociali, da quello al Commercio, Scuola e Cultura di lingua italiana. Tuttavia questa suddivisione non aveva reali effetti pratici, dal momento che le politiche sanitarie e sociali erano coordinate da un'unica Ripartizione provinciale, la VIII. “E questa Ripartizione era diretta da Giuseppe Pantozzi, dunque da una persona di grande competenza e capacità soprattutto nel campo della psichiatria”. Con il riordino delle competenze attuato nel 1987, Saurer, che aveva fatto integrare l'assistenza psichiatrica nel Piano sanitario, assunse la responsabilità anche in materia di edilizia sanitaria, e poi formalmente anche in materia di psichiatria.

Attuazione della riforma e del Piano regionale di assistenza psichiatrica

In occasione della “territorializzazione dei servizi” si manifestarono delle resistenze all'attuazione della riforma sanitaria e della riforma psichiatrica. Per parti della classe medica e della popolazione il centro del sistema doveva essere l'ospedale.

“Noi puntavamo invece in maniera prioritaria alla costruzione ed espansione dei distretti con l’obiettivo di istituire sul territorio, oltre che 20 distretti e 14 succursali dei medesimi, diversi servizi specialistici, ad esempio i servizi di salute e igiene pubblica, di medicina del lavoro, di medicina dello sport, il servizio veterinario, il servizio psicologico o il servizio per le dipendenze – e garantire un’assistenza di tipo ambulatoriale.”

Gli specialisti concordavano sulla necessità di integrare in ambito psichiatrico la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione. “Più difficile invece, a fronte dell’eterogeneità di impostazione che esisteva all’interno della disciplina psichiatrica, era mediare fra psichiatria sociale, psicoterapia e orientamento organicistico-farmacologico. Lì doveva intervenire la politica”, dice Saurer. Nel 1992 l’assessore provinciale decise di coinvolgere i Servizi Sociali nella rete assistenziale trasferendogli la direzione delle strutture per i malati di mente. I medici specialisti criticarono questa scelta. “Io invece ero convinto che fosse importante coinvolgere attraverso i Servizi Sociali i Comuni e con essi le comunità locali, al fine di indurre un cambiamento di mentalità e di creare un solido clima di collaborazione.”

Saurer sostiene che l’individuazione di un luogo adatto per un centro di riabilitazione che sostituisse la struttura di “Stadio” presso Vadena è stata, oltre che un banco di prova, una sfida impegnativa. In un primo tempo egli pensò di trasformare l’Istituto provinciale di ergoterapia psichiatrica, all’epoca diretto dallo psichiatra Bruno Frick e in grado di accogliere centocinquanta persone, in una struttura socio-psichiatrica. Il progetto fu abbandonato a causa della posizione troppo decentrata della struttura e degli elevati costi di ristrutturazione edilizia che sarebbero stati necessari. “Tuttavia l’individuazione di una localizzazione alternativa si rivelò estremamente difficoltosa”, dice Saurer. Dopo il rifiuto espresso dagli abitanti di Tesimo-Prissiano (1992), anche l’80 per cento della popolazione di Bronzolo si esprime contro; il sindaco di Egna era contrario alla sistemazione del centro di riabilitazione nel convento dei Cappuccini, nonostante il parere favorevole dei frati stessi e del Consiglio parrocchiale. La soluzione la offrì il sindaco di Salorno, che però perse le elezioni successive. Nel 2003 divenne operativo il Centro di riabilitazione “Gelmini” a Salorno, dopo che nel 1999 i restanti ventinove degenti della struttura di “Stadio” erano stati trasferiti nella clinica “Grieserhof” di Bolzano.

Saurer sottolinea che, ai fini dell’attuazione della riforma, è stato “di grande importanza” il lavoro svolto con le associazioni di volontariato, e in particolare

con l'“Associazione Parenti ed Amici di Malati Psicici”, nata nel 1989 e presieduta per lungo tempo da Edith Bertol Crocchiola. L'ex assessore provinciale è convinto che il lavoro svolto dai membri dell'Associazione Parenti ed Amici, la “perseveranza della Giunta provinciale”, il “supporto della Chiesa” e l'“impegno dei giovani psichiatri” hanno fatto sì che “cominciasse ad affermarsi una nuova mentalità”, nonostante la resistenza di pregiudizi e stigmatizzazione. Il Piano provinciale di assistenza psichiatrica 1996–2002, dice Saurer, è stato in gran parte attuato a conclusione del suo ultimo mandato nel 2003. Oggi la rete dei servizi si compone di otto Centri di salute mentale, quattro Servizi psichiatrici di diagnosi e cura con complessivi 61 posti letto, quattro Day-Night-Hospital con 15 posti letto, tre Centri di riabilitazione per persone che hanno bisogno di molta assistenza, sette Comunità protette, dodici Comunità alloggio, sei Centri diurni, cinque Punti d'incontro e quindici strutture per il reinserimento lavorativo. Otto Saurer è convinto che la riforma ha avuto successo “perché siamo riusciti a dimostrare che possono funzionare anche piccole strutture in località remote, comunità alloggio ubicate in piccoli villaggi, e che non ci sono rischi per nessuno.”

In una prospettiva di breve termine Saurer constata che sarà necessario potenziare la prevenzione, migliorare l'assistenza ai malati cronici alloggiati in strutture che non sono in grado di offrire loro un'assistenza specifica adeguata e istituire una scuola di formazione superiore che sia collegata in rete con le università dei territori vicini.

Dott. Otto Saurer, nato a Prato allo Stelvio nel 1943, vive a Bolzano. Ha studiato giurisprudenza a Innsbruck e Padova. Nel 1966-67 è stato presidente della “Südtiroler Hochschülerschaft” e in seguito direttore dell'Istituto per l'edilizia agevolata. Dal 1964 al 1974 è stato consigliere comunale di Prato allo Stelvio. Nel 1973 è stato co-fondatore della corrente dei lavoratori della SVP. Nel 1983 è entrato in Consiglio provinciale; dal 1984 al 2004 ha ricoperto la carica di assessore alla Sanità e ai Servizi Sociali e, fino al 1998, quella di assessore alla Formazione Professionale; dal 2003 al 2008 è stato assessore alla Scuola tedesca, Formazione Professionale e Università, e dal 1989 Vicepresidente della Giunta provinciale. Nel 2008 si è ritirato a vita privata.

Benedikt Sauer

La psichiatria sociale accademica di Innsbruck e la sua importanza per la riforma psichiatrica in Tirolo e in Alto Adige

A colloquio con Hartmann Hinterhuber, direttore della Clinica universitaria di Psichiatria generale e Psichiatria sociale di Innsbruck

La psichiatria è diventata una “scienza affascinante” negli ultimi cento anni, afferma Hartmann Hinterhuber, direttore della Clinica universitaria di Psichiatria generale e Psichiatria sociale di Innsbruck. Dal 1985 Hinterhuber dirige l’istituzione psichiatrica del capoluogo tirolese. Nato nel 1891, terzo in Austria, come Clinica universitaria neurologico-psichiatrica, diviso in due Cliniche (Neurologia e Psichiatria) nel 1974 e ulteriormente differenziatosi istituzionalmente negli ultimi anni, l’odierno Dipartimento raggruppa quattro Cliniche (Psichiatria generale, Psichiatria biologica, Psicosomatica, Psicologia medica) e un reparto di Psichiatria sperimentale. A detta di Hinterhuber, “la psichiatria è riuscita a far propri e a integrare i risultati scientifici di discipline diverse: le neuroscienze, la psicologia, la sociologia e i *cultural studies*. In questo modo essa tiene conto della complessità psichica degli esseri umani”.

Due sono le “figure chiave” che, secondo Hinterhuber, hanno esercitato un influsso profondo e duraturo sullo sviluppo della disciplina. Il primo è lo psichiatra e internista Wilhelm Griesinger (1817–1868), uno dei padri fondatori della psichiatria accademica. Egli è stato “ingiustamente ridotto all’enunciato: ‘tutte le malattie psichiche sono malattie cerebrali’”, infatti, “grazie ai contatti che intratteneva con esponenti della psicologia”, ha non solo, “studiato lo sviluppo infantile”, ma ha “altresi abbozzato idee che hanno una grande importanza per la

psichiatria sociale e che vengono comunemente ricondotte a Franco Basaglia.” La seconda figura chiave è Emil Kraepelin (1856–1926), la cui grandezza “sta anzitutto nell’aver dato un fondamento scientifico alla psichiatria in quanto scienza naturale, ma che vedeva all’opera anche influssi psicologici e culturali che permeano l’uomo in salute e in malattia.”

“I progressi della psichiatria scientifica”

Agli occhi di Hinterhuber, una delle grandi conquiste sta nel fatto “che oggi psichiatri e psicoterapeuti non si richiamano più a una scuola”, cosicché vengono “evitate improduttive controversie fra scuole”. Piuttosto, si è riusciti a definire delle “aree di disturbo psichico” e a sviluppare per ciascuna di esse terapie appropriate:

“Oggi sappiamo per quali malattie psichiatriche sono indicati questi o quei farmaci, quando sono utili tecniche come la terapia comportamentale – ad esempio per curare le fobie”, oppure “quando, ad esempio in caso di nevrosi, sono indicate terapie psicoanalitiche”. Il fatto “che le singole scuole abbiano abbandonato in ampia misura la loro pretesa di esclusività” costituisce un grande progresso.

Gli esiti cui sono pervenute le ricerche nel campo delle neuroscienze sono “eccitanti”: “sappiamo che cosa si modifica nel cervello quando discutiamo di un argomento piacevole o quando nel contesto di una depressione rimuginiamo su dei problemi. Grazie alle ricerche biochimiche sappiamo come dei segnali bioelettrici si trasformano in segnali biochimici”. A titolo di esempio, Hinterhuber rinvia, tra le altre cose, alle “ricerche sull’attaccamento: grazie ad esse sappiamo quali effetti possa avere la perdita di una persona di riferimento, oppure, grazie alla psicosomatica, come lo stress possa agire sul nostro sistema immunitario o come i traumatismi possano provocare anche sofferenze somatiche.” Da molto tempo, inoltre, si tiene conto degli influssi sociali che, come sottolinea Hinterhuber, “neppure la psichiatria tedesca ha mai negato”.

Specialmente per quanto attiene le forme d’intervento organicistiche, i progressi scientifici hanno portato a “sensazionali successi terapeutici nella nostra disciplina”, come Hinterhuber ha spiegato anche in un saggio del 2007 sullo sviluppo della psichiatria. Lo psichiatra rinvia, a questo proposito, alla scoperta

della prima molecola antidepressiva, l'imipramina, da parte di Roland Kuhn nel 1956, alla descrizione degli effetti sedativi delle benzodiazepine – ad esempio il Valium – da parte di Leo Sternbach a partire dagli anni Sessanta, oppure allo sviluppo della clorpromazina, il primo neurolettico, da parte di Jean Delay e Pierre Deniker nel 1952. “Si è così inaugurato uno dei capitoli più interessanti nello sviluppo delle terapie: la Clinica di Innsbruck vi ha preso parte attivamente”.

Secondo Hinterhuber, il “primo cambiamento di paradigma” si è verificato nel 1938, quando lo psichiatra italiano Ugo Cerletti presentò il suo studio sugli effetti della terapia elettroconvulsivante, “mediante la quale stati giudicati non guaribili divennero curabili.” “Già” Cerletti – che nel 1946, su invito del direttore della Clinica Hubert Urban, presentò le sue ricerche anche a Innsbruck e quindi, per la prima volta, all'estero – “vedeva” l'applicazione “limitata alle sole patologie depressive e schizofreniche”.

Poco è mutato nella frequenza dei quadri clinici: “Di nuovi non ce ne sono quasi, anche se all'industria farmaceutica spesso piacerebbe poter invocare una nuova malattia per reclamizzare un farmaco appena sviluppato.” Alcuni cambiamenti intervenuti, tuttavia, paiono degni di nota al direttore della Clinica. I disturbi dell'alimentazione sono cresciuti significativamente. In vistoso aumento è altresì il numero di bambini e adolescenti che sviluppano patologie psichiatriche. Nei soggetti più giovani negli ultimi tempi “si constata un abbandono emozionale accompagnato da crescente aggressività.” Hinterhuber sottolinea quanto sia interessante osservare, nell'ambito delle psicosi, come siano cambiate le rappresentazioni deliranti: “Diminuiscono le rappresentazioni attinenti alla sfera religiosa, aumentano vistosamente le spiegazioni attinenti all'ambito della tecnica.” Al posto della vergine Maria che guidava i pensieri con la sua voce è subentrato un microchip, trapiantato di nascosto, che impartisce ordini e controlla l'universo mentale. “Già Kraepelin sapeva che gli universi deliranti sono culturalmente determinati”, dice Hinterhuber.

Progetti di riforma per il Tirolo e l'Alto Adige

Un cambiamento sostanziale è intervenuto in tempi recenti nel modo di intendere il proprio lavoro da parte degli psichiatri operanti nelle Cliniche universitarie: “Sono profondamente convinto che l'ambito di responsabilità della psichiatria

universitaria non finisce sulla soglia del reparto ma si estende oltre la struttura di degenza. Accompagnare i pazienti nel corso della loro vita ulteriore è un compito inderogabile”. Hinterhuber ricorda la nascita, nel 1975, della Gesellschaft für Psychische Hygiene Tirol [Società per l’Igiene Psicica del Tirolo] (oggi: Gesellschaft für Psychische Gesundheit, GPG [Società per la Salute Mentale]), cui partecipò come aiuto primario, sotto la direzione di Kornelius Kryspin-Exner, con l’obiettivo “di sviluppare sul territorio strutture di accoglienza per pazienti psichiatrici e aprire strutture socio-psichiatriche”. Succeduto a Kryspin-Exner, nel 1985 ha assunto la direzione della GPG. Negli anni a venire, nei distretti del Tirolo sono via via nati consultori, strutture di accoglienza residenziale per soggetti non ancora autosufficienti, comunità alloggio e centri di riabilitazione e formazione professionale. A detta di Hinterhuber, il “Land federale del Tirolo” è passato “in breve alla testa del movimento di riforma in Austria”.

Ma quanto difficile fosse attuare questo modello su grande scala lo dimostra un bilancio intermedio, tracciato da Hinterhuber in veste di presidente della GPG nel 1990, in occasione dei quindici anni di vita della Società: “A fronte dell’alto livello raggiunto in alcuni Paesi, è vergognoso che la condizione sanitaria, sociale, materiale e professionale di centinaia di malati mentali, anche nel nostro Land, debba definirsi tuttora catastrofica”.

