

Orígenes, características y evolución de la Reforma Psiquiátrica italiana a partir del año 1978

Evaluación estadístico/epidemiológica y sus perspectivas de realización *

Doménico DE SALVIA **

1. 1950/1965: EL MALESTAR DE LA PSIQUIATRÍA ITALIANA EN LA SOCIEDAD DE LA PROSPERIDAD Y EL BIENESTAR

Es notorio que entre 1950 y 1970 Italia, aunque con ostensibles diferencias entre unas y otras regiones, ha vivido la primera y auténtica revolución industrial de su historia moderna, entrando a formar parte de los países de capitalismo avanzado. No obstante, el ciclo expansivo verdadero (el llamado «milagro económico») se agota ya durante los primeros años de la década de los 60, mientras que entre tanto, los aspectos deletéreos del parasitismo y del asistencialismo clientelar van asumiendo un peso cada vez más relevante.

Sin embargo, también en el período de su máximo esplendor, el «estado asistencial», nacido sobre un proyecto de crecimiento económico y caracterizado por una multiforme intervención pública, tanto en la organización de la producción como en la forma de la redistribución, parece que no penetra en el mundo de las instituciones psiquiátricas y de las institucio-

nes totales en general; éstas permanecen o quedan excluidas del nuevo bienestar, al margen de la asignación de los fondos públicos (pensiones, ayudas, contribuciones diversas), y totalmente ajenas al proceso de crecimiento de los aparatos infraestructurales, de los consumos colectivos y de los servicios en el campo de la educación, sanidad y asistencia. En otras palabras, si la esencia del *Welfare* consiste en la definición de estándares mínimos garantizados por el Estado, de pensiones, alimentación, salud, alojamientos y educación —asignados a cada ciudadano como derecho político y no como beneficiaria—, el manicomio priva al internado de todo esto y también de su derecho a ser persona además de sujeto de producción y consumo.