Un anno dopo, nel 1991, è entrata in vigore la legge austriaca conosciuta come *Unterbringungsgesetz* (UbG – Legge sui ricoveri in strutture psichiatriche), che disciplinava in termini restrittivi la degenza nelle Cliniche psichiatriche e ha reso possibile una graduale dimissione dei lungodegenti. Nel 1992 Hinterhuber, insieme al collega Ullrich Meise, ha saputo convincere l’assessore regionale alla Sanità Walter Hengl (SPÖ) della necessità di un testo di riforme per l’assistenza psichiatrica: il “Psychiatrieplan Tirol” [Piano di assistenza psichiatrica del Tirolo], che si poneva anzitutto l’obiettivo di una regionalizzazione dei servizi, è stato varato nel 1995; a detta di Hinterhuber, era “la prima Carta programmatica in materia di psichiatria di un Land federale”.

A distanza di dieci anni, nel 2005, è stato tracciato un primo bilancio dall’Amt für Gesundheitsplanung [Ufficio pianificazione sanitaria], seguito nel 2007 da quello di Ullrich Meise e Karl Stieg, coordinatore delle politiche psichiatriche del Land: la riduzione dei posti letto nelle cliniche, la nascita su scala regionale di Servizi psico-sociali e di strutture diurne, come anche la creazione, a livello locale, di alloggi e posti di lavoro, aveva trasformato radicalmente l’aspetto del panorama delle istituzioni psichiatriche. Il “motore di questo sviluppo” era, secondo

Hinterhuber, “l’impegno socio-psichiatrico profuso dalla Clinica universitaria di Psichiatria generale”. In effetti, colpisce la forte riduzione dei posti letto nelle cliniche operata nel decennio 1995–2005, evidenziata da un calo di oltre 200 unità, ovvero di un passaggio, su scala regionale, da 648 a 454 posti letto (compresi 46 posti di day hospital). Rispetto al 1989 la riduzione era addirittura pari al 50 per cento, circa 500 posti letto in meno. “Impressionante” è, a detta di Hinterhuber, il “successo della deospedalizzazione” nella struttura di degenza psichiatrica di Hall, dove il numero dei posti letto è sceso da 503 (1995) a 261. Nella Clinica di Innsbruck, dove rispetto ai 145 posti letto di dieci anni fa oggi ce ne sono 160, il numero è invece rimasto pressoché inalterato. Nuovi reparti psichiatrici, decentralizzati sul territorio, sono stati aperti: nel 1999 a Kufstein un reparto con venticinque posti letto e un day hospital con otto posti letto; a fine 2009 a Lienz un reparto con venticinque posti letto e un day hospital l’anno seguente; a Zams è in corso la costruzione di un nuovo reparto psichiatrico.

Conformemente alle succitate differenziazioni della disciplina, i reparti della Clinica universitaria di Innsbruck hanno assunto compiti specifici. Sono nati reparti e servizi specialistici per i disturbi depressivi e psicotici, per le patologie psichiatriche dell’anziano, per la neuropsichiatria infantile e adolescenziale, per le malattie psicosomatiche e per le dipendenze da alcol e da farmaci. In tutto il Tirolo nel 2005, 205 posti letto dei complessivi 454 esistenti nelle strutture di degenza erano “a disposizione” di “servizi specialistici”.

Per quanto riguarda i settori di punta della medicina, la Clinica universitaria di Innsbruck è tuttora un riferimento per l’Alto Adige. L’assistenza di base invece non rientra più nei compiti dell’istituzione psichiatrica di Innsbruck. Hinterhuber fa notare a questo proposito la mancanza ancora permanente di un “reparto di psichiatria, psicoterapia e psicosomatica infantile e adolescenziale” in Alto Adige. Pertanto il reparto di psichiatria infantile di Innsbruck si occupa tuttora di bambini e adolescenti dell’Alto Adige. A detta di Hinterhuber, l’Alto Adige avrebbe urgente bisogno di strutture gerontopsichiatriche. Ancora all’inizio degli anni Novanta le Cliniche universitarie e l’Ospedale psichiatrico regionale di Hall “svolgevano una funzione fondamentale ai fini dell’assistenza psichiatrica di base dell’Alto Adige”, come allora ebbe a constatare Hinterhuber. Nel 1991, al momento dell’entrata in vigore dell’UbG, le Cliniche del Tirolo ospitavano 277 pazienti altoatesini, prevalentemente casi acuti, “perché nella Provincia di Bolzano mancavano in ampia misura strutture di assistenza psichiatrica.”

Lo stesso Hinterhuber negli anni Settanta ha operato in Alto Adige fornendo consulenze mediche e in materia di politiche sanitarie, una funzione, questa, legata alle sue origini brunicensi: “La mia era una risposta alle condizioni di estremo bisogno dei pazienti psichiatrici, per i quali in Alto Adige non esistevano aiuti.” Nel 1972 ha assunto la direzione dei primi ambulatori psichiatrici altoatesini a Brunico e Bressanone, dove, coadiuvato da alcune infermiere e pochi assistenti sociali, ogni 14 giorni visitava i pazienti nei fine settimana, un servizio,

“che incontrava però numerosi ostacoli sulla sua strada: dal momento che all’epoca la Cassa Mutua di Malattia italiana non passava gli psicofarmaci, la Provincia Autonoma decise di gestire una propria farmacia. Un’infermiera distribuiva i farmaci prescritti nei consultori. I nostri due ambulatori nella parte orientale della Provincia hanno assistito più di mille pazienti nei primi decenni. Un secondo psichiatra, Ugo Curró-Dossi, lavorava nella parte meridionale e occidentale della Provincia. In due abbiamo assistito tutto l’Alto Adige”,

racconta Hinterhuber. Nel riandare a quegli anni, lo psichiatra ricorda il padre del suo ex collega, Emilio Dossi, primario a Pergine dal 1947 al 1969, che nei primi anni Cinquanta andava a trovare a casa i pazienti altoatesini dimessi dalla struttura trentina per continuare a curarli. Dossi si era inoltre battuto per l’apertura in Alto Adige di ambulatori che seguissero i pazienti dimessi dalle strutture di degenza, “ma questa iniziativa unica in Europa non incontrò il dovuto sostegno politico.”

Nel 1970, poco prima che Hinterhuber e Curró-Dossi cominciasse a operare negli ambulatori con le loro équipe, il manicomio di Pergine Valsugana ospitava 377 pazienti provenienti dall’Alto Adige, “anche se la percentuale dei pazienti provenienti dal Trentino era notevolmente più alta”. Gli operatori psichiatrici della struttura riuscirono a ridurre via via il numero dei lungodegenti, per i ricoveri brevi si poteva ricorrere alle Cliniche del Tirolo. Dal 1976, dunque da “prima dell’entrata in vigore della legge Basaglia”, esisteva per l’Alto Adige un testo di “legge provinciale sulla salute psichica” che prevedeva l’apertura di strutture di degenza psichiatriche e di servizi socio-psichiatrici territoriali. Tuttavia, ancora nel 1986, la situazione assistenziale versava, secondo Hinterhuber, in “gravi condizioni di bisogno”. Un decennio dopo, nel 1994, Hinterhuber e Ullrich Meise presentarono un piano di proposte anche per l’Alto Adige, sul quale si basò poi il Piano provinciale di organizzazione dei servizi psichiatrici per il quinquennio

1996–2002. Nel 2009, quindi sette anni dopo il periodo di riferimento, si era riusciti ad attuare solo l'80 per cento dei servizi previsti.

Il confronto critico con l'epoca nazista

A metà degli anni Novanta i tempi furono maturi per un confronto critico con il passato recente, soprattutto con gli orrori del nazismo. Dopo un primo lavoro sulle conseguenze che il programma di eutanasia nazista ebbe per gli abitanti dell'Alto Adige, pubblicato da Leopold Steurer nel 1982, nel 1995 l'associazione dei familiari delle vittime organizzò a Bolzano un convegno su “Deportazione ed eliminazione dei malati psichici”. Nello stesso anno anche Hinterhuber diede alle stampe un saggio di storia della psichiatria sui “crimini commessi dal nazionalsocialismo ai danni dei malati psichici e dei disabili nel Nordtirolo e dell' Alto Adige”, il primo testo in assoluto ad affrontare l'argomento della deportazione dei pazienti tirolesi nei centri di eutanasia nazisti e quello del destino riservato ai degenti di madrelingua tedesca di Pergine. Poi, nel 1997 sull'area della Clinica universitaria di Innsbruck fu innalzato il monumento *Wider das Vergessen* [Contro l'oblio], opera di Oswald Tschirtner, disegnatore e membro della comunità artistica di Gugging, che era stato fortemente voluto dal vescovo Reinhold Stecher. “Da un lato furono gli agghiaccianti racconti sulla scomparsa di conoscenti in epoca nazista, che avevo udito dai miei genitori” a sensibilizzarlo e a spingerlo a intraprendere questo tipo di ricerche; dall'altro lato, nei primi anni Settanta, mentre si occupava di una serie di biografie di schizofrenici, 160 in tutto, si era imbattuto nelle eliminazioni di massa dell'epoca nazista: “È stata l'opprimente realtà del silenzio, della rimozione, del non-volersi-rendere-conto, a motivarmi a questo lavoro”, dice Hinterhuber.

Che “solo la metà” dei sudtirolesi trasportati nel 1940, causa le “Opzioni”, da Pergine nelle strutture di Zwiefalten, Weißenau e Schussenried, senza che nessuno avesse chiesto il loro parere, “fossero sopravvissuti all'epoca nazista, lo venni a sapere negli anni Settanta, quando la direzione sanitaria di Schussenried mi chiese se ero disposto a sostenere i pazienti sudtirolesi nell'ambito del ‘progetto di rimpatrio’.” Nel 1974 erano ancora in vita trentasette dei quattrocentosettantuno malati trasferiti a Schussenried e Zwiefalten. Hinterhuber racconta che le sollecitazioni da lui sostenute in vista del rimpatrio suscitarono “reazioni diverse, ma

per lo più di rifiuto, non *solo* da parte dei familiari dei pazienti, ma anche delle massime autorità. Il tenore di fondo delle risposte era: ‘Abbiamo altri problemi’.” A titolo di esempio, Hinterhuber ricorda il destino toccato in sorte a Josef (Pepi) Demetz di Ortisei, in val Gardena, curato a Pergine per attacchi epilettici, trasportato a Zwiefalten all’età di 23 anni, che solo dopo più di trent’anni poté rivedere la sorella in Alto Adige. Anche se un ritorno nella sua terra da vivo non era possibile, egli desiderava essere sepolto a Ortisei accanto alla madre. Il sindaco del Comune gardenese voleva concedere solo un loculo cinerario, il che faceva orrore a Demetz “che conosceva i testi sull’incenerimento dei pazienti uccisi durante il nazismo”. Morto nel 1998, fu sepolto a Zwiefalten, e dopo diversi anni si riuscì a traslare la salma a Ortisei. Nel 2004, in occasione di una cerimonia in memoria di Demetz e di altri pazienti psichiatrici trasportati oltralpe, Hinterhuber ricordò l’ingiustizia rimossa, come pure i “50 malati sudtirolesi viventi, ora come prima, nella struttura di Pergine ma dimenticati dalla loro terra.”

Hinterhuber ci tiene a sottolineare che “la rappresentazione dell’orrore acquista un senso più profondo solo se è possibile al tempo stesso gettare le basi per un futuro migliore, che contenga una maggiore umanità.”

Prof. Hartmann Hinterhuber, nato a Brunico nel 1942, ha studiato Medicina a Innsbruck e Padova, ha conseguito la specializzazione in Psichiatria a Bologna e l’abilitazione alla docenza nel 1982. Dal 1985 è direttore della Clinica universitaria di Psichiatria di Innsbruck (oggi: Psichiatria generale e Psichiatria sociale) e presiede la “Gesellschaft für Psychische Gesundheit” [Società di Salute Mentale] del Tirolo, di cui è stato cofondatore nel 1975. Fra le sue numerose pubblicazioni vanno ricordati *Die Seele. Natur- und Kulturgeschichte von Psyche, Geist und Bewusstsein* (2001); *Ermordet und Vergessen. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken in Nord- und Südtirol* (1995) [trad. it., *Uccisi e dimenticati: crimini nazisti contro malati psichici e disabili del Nordtirolo e dell’Alto Adige* (2003)]; il volume collettaneo *Psychiatrie im Aufbruch* (1993), contenente un saggio di Viktor Frankl, *Lehrbuch der Psychiatrie* (1997, 2011²) insieme a W. Fleischkacker, *Der Mensch in seiner Klage. Anmerkungen aus Theologie und Psychiatrie* (2006) insieme a Manfred Scheuer e Paul van Heyster. È autore di oltre 500 studi scientifici. Dal 1999 al 2003 è stato vicedecano della Facoltà di Medicina. Ha inoltre fatto parte, per due mandati, della Commissione Nazionale Austriaca di Bioetica.

Benedikt Sauer

Hall: la trasformazione del grande manicomio

A colloquio con Christian Haring, primario dell'Ospedale Psichiatrico regionale di Hall

“Hall”, il nome della cittadina tirolese, viene utilizzato ora come un tempo per indicare il locale ospedale psichiatrico, ma è anche sinonimo di “follia”. Eppure l’ospedale e la grande area su cui sorge hanno conosciuto, ancorché relativamente tardi, una trasformazione radicale. Per lo più chiuso fino agli anni Novanta del Novecento, il manicomio è stato progressivamente aperto e ridimensionato, e si presenta oggi come un ospedale con reparti specialistici, in cui è stata anche avviata una riflessione sul passato recente.

La frattura o, meglio, “il blocco” dell’epoca nazista rappresenta agli occhi di Christian Haring, primario dell’ospedale psichiatrico di Hall e nominato presidente eletto della “Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie” per gli anni 2011 e 2012, la cesura più profonda nello sviluppo della psichiatria austriaca del Novecento:

“Quando a metà degli anni Novanta, in occasione dell’inaugurazione del reparto di psicoterapia dell’ospedale, si riunirono a Hall per un convegno membri di diverse scuole di psicoterapia, alla fine del simposio vi fu consenso sul fatto che in fondo noi si cominciava da dove in Austria tutto era finito sessanta anni prima, negli anni Trenta.”

Haring ricorda che “quasi l’intera Società psicoanalitica di Vienna”, con alla testa Sigmund Freud e Alfred Adler, “dovette lasciare l’Austria negli anni del nazismo.”

Per chiarire la situazione austriaca, è sufficiente gettare uno sguardo alla Svizzera. Lì Freud divenne una figura importante, anche per la psichiatria clinica, in tempi lontani. Haring cita la clinica Burghölzli di Zurigo, che dal 1898 al 1927 fu diretta da Eugen Bleuler, primo fra tutti i direttori di ospedali psichiatrici a interessarsi alla psicoanalisi freudiana, e C. G. Jung, che fu assistente di Bleuler prima di aderire al movimento di Freud. In Austria, per contro, le ripercussioni della cesura del periodo nazista si sono fatte sentire per decenni, fino agli anni Novanta e oltre.

All'epoca del convegno di Hall, nel 1995, il cosiddetto *Unterbringungsgesetz* (UbG – Legge sui ricoveri in strutture psichiatriche) del 1991, il primo importante passo della riforma austriaca, era entrato in vigore da pochi anni. Questa nuova legge in materia di psichiatria, che sostituiva la cosiddetta *Entmündigungsordnung* (normativa sull'interdizione) sull'internamento in istituti chiusi del 1916, risalente dunque a più di settant'anni prima, riformò il ricovero coatto in strutture psichiatriche. Da allora possono essere ricoverati in tali strutture, siano esse cliniche o reparti ospedalieri, solo pazienti psichiatrici e non più “disabili psichici”, e ciò può avvenire soltanto se al di fuori della struttura non esistono adeguate possibilità di seguire il paziente e se sussiste un pericolo rilevante per la sua integrità fisica o per gli altri. Inoltre, non è più il medico bensì un giudice indipendente che, basandosi su perizie mediche e dopo aver ascoltato la neonata *PatientInnenanwaltschaft*, ente deputato alla tutela dei diritti del malato, decide se un paziente va trattenuto in una struttura psichiatrica.

L'Unterbringungsgesetz del 1991 e le “riserve della corporazione medica”

Le riforme quali l'UbG, che portò soprattutto a un'apertura degli ospedali psichiatrici chiusi e a una progressiva riduzione dei posti letto nei reparti psichiatrici, furono varate tardi in Austria. Haring ricorda che i primi piani di riforma erano pronti alla metà degli anni Ottanta, un decennio dopo la Psychiatrie-Enquête tedesca del 1975, che aveva svolto una funzione di apripista e che era stata voluta dal Parlamento federale dopo che nel 1970 l'assemblea annuale dell'Ordine dei medici tedeschi, per la prima volta dalla sua costituzione nel 1873, aveva esaminato la situazione dell'assistenza psichiatrica. La Commissione d'inchiesta aveva constatato che “un grandissimo numero di malati mentali e disabili psichici era costretto a vivere nelle strutture di ricovero in condizioni atroci, talora indegne di

un essere umano.” Accettati come raccomandazioni, gli esiti dell’inchiesta – ristrutturazione dei grandi ospedali psichiatrici, assistenza nel Comune di residenza ed equiparazione fra patologie fisiche e mentali, per ricordarne solo alcuni – confluirono negli anni Novanta anche nei tentativi di riforma austriaci.

Ma la “spinta a riforme su scala europea”, sottolinea Haring, era giunta già tre decenni prima, “dall’Italia”. A partire dal 1961 lo psichiatra italiano Franco Basaglia, direttore del manicomio di Gorizia, cominciò ad aprire i reparti chiusi e ad eliminare ogni forma di contenzione meccanica (come camicie di forza o letti con sponde fisse di contenimento) e l’elettroshock. A partire dal 1971 portò avanti queste riforme a Trieste con l’obiettivo di chiudere ben presto i manicomi, convinto, a detta di Haring, del fatto “che rinchiudere i pazienti equivaleva a mettere sotto chiave anche i problemi sociali della collettività nella loro veste di fattore scatenante, amplificatore o anche causa di problemi psichici”. La “Legge Basaglia” del 1978 abolì gli ospedali psichiatrici: “Questo processo avviato in Italia scatenò un terremoto su scala internazionale”.

Haring ricorda le fortissime riserve manifestate in Austria, soprattutto da parte della corporazione medica, sul processo di riforma avviato dall’*Unterbringungs-gesetz* del 1991: “Noialtri, la corporazione psichiatrica, abbiamo reagito in maniera fortemente paranoide.” Non ci capacitavamo che ora un giudice “avesse a dire a noi medici che cosa bisognava fare”. Simili reazioni vanno analizzate anche sullo sfondo dell’immagine di sé del medico, osserva lo psichiatra di Hall: “Un medico non può fare altrimenti che credere che ciò che egli fa è giusto e ben fatto.” Haring ammette di essersi egli stesso, in un primo tempo, dovuto “fare una ragione della legge, prima di riuscire ad adattarsi alla nuova realtà.” Solo grazie al confronto, talora conflittuale, con l’ente deputato alla tutela dei diritti del malato ha realizzato – “dovuto realizzare” – l’importanza e la necessità di un controllo: “Non si può lasciare unicamente al sapere specialistico del medico, meglio alla sua discrezione, la decisione se privare una persona della sua libertà.” La prospettiva esterna è assolutamente necessaria: “Grazie agli studi fatti oggi sappiamo che se la decisione viene lasciata soltanto ai medici, vengono rinchiusi più persone. Un dato su cui riflettere.” Perciò egli giudica un passo indietro la legge modificativa dell’UbG del 2010, che rende possibile il prolungamento di un ricovero coatto dietro presentazione di una sola perizia medica e non più di due come precedentemente previsto. Decisivi ai fini di questa nuova novella sono stati soprattutto motivi di carattere economico: risparmiare sul personale medico:

“In linea generale, bisogna badare che i piani assistenziali non vengano modificati da esigenze economiche, facendo passare in secondo piano i punti di vista medici. In quanto medici, il nostro compito è anzitutto attuare programmi terapeutici e non programmi economici.”

Per Haring non c'è dubbio che l'“innarestabile onda” originata dall'UbG del 1991 e la successiva riforma psichiatrica tirolese degli anni 1995–2005 abbiano comportato profondi mutamenti in Tirolo. A titolo di esempio, cita dei numeri: i posti letto nei reparti dell'Ospedale Psichiatrico di Hall – che fino al 1992 si chiamava ospedale per malattie nervose – sono calati di colpo passando da 1200 a metà degli anni Ottanta a 500 nel 1995 – oltre il 50 per cento in meno – e nel decennio successivo, dopo l'entrata in vigore della riforma tirolese, a 250 nel 2005 (dato invariato per il 2010). Un piano strutturale regionale prevede un'ulteriore riduzione dei posti letto nell'area centrale del Tirolo, meno 40 nella Clinica Universitaria di Psichiatria di Innsbruck (dove scendono a circa 100) e meno 60 in quella di Hall (dove scendono a 190). La degenza media nell'Ospedale Psichiatrico di Hall è stata di 13,1 giorni nel 2009. “Siamo pronti a sopprimere altri posti letto, se al di fuori della clinica nascono offerte alternative”, dice il primario.

La stigmatizzazione – nonostante le “enormi” trasformazioni

Il processo di trasformazione messo in moto soprattutto dall'UbG è “enorme” (Haring). Basti pensare che ancora negli anni Settanta l'ospedale regionale fu ampliato due volte (nel 1978 fu inaugurato anche un nuovo edificio) e che nel 1984 praticamente tutti i reparti erano chiusi. Haring è inoltre convinto che l'UbG abbia avviato una trasformazione anche nell'atteggiamento degli psichiatri verso i pazienti e nell'interazione con costoro.

Il piano di riforma tirolese del 1995 puntava soprattutto alla “regionalizzazione” dell'assistenza. La riduzione dei posti letto nel Tirolo centrale, nell'ospedale di Hall e nella Clinica Universitaria di Innsbruck, è stata affiancata dall'apertura di piccoli reparti psichiatrici negli ospedali distrettuali (Kufstein, Lienz) e dalla creazione o dall'ampliamento su scala regionale dell'assistenza ambulatoriale presso le cliniche e di quella territoriale al di fuori dagli ospedali.

Ma Haring individua anche i “limiti” della regionalizzazione e vede pertanto di buon occhio la via delineata nel piano, secondo cui centri come Hall o Innsbruck dovrebbero avere delle vocazioni specialistiche (a Hall, ad esempio, sono stati creati reparti di gerontopsichiatria e di medicina legale ed è prevista la costruzione di un nuovo edificio per la medicina legale), mentre nei distretti viene ampliata l’offerta per l’assistenza psichiatrica di base.

Fra le specializzazioni di Hall vi è soprattutto il lavoro sulle tossicodipendenze. Esiste un reparto per la disintossicazione da droghe pesanti e uno per le dipendenze da alcol e da farmaci. Nell’ambito del trattamento delle dipendenze si è riusciti a creare su scala regionale una rete capillare di consultori con dodici centri aperti al pubblico: “Abbiamo capito che la dipendenza va vista in relazione con la problematica sociale, ad esempio con la disoccupazione, che la dipendenza può condurre alla prostituzione e alla microcriminalità le quali sono sintomi di una malattia.” Tuttavia ora come un tempo esiste un gruppo di pazienti che finisce in carcere, “come nel secolo XVIII.”

In Tirolo continua il dibattito sui trattamenti sostitutivi. Controversa è la somministrazione di morfina ritardata, che Haring invece approva, “perché così si apre una via alla sostituzione anche per altre fasce di clienti.” Ma tale sostanza è ammessa soltanto se esiste un’intolleranza verso altre sostanze come il metadone o la buprenorfina. Haring critica il fatto che nel passato recente le soglie legali per l’accesso alle sostanze sostitutive siano state innalzate e che così facendo si sia accettato “che ogni soglia comporta dei morti. Giacché il problema non è come curo un paziente, bensì se ho in cura qualcuno o se i pazienti vengono esclusi.” Il medico descrive come stretta e fruttuosa la collaborazione con i servizi psicosociali territoriali come la “Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen” (BIN – Consultorio per le tossicodipendenze), di cui è membro del consiglio direttivo, e sottolinea in generale l’importanza dell’offerta di assistenza extraospedaliera per le persone in situazioni di crisi, segnatamente quella fornita dall’associazione “Psychosozialer Pflegedienst” (PSP – Servizio di assistenza psicosociale).

Secondo Haring, in Tirolo vi è una forte domanda d’intervento soprattutto in ambito di psichiatria infantile e adolescenziale: un solo reparto, come quello che esiste presso la Clinica Universitaria di Innsbruck, non è sufficiente. Negli ultimi anni sarebbero notevolmente aumentati i soli disturbi del linguaggio in bambini e adolescenti.

Il primario sottolinea di aver deciso di non aprire un reparto per “malati cronici” nella struttura da lui diretta, “perché un reparto del genere, quando esiste, si riempie sempre: poi ce ne vuole un altro e un altro ancora.” L'ex “reparto per cronici” è stato trasformato in un reparto di psicoterapia. In linea generale egli si batte in favore del principio del “rimedio più semplice della terapia”:

“nessuno va messo in un reparto chiuso se è possibile effettuare un trattamento nei reparti aperti, nessuno in un reparto aperto se è possibile seguirlo ambulatorialmente, nessuno va indirizzato allo specialista se il medico generico può essere d'aiuto e nessuno al medico se basta il supporto familiare.”

Ciò detto, esistono pazienti che rimangono ricoverati per anni: “*Da noi in genere restano i lungodegenti*”. I servizi sociali esterni alla clinica seguono tendenzialmente persone con periodi di riacutizzazione più brevi.

Nel corso della riforma ha assunto un nuovo volto anche l'area su cui sorge l'ospedale, che per decenni era stata inaccessibile dall'esterno, circondata com'era da mura: nel 1999 è stato aperto un caffè frequentato da tutti, pensato anche come un primo passo per superare la stigmatizzazione, “perché la stigmatizzazione è tuttora un problema.” Poi, nel 2001, i locali dell'ex lavanderia manicomiale sono stati ceduti alla neonata associazione culturale “Wäscherei P”, mentre nel 2003 hanno visto la luce un minigolf e una palestra.

In epoca recente gli psichiatri di Hall operano con un metodo psicosomatico, che oltre alla psicoterapia include l'omeopatia e l'agopuntura. Haring è inoltre convinto della bontà di un approccio interdisciplinare che vada oltre le discipline mediche: “Abbiamo un sociologo nell'equipe e avremmo bisogno anche di qualcuno che sappia riflettere criticamente sul nostro modo di usare il linguaggio. Nel relazionarmi ai pazienti devo trovare un linguaggio che prescinda da valutazioni.”

Il primario, ad esempio, è infastidito dal frequente ricorso al concetto di “disturbo psichico”, in cui scorge un'infelice traduzione dell'inglese “desordered” nella letteratura specialistica. In linea generale è scettico verso la formulazione di diagnosi: “Anzitutto abbiamo davanti a noi un individuo, e costui non sempre rientra in una casellina diagnostica.”

La “responsabilità sociale” della psichiatria

Una lacuna è data dalla ricerca, finora svolta nella Clinica Universitaria di Psichiatria di Innsbruck. Anche l’ente gestore dell’ospedale – Tilak – è interessato a svolgere ricerca a Hall, “ma ciò vincolerebbe entrambi”, asserisce il primario che, anche per motivi di politica scientifica, è a favore di una ricerca portata avanti con finanziamenti pubblici: verrebbe così arginata la possibilità dell’industria farmaceutica “di farsi strada nella coscienza dei medici”.

Haring mostra interesse altresì per le indagini storiche condotte sull’area dell’ex manicomio:

“La recente scoperta di un cimitero sull’area della struttura solleva una serie di interrogativi. Naturalmente ora si dovranno analizzare attentamente i tassi di mortalità e le cause dei decessi. Per farlo, servono bravi storici indipendenti, che sappiano scovare anche gli eventuali cadaveri nascosti sotto il tappeto.”

Christian Haring si definisce un “adleriano”. Per lo psichiatra e psicoanalista viennese Alfred Adler, fondatore della psicologia individuale, era necessario focalizzare l’attenzione sulle cause sociali delle crisi psichiche, ad esempio per lo sviluppo infantile; egli considerava il “sentimento comunitario” un indice di salute psichica e, tenuto conto delle condizioni sociali critiche di molti suoi pazienti, giudicava necessaria l’assistenza socio-sanitaria.

Haring, che sottolinea l’importanza della sociologia per lo sviluppo della psichiatria (a partire dallo studio sul suicidio di Emil Durkheim del 1879) e rammenta l’influenza della psichiatria sociale sulla sua formazione, deplora che il dibattito, dopo essere stato dominato a partire dagli anni Cinquanta (con lo sviluppo dei primi antidepressivi e neurolettici) per parecchi decenni dall’orientamento organicistico, sia approdato oggi, all’inizio del XXI secolo, a un “aut-aut”: “L’esperienza mi insegna che gli psicofarmaci sono utili perché grazie ad essi posso agire su determinati sintomi (disturbi del sonno e dell’umore e disturbi percettivi). Ma non posso con essi influire sulle condizioni sociali dei pazienti.”