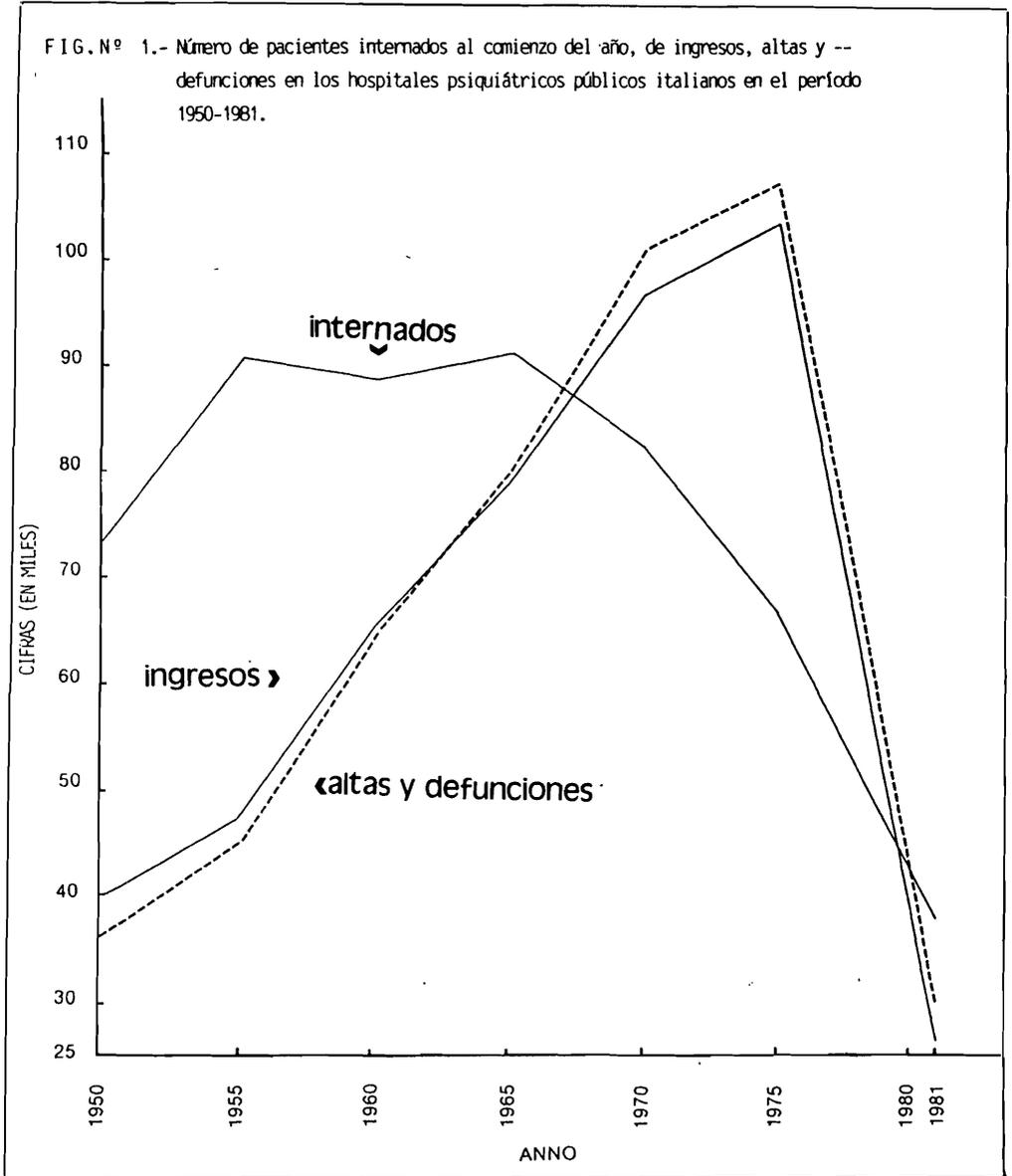
El «estado asistencial» está, por tanto, en medio de la dinámica exclusión-integración: de un lado, avala la objetiva marginación y privación social y económica del internado en la institución manicomial; de otro, ofrece al mismo internado la última forma de integración posible, la de la asistencia por vida en régimen de institucionalización y bajo control dentro del aparato hospitalario. Desde este último punto de vista (el de integración), no está de más señalar que es precisamente en ese período de transición entre el final de los años 50 y el primer lustro de los años 60, o sea en pleno capitalismo asis-

(*) Traducción realizada por José GARCIA GONZALEZ.

(**) Primario del Departamento de Psiquiatría de la Unidad Socio-Sanitaria Local núm. 14. Portogruaro (Venecia). Región Veneto. Italia. Profesor de Psiquiatría Social en la Universidad de Verona.

tencial, cuando se realiza un giro en la utilización del manicomio. Las camas públicas alcanzan el pico más alto (casi cien mil), el número de hospitalizados al comienzo de cada año logran su máxima es-

tabilidad (174/178 por 100.000 habitantes), y, sobre todo, los ingresos o admisiones aumentan, año tras año, con constante regularidad (122 por 100.000 habitantes en 1959, 150 en 1965), como tam-



FUENTE: DE SALVIA, IN: TANSELLA, L'APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO IN PSICHIATRIA, BORINGHIERI, TORINO 1985

bién las altas; llegando a dar al manicomio una imagen mixtificada de «servicio hospitalario», de hospital homologable a los Hospitales Generales. Esta especie de «manicomialización» creciente con su imagen o rostro hospitalario constituye, por tanto, la respuesta casi exclusiva del *Welfare* a las necesidades sociales y de asistencia, en cierto modo no reconocidas y reconvertidas en necesidades de hospitalización.

miento de oposición institucional, de la acción antimanicomial, que prospera y arraiga en Italia a partir de los primeros años 60 (BASAGLIA, 1968).