Pertanto si raccomanda ai medici di considerare le implicazioni sociali: “Siamo stati formati per curare degli individui, ma dobbiamo essere consapevoli della nostra responsabilità sociale.” Di qui molte tensioni: “Se gli psichiatri, ad esempio, si limitano a sopprimere con i farmaci l’aggressività degli esseri umani, di

esseri umani disperati per aver perso il lavoro da un giorno all'altro, la società si priva di un potenziale aggressivo di cambiamento entro il sistema neoliberale.”

Haring ritiene che fino a oggi, dopo più di un secolo di storia della psichiatria, si sia riusciti a sviluppare soltanto in maniera embrionale una sintomatologia dei fenomeni psichici più o meno onnicomprensiva, “che tenga conto delle tre grandi correnti, la psichiatria biologica, la psichiatria sociale e gli orientamenti psicoterapeutici.”

Prof. Christian Haring, nato a Leutasch, in Tirolo, nel 1954, è Medico Psichiatra dal 1989; dal 1994 Primario di psichiatria presso l'Ospedale regionale (Landeskrankenhaus – LKH) di Hall in Tirolo; nel 1995 ha conseguito l'abilitazione, nel 2005 ha ottenuto il titolo di “professore” e oggi è anche vicedirettore dell'LKH. Dalla metà degli anni Ottanta svolge attività di ricerca e pubblica soprattutto in ambito di tossicodipendenze, suicidio e prevenzione del suicidio. Haring è membro fondatore della “European Society of Aesthetics and Medicine” (ESAEM) ed è stato nominato presidente eletto della “Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie” per gli anni 2011–2012.

Benedikt Sauer

La riforma Basaglia e l'Alto Adige

A colloquio con Lorenzo Toresini, Primario del Servizio di Salute Mentale di Merano ed esponente di Psichiatria democratica

“Sono venuto a Merano per raccogliere una sfida”, dice Lorenzo Toresini, esponente di Psichiatria democratica, collaboratore di Franco Basaglia (1924–1980) all’Ospedale San Giovanni di Trieste negli anni Settanta, dal 1999 Primario del Servizio di Salute Mentale del Comprensorio sanitario di Merano (già Unità sanitaria Ovest), che oltre alla città include il Burgraviato e le valli Passiria e Venosta.

“La sfida è legata a due persone. Della prima non dovrei fare il nome, si tratta di un uomo autistico di Merano, di cui ho sentito parlare per la prima volta nel 1984. Allora aveva diciotto anni. Sua madre, che voleva denunciare l’assessore provinciale Otto Saurer perché in Alto Adige non esistevano strutture specializzate, era in cerca di un perito e si rivolse a me. Le diedi a intendere che non ritenevo sensata una denuncia. A quella donna, ammesso che avesse vinto la causa, non sarebbe servita a molto neppure un’elevata somma di danaro ottenuta a titolo di risarcimento del danno. Dal momento che non esistevano strutture idonee, il ragazzo avrebbe avuto bisogno di un’equipe di supporto tutta per sé. Proposi di accoglierlo nella nostra struttura di Trieste, facendo sì che la Provincia si facesse carico dei costi della cooperativa che lo avrebbe assistito. Fu così che arrivò. È rimasto venti anni a Trieste, dove, rispetto a prima, non è mai stato sottoposto a contenzioni meccaniche, e poco tempo fa è riuscito a ritornare in Alto Adige, perché ora le strutture ci sono anche qui. L’assessore provinciale Saurer all’epoca venne a Trieste e vide il nostro modo di lavorare. Ne fu entusiasta. Lui è la seconda persona che mi ha indotto a venire a Merano per attuare anche qui il progetto di Basaglia.”

La radicalità della riforma Basaglia

Toresini è convinto che la riforma Basaglia del 1978, che prevedeva la chiusura definitiva dei manicomi in Italia e l'istituzione di servizi assistenziali alternativi dislocati sul territorio, è "ad oggi la più radicale e profonda riforma della psichiatria, almeno per noi". Quel "noi" sta a indicare Psichiatria democratica, fondata nel 1973 da un gruppo di psichiatri critici verso l'istituzione manicomiale e da alcuni operatori sociali per iniziativa di Basaglia in seguito alle esperienze condivise negli anni Sessanta nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, un movimento a cui Toresini, che all'epoca aveva ventisette anni, aderì alcuni anni dopo. Il suo motto "La libertà è terapeutica" entrò nel linguaggio comune.

Psichiatria democratica nacque da un'esperienza di protesta che il personale medico dell'Ospedale di Gorizia attuò nel 1972 dimettendosi in massa per motivi politici. Basaglia, che dirigeva quell'ospedale, aveva attuato a partire dal 1962 il progetto della Comunità Terapeutica insieme a un'équipe di autorevoli colleghi, fra cui Agostino Pirella (insieme al quale Basaglia pubblicò diversi saggi), Domenico Casagrande, Antonio Slavich, Giovanni Jervis e Franca Ongaro, coautrice insieme a lui di numerosi saggi e sua futura moglie: abolizione di camicie di forza ed elettroshock, porte dei reparti con la chiave nella toppa, pazienti che potevano uscire per fare acquisti e andare al bar preparandosi a una vita al di fuori del manicomio, assemblee in cui medici, infermieri e degenti discutevano insieme. Quando la Comunità Terapeutica, espressione di un'esigenza di rinnovamento o di rottura all'interno della realtà asilare, non parve più sufficiente, l'équipe medica rivendicò servizi socio-psichiatrici sul territorio. La richiesta fu respinta dall'Amministrazione provinciale, nonostante che la legge Mariotti del 1968, prima riforma della psichiatria in Italia, prevedesse l'istituzione di tali servizi. Fu allora che i basagliani tentarono di fare pressione dimettendosi in massa. La strategia fallì: furono rimpiazzati con psichiatri dell'Ospedale di Padova. "Cari amici", così cominciava la lettera di congedo dall'Ospedale Psichiatrico di Gorizia che l'équipe medica rivolse ai degenti e agli infermieri della struttura:

"È inutile parlare ancora con voi del significato di questa nostra ultima presa di posizione: la conoscete perfettamente perché è nata dalle vostre stesse esigenze [...]. In queste condizioni noi stessi, alle vostre legittime domande 'Quando vado a casa?', dovremmo ripetere le menzogne dei vecchi manicomiali che rispondevano 'domani', sapendo bene che quel domani non esisteva nel vostro calendario.

[...] Non solo ma perché abbiamo la certezza che tutti voi degenti e infermieri, siete in grado di continuare la vostra e nostra battaglia sapendo che noi saremo altrove, ma sempre lottando per le stesse cose...”

Coloro che cercarono di attuare una graduale politica di dimissione dei degenti manicomiali a partire dagli anni Settanta, furono soprattutto gli psichiatri aderenti a questo movimento. Gli occhi dell'opinione pubblica, anche di quella internazionale, erano puntati in particolare sull'Ospedale San Giovanni di Trieste, che all'epoca contava 1.200 degenti, istituzione che Basaglia fu chiamato a dirigere nel 1971. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) considerava il lavoro dei basagliani a Trieste un progetto pilota, tanto che dall'estero giungevano colleghi interessati a parteciparvi. Dopo l'entrata in vigore della legge Basaglia (legge 180 del 13 maggio 1978), i riformatori promossero attivamente la chiusura dei manicomi nei centri urbani di media e grande entità, battendosi per la creazione di una rete di servizi assistenziali sul territorio. Esponenti di primo piano di Psichiatria democratica operarono a Ferrara, Arezzo, Perugia, Venezia, Genova, Torino, Roma, Napoli e Caltagirone, in Sicilia.

Per Lorenzo Toresini, quella di Basaglia è una riforma radicale “perché ha rotto con la logica dell'istituzione manicomiale, quest'utopia settecentesca figlia dell'Illuminismo, ha preso atto del suo fallimento e ne ha tratto le conseguenze.” Il “gesto apparentemente liberatore” di Philipp Pinel (1745–1826), padre della moderna psichiatria, direttore dell'Hôpital de la Salpêtrière di Parigi, che liberò i “folli” dalle catene, “in fondo poggia su un malinteso, su una contraddizione, sul presupposto errato che la medicalizzazione e la gestione medica della follia siano di per sé una liberazione.” Secondo Toresini,

“esso si regge su una presunzione: l'idea che la sragione debba essere presa in carico dalla ragione, che la follia possa e debba essere ricondotta alla ragione, in ultimo, anche con il ricorso legittimo alla forza. Perciò, con il ‘grande internamento’, la sragione fu separata e messa a tacere.”

Questa idea, su cui si fondava l'istituzione del manicomio, è storicamente fallita, “e il culmine del suo fallimento è stata l'operazione T4”, il programma nazista di soppressione dei malati mentali e delle persone portatrici di una “disabilità psichica”. Lungi dall'aver rappresentato un'eccezione alla regola, un che di radicalmente altro, l'“operazione T4” è stata a detta di Toresini la terribile conse-

guenza della logica manicomiale. “E non dimentichiamo che il progetto T4 è stato un’invenzione scientifica, dei medici, non un’invenzione politica.” Klaus Dörner, il maggiore esponente della psichiatria sociale tedesca, ha ragione “quando dice che internare a vita una persona con la motivazione che le manca la ragione è una eutanasia sociale”. E che il passo verso l’eutanasia vera e propria, l’“operazione T4”, è breve. “Tuttavia, la follia non è priva di senso, anzi, ha un significato profondo, dal momento che, come il sogno, appartiene a noi uomini”. Una cognizione fondamentale, che Basaglia e i suoi seguaci hanno preso sul serio.

Toresini ricorda come nel 1968, dieci anni prima della legge Basaglia, sia stata la legge Mariotti (che deve il suo nome al socialista Luigi Mariotti, allora ministro alla Sanità) a gettare le basi di una riforma della psichiatria manicomiale che andasse al di là dell’istituzione chiusa: “Credo che si sottovaluti l’importanza della riforma del ‘68”. Da un lato, essa prevedeva l’istituzione di strutture socio-psichiatriche, i Centri di Igiene Mentale (ribattezzati in seguito Centri di Salute Mentale). Ma ha segnato “soprattutto un’importante rottura culturale”, la prima dal 1904. Per la prima volta i malati potevano farsi ricoverare volontariamente negli ospedali psichiatrici, “il che equivaleva a riconoscere implicitamente che i pazienti psichiatrici avevano coscienza di malattia, mentre fino ad allora era stata loro negata una propria volontà.”

L’assistenza socio-psichiatrica territoriale sull’esempio di Merano

Lorenzo Toresini è arrivato a Merano nel 1999, pochi anni dopo la stesura del Piano provinciale di assistenza psichiatrica 1996–2002 (“Una moderna rete terapeutico-assistenziale per i malati psichici”) che recepiva la riforma Basaglia. Poco più di un anno dopo il suo arrivo, il Comprensorio di Merano vantava due Centri di Salute Mentale, dotati ciascuno di una struttura residenziale protetta con dodici posti letto (Merano, Silandro), undici specialistici e un’*équipe* di psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri ed educatori, un risultato che i mass media non esitarono a definire una “piccola rivoluzione”.

L’apertura di un reparto di Psichiatria presso l’Ospedale, come previsto dalla legge Basaglia per un massimo di quindici posti letto e come contemplato dal Piano provinciale del 1996, non fu giudicata allora da Toresini un provvedimento urgente. Attualmente la divisione di Psichiatria dell’Ospedale di Merano dispone di nove posti letto per pazienti acuti e per le emergenze, e di uno per i ricoveri in

Day-Night-Hospital. Nel 1978 il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), che lo stesso Basaglia non vedeva di buon occhio, rappresentò un compromesso finalizzato ad accogliere le rivendicazioni sindacali dei medici e degli infermieri. Basaglia temeva che potesse portare a una nuova istituzionalizzazione. In occasione dei trent'anni di Psichiatria democratica, nel 2003, un documento dell'associazione ribadiva la necessità di implementare gli sforzi in vista della creazione di servizi alternativi ai reparti di degenza psichiatrica negli ospedali, tanto più che, per la gestione delle crisi, si erano rivelate di “grande efficacia” le esperienze di intervento e trattamento nei “Centri di Salute Mentale” dotati di posti letto funzionanti ventiquattro ore. Inoltre, in quel documento si legge: “È necessario rifiutare con fermezza, senza se e senza ma, ogni forma di contenzione meccanica e farmacologica e la pratica dell'elettroshock”; e ancora: “Ci opporremo con ogni mezzo a chi vuol legare i pazienti al letto, ritenendo questa pratica illegale, senza mezzi termini.” Il timore che, nonostante la riforma, non venissero abolite le pratiche invalse nei manicomi era purtroppo giustificato, asserisce Toresini. “Negli ospedali i pazienti vengono tuttora contenuti meccanicamente, legati al letto, e ci sono reparti le cui porte possono essere aperte soltanto con una chiave.” La divisione di Psichiatria dell'Ospedale di Merano ci tiene a presentarsi come una struttura in cui non si effettuano pratiche di contenzione fisica, per esempio “legare al letto”, e in cui gli utenti in accordo con i collaboratori del reparto possono, ad esclusione di casi eccezionali, lasciare il reparto nelle ore diurne. “Cerchiamo anche di somministrare con cautela gli psicofarmaci. Il che non significa che potremmo, o dovremmo, farne a meno, anch'io ne prescrivo. Ma le soluzioni farmacologiche le metterei all'ultimo posto.”

Inoltre nel 2003 a Sinigo, presso Merano, è stata aperta su richiesta di Toresini una struttura psichiatrica polifunzionale, Casa Basaglia, che accanto a un secondo Centro di Salute Mentale ospita un Centro per la riabilitazione psichiatrica. Gli utenti vengono assistiti nell'ambito di programmi di risocializzazione a breve, medio e lungo termine. All'interno del centro, che offre diversi servizi – ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali – sono ubicati una comunità alloggio con diciotto posti letto, un day hospital territoriale per assistere gli utenti in fase subacuta che necessitano di un aiuto farmacologico o psicoterapico durante il giorno, e diversi laboratori. Con gli utenti vengono concordati progetti di riabilitazione individuali, che prevedono diverse attività produttive e terapeutiche, quali l'ippoterapia e la musicoterapia.

“La casa è aperta giorno e notte. Gli utenti passeggiano per Sinigo, e gli abitanti del luogo collaborano. Ricordo ancora un episodio accaduto a Trieste nel 1971, quando una ragazza spastica che aveva lasciato la struttura vi fu ricondotta. Oggi da noi questo non succede più. L’idea che le persone con rappresentazioni deliranti siano pericolose è meno diffusa. Lo stigma, pur non essendo scomparso del tutto, si è affievolito. Perciò è necessario continuare le campagne di informazione nelle scuole, nelle parrocchie, nelle strutture sociali, in tutti i luoghi pubblici in cui le persone si riuniscono; anche nei media.”