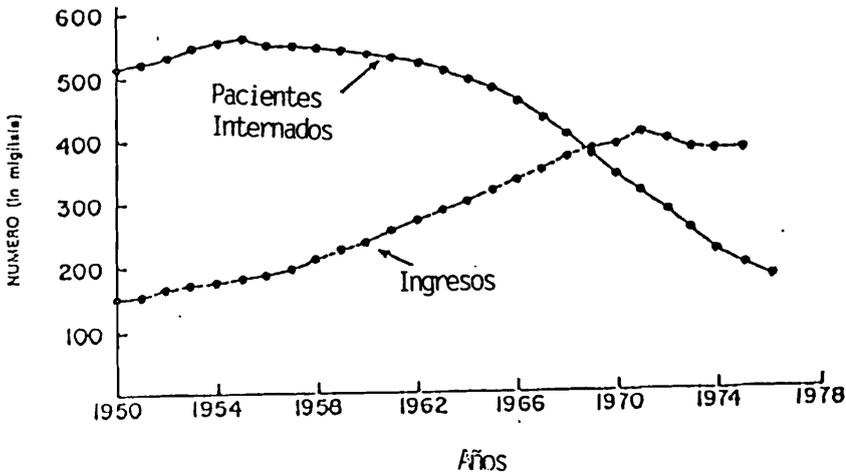
No es este el momento para un análisis exhaustivo de tales razones: me limito a recordar que la lucha de los técnicos contra la degradación manicomial y contra la mortificación de la subjetividad del internado, fue algo distinto a una acción aislada. No se trató, por tanto, de un proceso lineal o circunscrito al llamado progreso técnico-científico y cultural de la psiquiatría y de los métodos de tratamiento. La lucha antimanicomial no fue una operación de iluminismo psiquiátrico. Se desarrolló en un contexto en el cual se entrelazaron las causas de liberación anti-autoritaria del movimiento juvenil, feminista, estudiantil y aquellas otras de la emancipación obrera para el logro de equilibrios políticos más avanzados. De forma distinta a como ocurrió en otros países (Francia, Inglaterra, etc.), en Italia la lucha por la re-

2. LA SUPERACION DEL MANICOMIO

Si éstas son las conexiones, quizá sólo las más significativas, entre la sociedad del bienestar (el *welfare* italiano) y el mundo del malestar (el manicomio, un estado dentro del estado), no es difícil comprender el por qué político y científico, humano y moral, del nacimiento de un movi-

FIGURA N.º 2

PACIENTES INTERNADOS A FINAL DE AÑO Y N.º TOTAL DE INGRESOS. ESTADOS UNIDOS, 1950 - 1977.



FUENTE: MOLLICA, IN: AA.VV., L'OSPITALIZZAZIONE PSICHIATRICA ECC., IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA 1982 (P. 53)

novación de la asistencia psiquiátrica no se expande a través de una radicalización separada, sino que se dirime con la lucha del mundo del trabajo y con los temas conectados a la producción y a las relaciones económicas, en el ámbito de un proyecto complejo de reforma de la sociedad.

Las luchas psiquiátricas italianas de los años 60, que se han extendido hasta la segunda mitad de los 70, no tienen nada en común con todo lo que ha sucedido durante los años 70 en los Estados Unidos.

En este país, se trata de una opción puramente económica, en presencia de una desinstitucionalización que ya se había iniciado durante los años 60 (véase fig. 2): Reagan, como Gobernador de California en los años 60, aprovechando la ocasión del mandamiento de fondos federales para los centros de Salud Mental, previstos por la Ley «Kennedy», de 1963, pensó en ahorrar o economizar de los gastos estatales de California, estimulando para ello el proceso de altas o salidas de los internados en los manicomios. El resultado fue el de una desinstitucionalización salvaje que creó una situación de abandono de los pacientes psiquiátricos fuera de los hospitales, en las calles de las ciudades americanas. Esta bien subrayar que las luchas antimanicomiales italianas han combatido siempre toda forma de abandono y han tenido entre sus objetivos la creación de estructuras alternativas y de servicios territoriales para la gestión extrahospitalaria del sufrimiento psíquico. Aquéllas, sustancialmente, son explicadas mediante la crítica práctica de los mecanismos manicomiales (identificados como eslabones de una cadena más amplia de deshumanización institucional), o bien mediante la respuesta a la miseria y a la necesidad (con el procedimiento metodológico de la puesta entre paréntesis de la ideología de la enfermedad), teniendo como estrategia la restitución a los excluidos de la *presencia* y de la *subjetividad* (DE SALVIA, 1977).