Per quanto riguarda il lavoro quotidiano, Toresini sottolinea quanto sia “importante la continuità assistenziale”. Questo principio vale sia per i ricoveri ospedalieri, dove nel corso della degenza l’utente viene preso in carico dallo stesso medico che l’ha già seguito prima del trattamento, sia per Casa Basaglia. “Lavoriamo all’interno e all’esterno della casa. La continuità è importante anche per noi terapeuti, non solo per gli utenti. Anche noi dobbiamo, di caso in caso, fare un percorso con l’utente, seguirlo nel corso di un processo. La sfida maggiore” è rappresentata “dal processo di reinserimento lavorativo”. A Casa Basaglia operano tre cooperative sociali: una cooperativa di operatori assistenziali e due cooperative di “tipo B”, che offrono possibilità di reinserimento lavorativo agli utenti. Nelle cooperative di tipo B il 30 per cento dei soci e del personale deve essere composto da disabili, da persone portatrici di disagio o di disturbo mentale, da ex carcerati, da persone con problemi di dipendenza da alcol e droghe. Lo Stato paga i contributi sociali. “Molti dei nostri utenti lavorano all’interno della casa, in cucina, nella falegnameria, nella lavanderia, nella giardineria, vendono anche prodotti. Alcuni vivono nella casa, altri all’esterno.” Le cooperative sociali o le cosiddette “social farms” fanno fatica ad affermarsi sul mercato. “Questo è un tema che riguarda tutta l’UE. Servirebbero maggiori interventi di promozione da parte delle pubbliche amministrazioni, ad esempio attraverso l’assegnazione di un maggior numero di commesse alle cooperative sociali” si augura Toresini.

Privazione della libertà e contrattazione

Nel tracciare un bilancio della riforma Basaglia del 1978, a tre decenni dal suo avvio, Toresini sottolinea, per un verso, la notevole risonanza internazionale che ha avuto, e che ad esempio ha indotto anche Paesi come la Bosnia, “cosa che non

avevamo messo in conto”, a promuovere riforme orientate su quel modello, e, per l’altro verso, la sua ampia accettazione in Italia.

“I dibattiti ideologici sono quasi scomparsi. Soprattutto fra i medici. Esistono tuttavia problemi di attuazione, soprattutto là dove le Amministrazioni pubbliche hanno investito troppo poco nell’apertura di servizi socio-psichiatrici, e là dove la lobby delle cliniche private è forte e gode di appoggi politici, come ad esempio in Lombardia. Da quel fronte giungono anche pressioni politiche in vista del prolungamento del periodo di ricovero previsto dalla legge in caso di trattamento sanitario obbligatorio, naturalmente per aumentare i guadagni.”

I ricoveri coatti sono tuttora previsti dalla legge, non sono stati aboliti dopo il 1978. La loro durata massima è di sette giorni, non più di un mese, ma può essere prolungata sulla base di una perizia psichiatrica. La richiesta di trattamento sanitario obbligatorio non è di competenza della polizia o del giudice, bensì del sindaco in quanto autorità sanitaria. Alla domanda se i ricoveri coatti sono necessari, Toresini risponde con una metafora matematica: “Come un asintoto in un sistema di coordinate cartesiane tende allo zero senza mai raggiungerlo, così noi li utilizzeremo sempre meno con l’obiettivo di non usarli mai. Dal momento che noi siamo gli unici medici che hanno questo potere, per noi deve valere il presupposto che tentiamo ‘di contrattare anziché di trattare’.” Così dice Toresini citando Asmus Finzen e Klaus Dörner, che hanno coniato questo motto, e richiamandosi alle pionieristiche conclusioni del terzo incontro del Réseau internazionale di alternativa alla psichiatria, svoltosi a Trieste nel 1977, in cui fu annunciata la chiusura del manicomio triestino:

“Obiettivo prioritario dei primi atti della trasformazione istituzionale divenne così la ricostruzione della persona e della sua identità sociale: spezzare tutte le norme che regolamentavano la dipendenza personale dell’internato; ricostruire concretamente la sua identità di persona giuridica; recuperare le risorse economiche indispensabili ad una sua collocazione nel circuito degli scambi sociali; porre le basi, irreversibili, del suo essere membro del corpo sociale. In altre parole sostituire al rapporto di tutela un rapporto di contratto.”

Dott. Lorenzo Toresini, nato a Venezia nel 1946, ha studiato Medicina a Padova e si è specializzato in Psichiatria e Igiene. Negli anni Settanta ha lavorato come medico psichiatra nell'Ospedale Psichiatrico San Giovanni di Trieste sotto la direzione di Franco Basaglia e, dopo la chiusura della struttura, dal 1978 al 1995, nel locale Centro di Salute Mentale. Dal 1995 al 1999 è stato Primario del reparto di Psichiatria dell'Ospedale di Portogruaro e dal 1999 è Primario del Servizio di Salute Mentale del Comprensorio sanitario di Merano. È presidente della "Italien-Germanian Mental Health Society" e membro del direttivo di Psichiatria Democratica Europa. È autore e curatore di diverse pubblicazioni, fra cui *La testa tagliata. Figlicidio e leucotomia: un processo storico a due psichiatri riformatori*, Roma 1996 (trad. ted., *Kindesmord und Psychochirurgie. Ein Prozeß in Italien am Anfang der Psychiatriereform*, Linz 1999) e, da ultimo, insieme a Ernesto Venturini e Domenico Casagrande, *Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e l'imputabilità del paziente*, Milano 2010.

Benedikt Sauer

La creazione di strutture socio-psichiatriche in Tirolo

A colloquio con la socio-pedagogista Friederike Hafner, per molti
anni Direttrice della “Gesellschaft für Psychische Gesundheit”

La nascita della “Gesellschaft für Psychische Hygiene Tirol” (Società per l’Igiene Mentale del Tirolo) – oggi “Gesellschaft für Psychische Gesundheit, pro mente tirol” (GPG – Società per la Salute Mentale) – va vista sullo sfondo dei processi di riforma che hanno investito la psichiatria in Europa negli anni Settanta. Le prime organizzazioni di matrice socio-psichiatrica, che si ispiravano al Mental Hygiene Movement americano fondato nel 1920 da Clifford Beers e Clarence Hincks, videro la luce in Austria, precisamente a Vienna e in Austria Superiore, intorno alla metà degli anni Sessanta. Negli anni Settanta si costituirono associazioni regionali anche nei *Länder* di Salisburgo, Tirolo e Carinzia. La nascita della “Gesellschaft für Psychische Hygiene” del Tirolo nell’autunno 1975 ebbe luogo in concomitanza con la stesura a Bonn della relazione finale dell’Enquête tedesca “Über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland” [La situazione della psichiatria nella Repubblica federale tedesca], realizzata dal 1971 al 1976 per conto del Bundestag. Fu in quell’occasione che due persone che avrebbero svolto un ruolo fondamentale per la nascita della “Gesellschaft für Psychische Hygiene” tirolese, cioè Kornelius Kryspin-Exner e Friedericke Hafner, si conobbero. Il primo, psichiatra ed esperto di tossicodipendenze, che nel 1975 assunse la direzione della Clinica Universitaria di Psichiatria di Innsbruck (all’epoca divisa dalla Clinica di Neurologia), era l’unico tecnico austriaco invitato a partecipare ai lavori dell’Enquête. La seconda, operatrice sociale e socio-pedagogista, poi chiamata da Kryspin-Exner alla Clinica di Innsbruck, aveva partecipato ai lavori

della Commissione di riforma tedesca in qualità di operatrice del reparto di psichiatria dell'Ospedale di Gütersloh sotto la direzione di Walter Theodor Winkler. Kryspin-Exner divenne Presidente della “Gesellschaft für Psychische Hygiene” – chiamata così fino al 1992, quando assunse il nome di “Gesellschaft für Psychische Gesundheit”, a cui nel 2006 si aggiunse il motto di “pro mente tirol” –, Friederike Hafner fu invece Direttore amministrativo, coadiuvata nei suoi compiti dall'aiuto primario della Clinica psichiatrica di Innsbruck, dottor Hartmann Hinterhuber, e dall'igienista mentale e ufficiale sanitario della Direzione sanitaria del Land Tirolo, dottor Rudolf Cornides.

I primi passi dalla competenza ospedaliera a quella comunale

“L'Austria era molto indietro nello sviluppo della psichiatria sociale”, dice Hafner, che per tre decenni, di cui undici anni in qualità di Direttrice, si è occupata dell'amministrazione della GPG. Hafner ricorda gli sviluppi inglese, italiano, tedesco e svizzero, in particolare l'apertura dei reparti chiusi “e i tentativi di trovare nuove forme di raccordo fra l'assistenza bio-farmacologica e quella socio-psichiatrica.” Le riforme inglesi degli anni Sessanta le aveva seguite a Londra direttamente, nel periodo 1962–65, durante la sua attività presso l'“Austrian Catholic Centre (ACC)”, una struttura dell'Istituto secolare “Frauen der Frohbotschaft Batschuns” di cui faceva parte:

“Eravamo un punto di riferimento per gli austriaci e le austriache che dopo la guerra venivano a Londra in cerca di lavoro. Molti non riuscivano a integrarsi e svilupparono forti problemi psichici. La vita quotidiana nella metropoli era caratterizzata da concretezza e frenesia. Il fatto di essere sotto pressione in un ambiente non familiare e la sensazione di essere in balia di chiunque, ponevano le persone di fronte a grosse sfide. In Inghilterra ho conosciuto eccellenti strutture terapeutiche. L'assistenza dei malati cronici al di fuori delle grandi strutture ospedaliere, la terapia occupazionale e i tentativi di seguire e accompagnare i malati mentali dimessi davano alte percentuali di successo.”

Le esperienze a Londra e a Gütersloh, “la Mecca della psichiatria sociale tedesca”, e l'Enquête di Bonn sono state per lei altamente formative. In Tirolo nella seconda metà degli anni Settanta hanno visto la luce i primi servizi di assistenza

territoriale, ubicati in prossimità dei comuni di residenza degli utenti, che si proponevano come complemento e alternativa all'ospedalizzazione. L'avvio di questo sistema assistenziale, dice Friederike Hafner, è stato possibile grazie alla Clinica di Innsbruck, "che mise a disposizione psichiatri e operatori sociali". Il fatto che il governatore regionale Eduard Wallnöfer (ÖVP) avesse "capito l'importanza del principio di assistenza ambulatoriale" comportò per la GPG l'incarico di occuparsi dell'assistenza psico-sociale in Tirolo, finanziata dalla Ripartizione Sanità e Affari Sociali guidata dall'Assessore regionale Herbert Salcher (SPÖ). Il primo consultorio aprì nel 1976 a Landeck, dato che gli abitanti dell'Oberland e dell'Außerfern non disponevano di nessun tipo di servizio di assistenza, nemmeno di un medico psichiatra. Seguirono ben presto altri consultori a Lienz, Reutte e Schwaz. Nei consultori, che erano aperti una volta alla settimana nel tardo pomeriggio e nelle ore serali per facilitarne l'accesso ai lavoratori, c'erano uno psichiatra e un operatore sociale, cui si aggiunsero in seguito anche degli psicologi. "Benché fosse stata la Clinica a promuovere questo tipo di iniziativa nei distretti, si rese comunque necessario sensibilizzarne il personale affinché aderisse a questa attività", ricorda Hafner. L'istituzione dei servizi territoriali comportò significativi cambiamenti anche per l'organizzazione della Clinica, alcuni dei quali rompevano con una lunga tradizione. Hafner ricorda ad esempio il regolamento vestimentario:

"Fino al 1976 i pazienti erano obbligati a indossare la divisa a righe della Clinica, che era un segno inequivocabile del ricovero in un reparto chiuso e che veniva motivata per ragioni di sicurezza dei pazienti e del personale. La proposta di rinunciare alla divisa creò profonda preoccupazione in special modo nel personale infermieristico, che temeva che i pazienti potessero sparire. La modifica del regolamento vestimentario da parte di Kryspin-Exner fu una piccola rivoluzione."

Comunità alloggio, "Berufstrainingszentren" (centri di formazione professionale), imprese sociali

Ciò che indusse a sviluppare nuovi concetti terapeutici fu il desiderio di superare il "circolo vizioso" che costringeva i pazienti dimessi a rientrare in ospedale per mancanza di servizi di supporto sul territorio. Ma la sola istituzione di consul-

tori non poteva certo risolvere il problema. “Per facilitare il percorso verso una vita decorosa alle persone soggette da crisi, era necessario offrire una più ampia gamma di servizi post-dimissione.” Si affermò così l’idea di offrire specifiche soluzioni abitative. Hafner mutuò dalla propria esperienza tedesca il principio della “Comunità Alloggio di Passaggio”. La ricerca di locali adatti a Innsbruck, nei primi anni Ottanta, si rivelò un’esperienza molto difficile e osteggiata dalla popolazione. “Avevamo messo in conto una certa diffidenza, ma non pensavamo che il pregiudizio della popolazione fosse così elevato.” Hafner ricorda frasi del tipo “potrebbero dar fuoco alla casa!”, oppure “potrebbe essere a rischio la sicurezza del quartiere”. Al personale in cerca di alloggi furono offerte vecchie case in rovina nella periferia di Innsbruck, “ma noi volevamo stare dentro la città, e non rinunciammo ai nostri propositi.” La villa in Schneeberggasse, presa in affitto nel 1983, divenne la prima struttura residenziale extra-ospedaliera per malati mentali in Tirolo. L’obiettivo del soggiorno, della durata massima di un anno, in questa “comunità terapeutica” era ed è di “facilitare l’inserimento sociale” dei dodici abitanti, seguiti da un’équipe di specialisti operanti in ambiti diversi che insegna loro a organizzare la giornata secondo una scansione temporale strutturata. Un altro obiettivo era – e rimane – quello di preparare gli utenti al loro reinserimento lavorativo. La giornata è scandita soprattutto dal disbrigo dei lavori domestici, dalla partecipazione a laboratori di attività creative, dalla terapia occupazionale oppure dalla partecipazione a manifestazioni culturali pubbliche. Nel 1985 fu aperta a Innsbruck la prima comunità alloggio di riabilitazione. Nello stesso anno Hartmann Hinterhuber, che aveva sostituito Kryspin-Exner dopo la sua morte alla Clinica Universitaria di Psichiatria, assunse anche la presidenza della GPG. Gradualmente nacquero comunità alloggio specializzate su particolari categorie di utenti: persone con disturbi alimentari (1990), giovani adulti (1992), senzatetto e alcolisti (2005). Nel 1986 fu aperto a Innsbruck il primo *Berufstrainingszentrum* (BTZ – centro di formazione professionale) finalizzato al reinserimento lavorativo. I settori professionali interessati erano: sartoria, lavoro d’ufficio, ristorazione e attività artigianali, il tutto finanziato dall’*Arbeitsmarktservice*, equivalente austriaco dei servizi di collocamento. Alla fine degli anni Novanta il servizio di reinserimento professionale fu affiancato da un ufficio specializzato con il compito di accompagnare la transizione verso l’inserimento lavorativo (“Avviamento al lavoro”) e dalle imprese sociali Artis, che in quanto imprese sociali mettevano a disposizione posti di lavoro in un caffè diurno, in una

lavanderia e in alcune attività di lavorazione di prodotti per l'industria, l'artigianato e il commercio. Friederike Hafner è convinta che dopo anni di graduale attuazione di misure socio-terapeutiche, anche la Clinica ne abbia tratto beneficio:

“La collaborazione fra la nostra struttura e la Clinica riguardava ormai anche l'aspetto terapeutico, tanto che l'impostazione stessa della terapia prevedeva il nostro coinvolgimento. La competenza della GPG come organizzazione socio-terapeutica non era più messa in discussione. Eravamo così riusciti a essere parte attiva nell'azione di contrasto al circolo vizioso di dentro e fuori dall'ospedale.”

Alla proficua e sempre più stretta collaborazione fra GPG e Clinica di Innsbruck hanno fatto da contraltare fino alla metà degli anni Ottanta scarsissime relazioni con l'Ospedale regionale di Hall, all'epoca la più grande struttura psichiatrica del Tirolo: “I responsabili dell'Ospedale di Hall erano molto diffidenti verso le trasformazioni. Le prime aperture verso una riforma si ebbero nel 1984, quando il Primario Harald Schubert assunse la direzione.” Tuttavia la signora Hafner sottolinea che, secondo alcuni, “queste trasformazioni nell'Ospedale di Hall (apertura dei primi reparti chiusi e avvio del Servizio psico-sociale) e nella Clinica di Innsbruck avvenivano troppo velocemente”, e che, secondo altri, erano troppo radicali. La signora ricorda gli accesi dibattiti degli anni Ottanta fra psicologi con un'impostazione decisamente critica verso la psichiatria, sociologi, scienziati della formazione e operatori sociali, “ciascuno dei quali si autodefiniva ‘gruppo basagliano’”. Dalla metà degli anni Settanta esistevano in Austria gruppi di persone che guardavano con interesse e simpatia alle radicali riforme promosse dallo psichiatra italiano a Trieste. Nel 1976 fu fondata a Vienna “Demokratische Psychiatrie”, che ben presto si estese anche a Graz, Linz e in Tirolo. “Pur riconoscendo importante questo approccio battagliero” per l'apertura dei manicomi e contro l'uso di terapie prevalentemente bio-farmacologiche, Hafner “lo ha spesso percepito come troppo unilaterale. Kryspin-Exner e alcuni medici della Clinica facevano fatica ad accettare questa critica radicale, perché la consideravano carente sotto il profilo scientifico.” Friederike Hafner, che ha potuto vedere Basaglia in occasione di convegni, ancora adesso considera la sua battaglia “coraggiosa” e il suo “approccio politico” intelligente. È riuscito “soprattutto a smuovere diverse cose nella coscienza della popolazione”. Ma va anche detto che Basaglia “con i suoi ritmi incalzanti” ha messo troppo sotto pressione molte persone. Dopo la sua morte in alcune regioni italiane l'attuazione delle misure

previste dalla sua riforma, ossia la creazione di una rete territoriale di servizi, ha proceduto a rilento, e questo ha comportato che “in alcuni luoghi, come l’Ospedale Psichiatrico di Pergine Valsugana, i pazienti dimessi si siano trovati in uno stato di totale abbandono”.

Secondo lei, la psichiatria sociale tedesca, in particolare con i lavori di Klaus Dörner ed Erich Wulff, ha avuto la capacità di agire più in profondità e di avere maggiore influenza sulle evoluzioni degli ultimi decenni.

Il *Reha-Gesetz* (legge sulla riabilitazione), l’*Unterbringungsgesetz* (legge sui ricoveri in strutture psichiatriche) e l’azione anti-stigma

Secondo Hafner, tre sono i propositi particolarmente significativi nell’ambito del lavoro socio-psichiatrico della “Gesellschaft für Psychische Gesundheit”. In primo luogo, sul piano delle politiche sanitarie si è cercato di far accettare al governo regionale il principio del valore della riabilitazione (terapia sociale extra-ospedaliera):

“Poco dopo l’apertura della Comunità Alloggio di Passaggio finanziata con sovvenzioni pubbliche, abbiamo cercato di ottenere finanziamenti che fossero assegnati in capo a ciascuna persona assistita. Questo nuovo approccio rappresentò una sfida per il *Land*. Il lavoro preliminare svolto con la Ripartizione Affari Sociali del *Land* ha consentito di gettare le basi per la Legge tirolese sulla riabilitazione del 1983 (Tiroler Reha-Gesetz n. d. a.)”

Da allora i malati mentali e le persone portatrici di disabilità fisica e/o psichica hanno diritto a finanziamenti per servizi di riabilitazione: “I malati mentali si sono trasformati da persone assistite a persone con un diritto all’assistenza, e ciò ha rappresentato un cambiamento significativo e un’applicazione dei diritti dell’uomo”, sottolinea Hafner. A suo avviso, la legge sulla riabilitazione ha contribuito anche all’abbattimento della stigmatizzazione, dal momento che anche “la sfera pubblica sosteneva il principio della riabilitazione”. In secondo luogo, Hafner ricorda il contributo attivo della GPG per il processo di nascita dell’*Unterbringungsgesetz* (UbG) austriaco, entrato in vigore nel 1991. La nuova legge sui ricoveri in strutture psichiatriche e il Piano tirolese di assistenza psichiatrica del 1992, elaborato da Hartmann Hinterhuber e Ullrich Meise, cui seguì nel 1995

la riforma tirolese dei servizi psichiatrici, influirono profondamente sulla trasformazione della realtà psichiatrica nel suo complesso e anche sul lavoro della “Gesellschaft für Psychische Gesundheit”. I rigorosi criteri di regolamentazione dei ricoveri coatti nelle Cliniche e negli ospedali psichiatrici e le linee guida della riforma psichiatrica tirolese, che puntava alla “regionalizzazione” dei servizi di assistenza, comportarono un ampliamento dell’offerta assistenziale, inclusa quella della GPG.

Muovendo da Innsbruck, a partire dal 1993 la GPG ha fondato Centri di Salute Mentale in diversi distretti del Tirolo. Ad oggi ne sono stati aperti otto. Questi centri, in ciascuno dei quali si concentrano consultori (Servizio psico-sociale), centri diurni, laboratori occupazionali, centri di formazione professionale, comunità alloggio di passaggio, comunità alloggio, strutture residenziali protette, “sono intesi come un nucleo terapeutico completo a supporto del rientro nella propria regione e nel proprio comune”, dice Hafner.

Un’ulteriore attività prioritaria è rappresentata dall’azione di contrasto allo stigma, che si sostanzia nel tentativo di contrastare la discriminazione di cui sono oggetto le persone con disturbi mentali mediante campagne di informazione: “Ci siamo resi conto ben presto che lo stigma è uno dei maggiori freni, consapevoli e inconsapevoli, al reinserimento sociale dei malati mentali, e che esso si estende a coinvolgere anche le famiglie dei pazienti; anche i familiari si sentono stigmatizzati”, dice Hafner. “Per uscire da tale situazione” sono state organizzate nei vari comuni serate informative pubbliche in cui sono stati coinvolti i sindaci. A Innsbruck “ha avuto molto successo” una proiezione cinematografica al Congress “realizzata in collaborazione con rappresentanti di un altro gruppo sociale emarginato, gli jensch: è stato possibile agganciare alla loro esperienza di discriminazione quella che colpisce i malati mentali.” Un altro recente progetto importante nell’ambito dell’azione di contrasto allo stigma, che a partire dal 1997 è stata intensificata con la creazione all’interno del GPG di un apposito ufficio per le pubbliche relazioni diretto da Ullrich Meise, è stato il “Tiroler Bündnis gegen Depressionen 2005–2010” [Lega tirolese contro le depressioni 2005–2010], che ha tentato di contribuire all’azione anti-stigma mediante campagne di informazione che hanno coinvolto anche le scuole. Secondo Hafner, lo sviluppo della psichiatria sociale ha beneficiato del contributo di altre discipline, quali la sociologia, le scienze della formazione, l’ergoterapia, come anche delle attività degli operatori sociali. Ripercorrendo i tre decenni e mezzo di attività del GPG, la socio-pedagogista si rammarica tuttavia del fatto che “al lavoro svolto nell’ambito

della ‘riabilitazione’ non sia stato dato il rilievo scientifico che avrebbe meritato. Ciò sarebbe stato sensato e necessario” anche per correggere e integrare la ricerca clinica e farmacologica. A suo giudizio, gli anni dal 1965 a oggi sono stati

“l’epoca in cui lo sviluppo della psichiatria e della psichiatria sociale, le grandi trasformazioni dei sistemi assistenziali e del quadro giuridico di riferimento, l’affermarsi di gruppi di auto-aiuto hanno segnato momenti di forte discontinuità e di grande innovazione.”

Friederike Hafner, nata a Laives, in Alto Adige, nel 1936, ha frequentato le scuole dell’obbligo e superiori a Dornbirn e Bregenz; è membro della Comunità evangelica femminile “Werk der Frohbotschaft Batschuns” (Vorarlberg), per conto della quale ha lavorato dal 1962 al 1965 presso l’Austrian Catholic Centre di Londra. Attualmente è membro del direttivo della Comunità. Dopo essersi diplomata alla “Fachhochschule für Sozialpädagogik/Sozialarbeit” [Istituto Superiore di qualificazione professionale in Pedagogia sociale] di Münster, in Vestfalia, ha lavorato nell’Ospedale Psichiatrico di Gütersloh e dal 1976 è stata operatrice sociale presso la Clinica Universitaria di Psichiatria di Innsbruck. Ha ricoperto incarichi di insegnamento presso la “Sozialakademie”. Dal 1976 al 2004 ha diretto la “Gesellschaft für Psychische Gesundheit” del Tirolo, fino al 1993 come Direttore amministrativo e poi come Direttore generale.

Benedikt Sauer

L'influenza delle associazioni dei familiari

A colloquio con Martin Achmüller, vicepresidente dell'“Associazione Parenti ed Amici di Malati Psicici” dell'Alto Adige

Ancora alla fine degli anni Ottanta i familiari delle persone portatrici di disagio o disturbo mentale erano isolati e sopportavano un onere molto gravoso. L'Associazione che alcuni di loro hanno fondato per reagire alla propria disperazione punta sull'auto-aiuto e su attività di sensibilizzazione e di relazioni con le istituzioni. L'Associazione ha svolto e continua a svolgere una funzione molto importante per la trasformazione della realtà psichiatrica in Alto Adige.

Le esperienze personali di “impotenza”, di “ignoranza” e il sentimento di “vergogna per avere un malato in famiglia” fanno incontrare a Bolzano alla fine degli anni Ottanta un gruppo di familiari di persone portatrici di disturbo psichico. Su sollecitazione della “Società altoatesina per l'igiene psichica” vengono istituite, nel novembre 1988, una “Comunità di lavoro” e, nel febbraio 1989, l'“Associazione Parenti ed Amici di Malati Psicici”. All'insegna del motto “L'unione fa la forza”, il primo “piano programmatico” dell'Associazione rivela un sentimento di forte indignazione ed esprime allo stesso tempo la volontà di reagire in forma organizzata a una situazione precaria, determinata dalla carenza di servizi, sia di diagnosi e cura sia di psichiatria sociale. L'istituzione “di centri diurni e comunità alloggio”, la creazione “di opportunità occupazionali e di attività ricreative” per i malati, la denuncia degli “abusi commessi nel trattamento dei malati psichici”, come anche l'“azione di pressione sulla politica e sull'amministrazione” e la “sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla condizione delle famiglie dei malati” costituiscono le principali linee programmatiche dell'Associazione all'atto della sua fondazione.

A ben dieci anni dall'entrata in vigore della legge Basaglia del 1978 e a venti anni dalla prima riforma psichiatrica italiana (legge Mariotti del 1968), che riformava la legge del 1904 sugli ospedali psichiatrici, in Alto Adige le famiglie iniziano a far sentire la propria voce e a svolgere un'attività di lobby sulle istituzioni pubbliche. “Eravamo mossi dall'esigenza di recuperare l'enorme ritardo accumulato”, dice Martin Achmüller, oggi Vicepresidente dell'Associazione, all'epoca pediatra con spiccati interessi per la psicosomatica, entrato in contatto con l'Associazione per ragioni personali.

Primi anni Novanta: manca un'assistenza psichiatrica di base

Un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura esisteva solo presso l'Ospedale di Bolzano, mentre era assente negli altri ospedali dell'Alto Adige. All'epoca in cui nacque l'Associazione, a Bolzano esistevano due reparti con complessivamente ventiquattro posti letto per pazienti psichiatrici acuti, quando la riforma Basaglia dopo la chiusura dei manicomi ne prevedeva obbligatoriamente al massimo quindici per reparto. Tale situazione si è trascinata fino al 1994, con il reparto costantemente sovraffollato.

Tuttavia molti malati erano ricoverati negli ospedali della Provincia e circa 200 pazienti all'anno venivano trattati nei reparti di Medicina Interna. Inoltre, la quota più consistente dei casi di malattia mentale altoatesini continuava d'essere seguita da strutture esterne alla Provincia, in particolare l'Ospedale di Pergine Valsugana e gli Ospedali austriaci di Hall e Innsbruck, così come avveniva ai tempi dell'impero austro-ungarico. Nel 1991, quando entrò in vigore la nuova legge austriaca sui ricoveri in strutture psichiatriche, nota come *Unterbringungsgesetz*, nei due ospedali austriaci erano ricoverati ben 277 pazienti altoatesini. Nel 1990 la situazione dei servizi psichiatrici sul territorio, ossia delle strutture alternative al reparto ospedaliero, era sostanzialmente la stessa degli anni Settanta: “Non esistevano servizi per la riabilitazione, né centri diurni, né centri di reinserimento professionale, né strutture residenziali protette. [...] I servizi medici, le strutture socio-assistenziali e il sostegno pubblico erano del tutto insufficienti”, afferma Achmüller. Eppure sulla carta i presupposti per offrire servizi migliori esistevano da tempo, fin dagli anni Settanta grazie alla riforma Mariotti del 1968 e alla successiva Legge provinciale del 1976 (“Servizio di Salute Mentale”). La prima

dava alle Province la possibilità di chiedere fondi statali per l'istituzione di servizi psichiatrici sul territorio.

Ma l'Alto Adige non si avvalse di quella facoltà, sebbene con la Legge provinciale del 1976 avesse contratto precisi impegni in tal senso. Quella legge infatti gettava le basi giuridiche per l'istituzione dei Centri di salute mentale (chiamati "Centri di igiene mentale" dalla legge Mariotti e divenuti "Centri di salute mentale" dopo la riforma Basaglia), previsti dalla riforma del 1968 che puntava alla creazione di servizi dislocati sul territorio. Fra il 1971 e il 1976 l'Amministrazione provinciale aprì cinque di questi centri in Alto Adige. La legge Mariotti e quella provinciale prevedevano per questi Centri di salute mentale una dotazione minima di personale: psichiatri, psicologi, infermieri psichiatrici e anche assistenti sociali, una figura professionale nata con la riforma. Questi parametri furono messi in pratica poco a poco. Nei Centri di salute mentale di Brunico e Bressanone lavoravano un giorno ogni due settimane degli psichiatri della Clinica Universitaria di Innsbruck; i Centri di Merano e Silandro erano seguiti da un medico di Bolzano che aveva un incarico part-time. Intorno alla metà degli anni Ottanta in tutta la Provincia operavano solo dieci assistenti sociali. L'unico servizio socio-psichiatrico era rappresentato da due comunità alloggio, aperte nel 1977 a Bolzano e a Vipiteno, per un numero complessivo di diciotto posti letto. Lo scarso peso accordato all'assistenza psichiatrica emerge già dal fatto che i servizi non dipendevano dall'Assessorato alla Sanità bensì da quello all'Industria e al Commercio. Nel 1989 lo psichiatra riformista Elio Dellantonio ebbe a constatare che, a causa della carenza di personale e di strutture, si potevano effettuare solo "interventi di routine su casi acuti".

La nascita del movimento dei familiari

Se la situazione dei servizi è migliorata a partire dalla metà degli anni Novanta, in particolare con il Piano provinciale di assistenza psichiatrica del 1996 voluto dall'assessore provinciale Otto Saurer, lo si deve anche al lavoro svolto dall'"Associazione Parenti ed Amici di Malati Psicici", fondata nel 1989. L'Associazione altoatesina è nata all'incirca negli stessi anni in cui hanno visto la luce organizzazioni regionali di auto-aiuto nei Paesi limitrofi: nel 1990, in Baviera, il "Baye-rischer Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker"; nel 1991, in Tirolo – grazie al supporto della "Tiroler Gesellschaft für Psychische Gesundheit" –, il

“Tiroler Landesverband di HPE-Österreich” (Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter).

Nei Paesi di lingua tedesca le associazioni di familiari muovono i loro primi passi negli anni Settanta. In Germania la spinta iniziale viene data dalla familiare di un metodo, Marjorie Wingler, che fa sentire la propria voce nell’ambito della pionieristica Psychiatrie-Enquête del 1973, e dalle iniziative dello psichiatra sociale tedesco Klaus Dörner, che nel 1973 istituisce un servizio di terapia di gruppo per i familiari presso il nuovo Day Hospital di Amburgo, e che stimola la nascita di gruppi auto-aiuto con il suo libro *Freispruch der Familie* (1982). Questi impulsi confluiscono nel 1985 nella nascita del “Deutscher Bundesverband der Angehörigen”. In Austria, dove un’Unione nazionale di HPE esiste dal 1977, nascono a poco a poco associazioni regionali. In Italia la prima associazione di familiari di pazienti psichiatrici, che risale al 1967, vede la luce in occasione della battaglia condotta contro il nuovo Ospedale Psichiatrico di Grugliasco, nei pressi di Torino, una struttura rimasta inutilizzata. All’inizio degli anni Ottanta diverse associazioni di familiari danno vita a un Comitato di coordinamento nazionale; nel 1993 nasce l’Unione Nazionale delle “Associazioni per la Salute Mentale” (UNASAM), fra i cui membri fondatori c’è anche l’Associazione altoatesina.

Oltre che ai familiari dei malati, l’Associazione altoatesina si è rivolta fin dall’inizio a tutta la popolazione, indipendentemente dalla sua appartenenza linguistica, decidendo di esprimersi in entrambe le lingue e di adottare una duplice denominazione: “Verband Angehöriger und Freunde psychisch Kranker/Associazione Parenti ed Amici di Malati Psicici”. L’Associazione intendeva essere un punto di riferimento per ottenere informazioni e un orientamento verso i servizi più adeguati. Ha iniziato un’attività di “consulenza per l’auto-aiuto” attraverso l’istituzione di gruppi di auto-aiuto (“dall’io al noi”), dapprima guidati da un membro del gruppo, ben presto affiancato da psicoterapeuti professionisti. “Le famiglie cominciarono a darsi un supporto reciproco con l’obiettivo di rompere l’isolamento”, dice Achmüller. Fra le prime attività realizzate si annoverano l’organizzazione di soggiorni di vacanza per persone con problemi psichici, “anche per alleviare il peso dell’assistenza continua in carico ai familiari”, l’istituzione di un dialogo con le autorità politiche e la sensibilizzazione dell’opinione pubblica. Dopo cinque anni di attività, nel 1994, l’Associazione prende atto che, al di là di alcuni gruppi per attività ricreative e di qualche centro diurno, la realtà psichiatrica dell’Alto Adige, nonostante l’impegno dell’Assessorato provinciale alla Sanità, è rimasta pressoché invariata, sebbene siano passati quasi due decenni dalla

Legge provinciale del 1976 definita da più parti “progressista”. A questo punto le attività di sensibilizzazione dell’opinione pubblica vengono rafforzate, diventando uno degli interessi prioritari dell’Associazione. Nel 1995 nasce il periodico “Selbsthilfe/Auto Aiuto”, a cadenza quadrimestrale, realizzato in italiano e tedesco da redattori volontari. Si intensifica la collaborazione con i mass media. “La lotta contro lo stigma, contro i pregiudizi e la vergogna diventa uno degli obiettivi prioritari della comunicazione.” Bisognava “aiutare” la gente “a modificare” l’immagine diffusa del malato di mente, che veniva percepito come “imprevedibile, incapace d’intendere e di volere e pericoloso”. E al tempo stesso puntare a “una equiparazione fra malattia mentale e malattia fisica”, ad oggi uno degli obiettivi prioritari anche delle associazioni di familiari in Austria e in Germania. “Come in caso di malattie fisiche esistono servizi medici e di altra natura che vengono costantemente migliorati, così noi rivendichiamo il diritto ad avere strutture assistenziali per le malattie mentali”, dice Martin Achmüller.

Fra le attività di sensibilizzazione dell’opinione pubblica rientra anche un lavoro di analisi critica del passato recente. Nel 1995 l’Associazione organizza un convegno dal titolo *Deportazione ed eliminazione di malati psichici dell’Alto Adige, 1939–1945*, i cui atti vengono pubblicati nel 1999, in occasione del decennale dell’Associazione. Secondo lo storico Leopold Steurer (1982), si tratta del primo confronto critico puntuale con le conseguenze che la psichiatria nazista ha avuto per i sudtirolesi.

Il ruolo politico: lavoro di lobby e “primi risultati concreti”

In Alto Adige la situazione dei servizi psichiatrici cambiò radicalmente con il Piano provinciale di assistenza psichiatrica 1996–2002. Prima della sua stesura, nel 1994, gli psichiatri della Clinica di Innsbruck Hartmann Hinterhuber e Ullrich Meise avevano presentato i risultati di una ricerca sul fabbisogno di servizi; il piano stesso porta la firma di un gruppo di lavoro capitanato da Hugo e Günther Staffler, funzionari della Ripartizione Sanità della Provincia di Bolzano. Alla redazione del Piano fornirono il proprio contributo attivo i Servizi Sociali delle Comunità comprensoriali, i Centri di salute mentale e anche l’Associazione “Parenti ed Amici di Malati Psichici”, che ottenne così un primo riconoscimento politico. Nel capitolo “Piano di assistenza psichiatrica per il 2002” del Piano provinciale furono indicati gli obiettivi da raggiungere nei sei anni successivi, tra cui era pre-

vista l'istituzione sul territorio dei seguenti servizi: quattro Centri di salute mentale, un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura e un Servizio di Day-Night-Hospital in ciascun ospedale civile, dei centri di riabilitazione, delle comunità protette di passaggio, delle strutture residenziali protette, delle comunità alloggio, dei centri di training professionale, dei laboratori protetti e dei punti d'incontro per malati psichici. Alla fine degli anni Novanta l'Associazione registra i "primi risultati concreti": l'istituzione di un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura presso l'Ospedale di Brunico nel 1994, quello di Bressanone nel 1997 e, successivamente, quello di Merano. Nel 2003 nel vicino comune di Sinigo viene fondata la Casa Basaglia di orientamento sociale, nascono le prime strutture residenziali protette, cinque ulteriori comunità e un centro diurno. "Continuava tuttavia a sussistere una grave carenza di figure professionali specializzate, la gran parte del peso dell'assistenza continuava a gravare sulle famiglie. L'Associazione avviò quindi una battaglia per l'istituzione di un centro di intervento per affrontare le crisi", dice Achmüller. Dal 2005 in Alto Adige ci sono sessantuno posti letto in ospedale, nove in day hospitals, dodici comunità alloggio. La gran parte dei risultati formulati nel Piano provinciale di assistenza psichiatrica che dovevano essere raggiunti entro il 2002 erano, a detta dell'ex assessore alla Sanità Otto Saurer, raggiunti.

Anche l'"Associazione Parenti ed Amici" ha aumentato la propria offerta di servizi, compatibilmente con i propri budget limitati. I soggiorni di vacanza, sempre più popolari e apprezzati, sono stati via via potenziati e attualmente ne vengono organizzati sette all'anno, a cui partecipano 140 utenti assistiti da quaranta persone fra infermieri e accompagnatori (2009). È stato potenziato anche il servizio di consulenza: "Si cerca di soddisfare nei limiti del possibile il desiderio di molti di avere colloqui personali. Tuttavia non sempre ci si riesce, tenuto conto della distanza che esiste tra i luoghi di residenza di queste persone e l'ufficio di Bolzano", dice Achmüller.

A diciotto anni dalla sua fondazione, nel 2007, l'Associazione è riuscita a professionalizzare ed espandere il servizio di consulenza, che ha assunto la denominazione autonoma di "punto d'appoggio". Il personale dell'Associazione è costituito da due lavoratori a tempo pieno e da uno a tempo parziale, il cui costo è finanziato per il 75 per cento dalla Provincia Autonoma; le restanti attività sono svolte facendo ricorso a quote associative, donazioni e lavoro volontario. Nel 1999 l'Associazione attiva una partnership con l'Associazione "Lichtung/Girasole" di Brunico, da cui scaturisce il primo gruppo di auto-aiuto per malati, che si rivolge soprattutto a persone colpite da depressione e crisi di panico. Con

la graduale espansione di questa collaborazione nascono altri cinque gruppi di auto-aiuto, che rappresentano il terzo pilastro del sistema di intervento assistenziale a fianco di psicoterapia e trattamento farmacologico. Nonostante la crescita di questo tipo di servizio, nel 2008 l'Associazione ha verificato "che i gruppi di auto-aiuto sono ancora troppo poco conosciuti da parte dei malati, dei medici, degli infermieri, degli amministratori e dei politici", dice Achmüller.

Nelle nuove linee guida del 2004, l'Associazione, che può contare su 400 iscritti, auspica che aumenti il coinvolgimento attivo dei familiari e che il dialogo medico-paziente "si trasformi in un vero e proprio dialogo a tre". "Fra gli obiettivi prioritari vi è il reinserimento professionale, in particolare affrontando il tema del passaggio dalla terapia occupazionale al vero e proprio inserimento lavorativo." Preziose a tal fine sono le cooperative sociali di "tipo B", "nelle quali il 30 per cento degli addetti deve essere costituito da persone con disabilità. Viceversa, il reinserimento nelle normali aziende private è molto più difficoltoso." Negli ultimi anni l'Associazione ha moltiplicato le sue attenzioni sul tema del disagio psichico infantile e adolescenziale, "un lavoro che comincia a dare qualche risultato". Nel 2007 la Giunta provinciale ha deciso di creare una rete territoriale di servizi psichiatrici e psicoterapici per bambini e adolescenti con il coinvolgimento dei Servizi Sociali. Oltre alla nascita di cinque comunità alloggio socio-pedagogiche, in grado di accogliere complessivamente venti giovani certificati, nel 2010 è stata fondata una cooperativa socio-terapeutica. "Nel complesso, tuttavia, l'offerta rimane insufficiente", dice Achmüller. È in progetto l'istituzione di ambulatori specialistici sul territorio e di un reparto di neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva.

Ciò che secondo l'Associazione "manca completamente" sono "i servizi di assistenza specializzati per gli anziani con problemi psichici." Da un'indagine realizzata nel 2010 presso le case di riposo per anziani e i Centri di salute mentale emerge che in Alto Adige vivono più di duecento anziani che, in ragione delle loro patologie psichiche, "non ricevono adeguata assistenza presso le case di riposo". Fin dal 1990 l'Associazione aveva richiamato l'attenzione su questa problematica.

Nonostante gli enormi passi in avanti compiuti a livello provinciale, l'azione di contrasto verso lo stigma continua a essere un obiettivo prioritario: "Un recente sondaggio d'opinione svolto sul territorio provinciale rivela che circa un terzo della popolazione considera i malati psichici come degli 'spostati'. È evidente che su questo terreno c'è ancora molto da lavorare."

Dott. Martin Achmüller, nato a Brunico nel 1950, ha studiato Medicina a Innsbruck specializzandosi in Pediatria; ha lavorato dapprima presso l'Ospedale di Bressanone e, dal 1985, ha avviato la libera professione nel proprio ambulatorio di Bolzano. È entrato in contatto con la malattia psichica attraverso l'esperienza personale. Dal 2011 è vicepresidente dell'Associazione "Parenti ed Amici di Malati Psicici" dell'Alto Adige.

Benedikt Sauer

Il nuovo ruolo degli infermieri

A colloquio con Karl-Heinz Alber, Presidente dello “Psychosoziale Pflegedienst Tirol” (PSP – Servizio di assistenza psicosociale del Tirolo)

La nascita dello “Psychosoziale Pflegedienst Tirol” è avvenuta per iniziativa di un’infermiera nel 1986, pochi anni prima che con l’*Unterbringungsgesetz* del 1991, la legge austriaca sui ricoveri in strutture psichiatriche, e poi con il Piano di assistenza psichiatrica del Tirolo del 1995 venissero introdotte riforme fondamentali per l’assistenza extra-ospedaliera dei malati mentali e dei disabili psichici. “A dire il vero l’idea della collega era piuttosto diffusa fra gli infermieri. Ma fu lei che prese concretamente l’iniziativa”, dice il Presidente del PSP, Karl-Heinz Alber, che in passato è stato egli stesso infermiere presso l’Ospedale Psichiatrico di Hall. A metà degli anni Ottanta Irma Fussenegger lavorava presso la Clinica Universitaria di Psichiatria di Innsbruck e si accorse che spesso i pazienti dimessi in capo a poco tempo tornavano nella struttura. Questo dentro e fuori dalla struttura psichiatrica aveva le caratteristiche di un circolo vizioso. “Era convinta del fatto che si potesse riuscire a stabilizzare la vita dei pazienti al di fuori della Clinica, qualora essi venissero assistiti a livello ambulatoriale e accompagnati nel loro percorso di reinserimento sociale da personale assistenziale che conosceva bene la loro storia”, dice Alber. L’infermiera pensava di organizzare un servizio di assistenza e accompagnamento post dimissione, ne parlò con i medici, con la Direzione sanitaria, la Ripartizione Servizi Sociali del Land, ottenuto un primo finanziamento pubblico, iniziò a reclutare negli ospedali psichiatrici di Innsbruck e di Hall colleghi disposti a svolgere tale attività di volontariato assistenziale. Cominciò con una piccola équipe di volontari, che agiva in modo informale e

non si era ancora costituita in associazione. “I tempi di lavoro abbastanza rilassati negli ospedali permettevano a infermieri e infermiere di svolgere questa attività al di fuori del loro orario di lavoro”, dice Alber, che fu tra i primi ad aderire al progetto. Oggi lo “Psychosoziale Pflegedienst Tirol” con sede a Hall è, assieme alla “Gesellschaft für Psychische Gesundheit”, una delle due grandi organizzazioni socio-psichiatriche operanti in Tirolo, a cui si aggiunge la piccola Associazione “START”. Nel 2010 il PSP poteva contare su 332 addetti, di cui il 75 per cento donne, impiegati in media per 25 ore la settimana. Circa 1100 persone con malattie mentali, più donne (55 per cento) che uomini, usufruiscono di un’assistenza professionale e continuativa che ha l’obiettivo di “offrire opportunità di riabilitazione” e “consentire una vita il più possibile autonoma all’interno della società”.

Piccoli passi nella nuova vita quotidiana fuori dall’ospedale

Nel 1988 il piccolo gruppo del PSP si è costituito in associazione. Inizialmente quarantaquattro addetti assistevano quarantasette persone, come secondo lavoro svolto su base libero professionale. Poco dopo l’avvio dell’attività nel 1986, fu ben presto chiaro che era più ampia di quanto previsto. “Nell’arco di pochi mesi ci si rese conto che era necessario ampliare il numero degli addetti e delle figure professionali”, dice Alber. Tutti gli utenti del PSP avevano alle spalle lunghi periodi di degenza o diversi ricoveri nella Clinica. Molti di loro dovevano imparare con fatica e gradualità ad affrontare la vita quotidiana al di fuori di essa. Fu creata dapprima una “struttura diurna” (in Schöpfstraße a Innsbruck) come primo punto di accoglienza, in cui gli utenti “potevano essere sé stessi ed essere accettati per come erano”, dice Alber. Questa struttura divenne via via un punto di riferimento dove ottenere informazioni, sviluppare contatti e relazioni sociali e ottenere orientamenti e consigli per un reinserimento professionale. Bisognava occuparsi delle questioni finanziarie degli utenti: “alcuni ex pazienti, dopo diversi mesi di ricovero nella Clinica, non avevano più un tetto sopra la testa, perché erano stati sfrattati dai loro appartamenti.” Il PSP reclutò quindi degli operatori sociali, “al personale infermieristico si aggiunse così una seconda categoria professionale”.

Nel 1987 fu aperta la prima comunità alloggio protetta, pensata come prima struttura residenziale per i pazienti dimessi dalla Clinica, dove trovò collocazione anche l’Associazione dei familiari. “Prima, in ospedale, i pazienti nel migliore

dei casi vivevano in camere da sei letti, ancora alla metà degli anni Ottanta molti dormivano in camerate. C'erano perfino camerate con trenta letti", ricorda il Presidente del PSP. Ventitré dei ventiquattro reparti dell'Ospedale Psichiatrico di Hall erano reparti chiusi, con circa 900 degenti: "La vita delle persone si svolgeva in questi reparti." Inoltre la durata della degenza dipendeva dal medico che aveva effettuato il ricovero: c'erano medici che, indipendentemente dal quadro clinico del paziente, autorizzavano la dimissione solo dopo almeno sei mesi di degenza. "Senza uscita dal reparto non c'era dimissione". L'uscita dal reparto era possibile solo se il degente era autorizzato a lavorare in una delle strutture produttive interne del complesso ospedaliero, nella colonia agricola, nella giardiniera, nel laboratorio di falegnameria, in quello dell'elettricista o del muratore. "L'Ospedale Psichiatrico di Hall era organizzato in ampia misura in maniera autarchica. Ho ancora davanti agli occhi la raccolta delle patate, a cui partecipavano molti degenti", racconta Alber. Negli anni Novanta, quando cominciarono ad aprirsi gradualmente i cancelli dell'ospedale, "i pazienti che rendevano di più sul lavoro erano gli ultimi ad essere dimessi".

Tutti i ricordi d'infanzia di Karl-Heinz Alber sono legati alla vita nell'Ospedale Psichiatrico. Lui era la terza generazione di infermieri psichiatrici della sua famiglia. Il nonno ed entrambi i genitori lavoravano a Hall, dove i avevano occupato anche un appartamento di servizio per alcuni anni. Una siffatta tradizione familiare non è insolita per gli infermieri psichiatrici, la cui figura professionale ha subito un profondo mutamento nel tempo, di pari passo con l'evoluzione degli ospedali psichiatrici.

"All'epoca in cui lo Psychosoziale Pflegedienst ha iniziato la sua opera, l'ospedale [di Hall] era perlopiù ancora un luogo di custodia."[...] "Nel 1996, quando abbiamo preso in affitto la prima struttura residenziale, una villetta monofamiliare a Volders per cinque ex degenti psichiatrici, per me una delle più belle esperienze, abbiamo calcolato il tempo complessivo di degenza ospedaliera dei nostri nuovi inquilini: quelle cinque persone avevano passato 125 anni all'interno dell'ospedale psichiatrico."

Tenuto conto del lungo periodo di degenza ospedaliera, gli operatori dell'associazione prestarono particolare attenzione al fatto che la transizione dall'ospedale alla vita all'esterno avvenisse in modo graduale, a piccoli passi. Prima di tutto bisognava familiarizzare con il nuovo ambiente; gli utenti trascorrevano fuori solo

le ore diurne prima di trovare il coraggio di andare a vivere nella nuova sistemazione, dove comunque venivano assistiti per diverse ore al giorno.

Le conseguenze della regionalizzazione, il ruolo della *PatientInnen-anwaltschaft* (ente deputato alla tutela dei diritti del malato)

Nel 1991 le cose mutarono radicalmente: “Il nuovo *Unterbringungsgesetz* (UbG) segnò una cesura”, dice Karl-Heinz Alber. Con questa legge furono regolamentati per la prima volta in maniera rigorosa i ricoveri. Negli ospedali psichiatrici potevano essere ricoverati in maniera coatta solo i malati mentali e non più le persone portatrici di una disabilità psichica. Questo era possibile – per decisione del giudice – solo a due condizioni: in primo luogo, che non esistessero altre opzioni alternative sul territorio e, in secondo luogo, che sussistesse un concreto pericolo per la propria incolumità e per quella degli altri. Il numero dei degenti psichiatrici subì di conseguenza un drastico calo.

Il cambiamento colse del tutto impreparato il personale infermieristico. “Ricordo ancora il 2 gennaio 1991, il primo giorno lavorativo dopo l’entrata in vigore della legge, quando alle ore nove i primi avvocati dei malati vennero nel mio reparto chiedendo perché le porte fossero chiuse a chiave. Regnava grande agitazione.” I medici non si erano adeguati prontamente alla nuova normativa, tuttavia due o tre settimane dopo il reparto fu aperto.

“Ero venuto a conoscenza della nuova legge per caso, alcune settimane prima, in dicembre. Vidi il testo di legge e lo lessi, senza pensare che potesse avere conseguenze concrete per il nostro lavoro. In ospedale non si era mai parlato della legge, in nessuna occasione, sebbene il testo circolasse già parecchi mesi prima della sua entrata in vigore. La Direzione ospedaliera non ci aveva preparati.”

Alber crede di dover riconoscere che senza la “veemente battaglia” della *PatientInnen-anwaltschaft*, la legge “ancora oggi, forse, non sarebbe stata completamente attuata”. In seguito all’entrata in vigore della legge e alla riforma psichiatrica tirolese del 1995, per lo “*Psychosoziale Pflegedienst*” le cose mutarono radicalmente. In seguito all’entrata in vigore dell’UbG si rese necessaria la costruzione di strutture socio-psichiatriche in Tirolo. Inoltre, poiché la regionalizzazione prevista dalla riforma psichiatrica riguardava anche l’assistenza extra-ospedaliera,

“dalla metà degli anni Novanta, in tre o quattro anni, la nostra associazione è cresciuta tantissimo. Per diversi anni abbiamo avuto una crescita del 50 per cento all’anno di personale e utenti.” Per la giovane Associazione quello fu un periodo di grandi sfide. Così ricorda Alber, che nel 1993 lasciò la professione di infermiere e divenne Presidente della PSP.

“Avevamo appena cominciato a darci un’organizzazione. E dovvemmo rapidamente pensare a come far fronte alla crescente domanda di assistenza extra-ospedaliera e, al contempo, a estendere la nostra presenza sul territorio regionale, cominciando a creare strutture in altre parti della regione.”

Fino al 1994 l’attività dell’Associazione era concentrata nell’area urbana di Innsbruck, nel 1995 si sono aggiunte le aree rurali di Innsbruck con Hall e Telfs, nel 1997 i distretti di Kufstein e Kitzbühel con uffici a Wörgl e St. Johann, e, un anno dopo, dei centri di consulenza a Zell am Ziller e a Matrei am Brenner. Nel 2001 è stata fondata la “PSP-Transform”, che svolge attività di reinserimento lavorativo su commessa nei settori della lavorazione del legno, del giardinaggio e della manutenzione forestale. Dal 2005 l’Associazione ha avviato un progetto di riabilitazione professionale nell’area dell’ex Ospedale Psichiatrico di Hall con l’apertura del “Park-Café” accessibile a tutti. Inoltre sono state avviate strette collaborazioni con la “Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen BIN” (un consultorio per le dipendenze) e l’Associazione “Vaget”, che assiste anziani con disturbi psichici. Le tre associazioni danno di sé un’immagine unitaria sotto il marchio “Psychosoziale Zentren Tirols” (Centri psicosociali del Tirolo).

Come vengono percepiti i malati mentali oggi

Oggi lo “Psychosoziale Pflegedienst” può contare su un’*équipe* di operatori specializzati in diverse discipline, operatori sanitari e infermieri, assistenti sociali, psicoterapeuti e psicologi, ergoterapeuti, sociopedagoghi e dietologi, neurologi e psichiatri, che lavorano esclusivamente per l’Associazione. Il PSP assiste soprattutto persone con malattie mentali gravi, perlopiù croniche. Alber critica il fatto che non esista una gestione integrata dei servizi socio-psichiatrici a livello regionale: “avrebbe senso un incarico di assistenza completa per una struttura, la quale poi sarebbe e resterebbe responsabile dell’accompagnamento dei singoli

utenti di una regione, sia per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera che quella extra-ospedaliera.” In tal modo “per i casi difficili” si eviterebbe la “discontinuità del dover passare” da una struttura all'altra.

Per una consulenza basta rivolgersi direttamente al PSP Tirolo, mentre per ottenere assistenza è necessaria invece la prescrizione di uno specialista, cioè una diagnosi psichiatrica. Per finanziare la propria attività, l'Associazione richiede una quota giornaliera per ciascun assistito, e quando svolge servizio all'interno di strutture ambulatoriali viene pagata una tariffa oraria per le ore svolte. L'assenza di un finanziamento pubblico di base rende difficoltosa la gestione finanziaria, che è soggetta a forti oscillazioni e che non consente la costituzione di un fondo di riserva. Perciò spesso non è possibile rispondere tempestivamente alle richieste degli utenti. Solo gli utenti dei centri diurni o i residenti in alloggi protetti danno diritto a un indennizzo pubblico, che non viene dato invece quando gli utenti accedono agli altri servizi di assistenza.

Alla domanda di qual è, a suo avviso, la percezione sociale della malattia mentale e se è cambiato qualcosa per quanto riguarda la stigmatizzazione del malato mentale, Alber risponde: “certo, qualcosa è cambiato. Se penso alle spaventose reazioni cui ho assistito in alcune località, nel 1995, quando in alcuni distretti eravamo in cerca di locali, fuori da Innsbruck, pareva di essere nella giungla.” Adesso almeno i depressi possono dichiararlo apertamente. Tuttavia Alber una differenza la vuole sottolineare: “le associazioni che lavorano sull'handicap sono riuscite a far accettare i disabili, sia fisici che psichici, viceversa i malati mentali continuano a essere stigmatizzati.”

Karl-Heinz Alber, nato nel 1957, ha svolto un apprendistato di spedizioniere prima di conseguire il diploma di infermiere psichiatrico e cominciare a lavorare nell'Ospedale Psichiatrico di Hall, dove è rimasto dal 1986 al 1993. Nel 1986 ha iniziato la sua collaborazione con lo “Psychiatrischer Pflegedienst (PSP) Tirolo”. Dal 1988 è membro del “Comitato Direttivo dell'Associazione PSP”, di cui è diventato Presidente nel 1993. Dal 1992 è impiegato presso il Servizio assistenziale del PSP. Nel 1997 ha conseguito il diploma universitario in Management dei Servizi Sanitari e nel 2003 ha ottenuto la qualifica di Excellence-Assessor della “European Foundation for Quality Management”.