Se desarrolló una doble acción: dirigida

contra la gestión represiva del sufrimiento por parte de la institución y, tendiendo a favorecer la toma de «conciencia» por parte del internado de sus contradicciones, de su individualidad olvidada por el Welfare, de su descenso en el mundo de las relaciones cotidianas de las que había sido excluido.

La superación del manicomio se inicia en Italia bajo el impulso de las luchas antimanicomiales iniciadas durante los primeros años 60. Pero la crisis de la asistencia manicomial (manicomialismo) debe ser también vinculada a las consecuencias o efectos de la Ley núm. 431, de 1968 (promovida por el Ministro MARIOTTI, socialista): Esta Ley introduce el internamiento voluntario en los hospitales psiquiátricos (hasta entonces, únicamente el Director del manicomio podía efectuar un internamiento voluntario, mientras la Ley 431/68, autorizó al médico de guardia para aceptar e ingresar pacientes voluntarios), revocó también las inscripciones de los internados en el fichero judicial y, en particular, instituyó los Centros de Salud Mental, dotándolos del personal mínimamente necesario para un inicio de asistencia territorial extrahospitalaria. Cuando en 1978 se promulga la Ley 180, la situación estaba ya, por tanto, madura para un verdadero hundimiento de la asistencia manicomial (manicomialismo).

La figura 1 refiere cada una de las tres fases de la evolución de la asistencia psiquiátrica manicomial que pueden ser esquematizadas de la manera siguiente:

1. 1950/1965: Asistencia manicomial (manicomialismo) creciente y con rostro e imagen hospitalaria.
2. 1965/1975: Crisis de la asistencia manicomial debida a las luchas anti-institucionales y también a los efectos de la Ley MARIOTTI 431/1968, por el impulso dado a la asistencia territorial.
3. 1975/Hasta hoy: Hundimiento de la asistencia manicomial (manicomialismo), debido esencialmente a la Ley 180, de 1978.

Veamos ahora una serie de tablas y gráficos para ilustrar más detalladamente las características más importantes del cambio de la asistencia psiquiátrica después de 1978, en relación a la situación anterior.

La desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos públicos (manicomios) se ha acompañado de una disminución de

camas psiquiátricas próximas al 30 %, y de un decrecimiento en el número de los internados (internados al comienzo del año), de cerca del 44 %. La tabla 1 muestra la evolución de las instituciones psiquiátricas privadas y la tabla 2 una comparación entre hospitales psiquiátricos públicos e instituciones psiquiátricas privadas.

Tabla 1

CLINICAS PSIQUIATRICAS PRIVADAS: NUMERO, CAMAS, MOVIMIENTO Y DIAS DE ESTANCIA (en miles)

Años	Número	Camas	Internados comienzo del año	Ingresos	Altas	Defunc.	Días de estancia
1956-60	74	13.130	9.653	20.595	19.038	538	3.873
1961-65	86	17.021	13.891	24.961	23.776	710	5.220
1966-70	98	22.585	19.611	32.170	31.098	985	7.190
1971-75	104	25.612	21.291	43.318	42.134	1.156	8.032
1976	99	24.909	20.395	48.266	47.683	1.147	7.676
1977	97	24.177	19.663	49.582	48.983	1.116	7.351
1978	97	23.520	19.220	48.881	48.938	999	7.085
1979	93	22.611	17.926	46.705	46.354	997	6.657
1980	94	22.492	17.489	49.504	48.960	1.070	6.544
1981	90	21.905	16.872	47.864	47.386	958	6.279

FUENTE: Anuario estadístico italiano. Edición de 1958-1983. La diferencia entre los internados presentes a fin de año y los que hay al inicio del año siguiente, es debido a motivos técnicos del ISTAT. Para los cuatro quinquenios se trata de valores medios.

Tabla 2

SERIE HISTORICA 1971-1981 RELATIVA A LA VARIACION PORCENTUAL DE LOS INTERNADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO, RESPECTO AL AÑO PRECEDENTE, EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS Y PRIVADOS, Y RELATIVA A LA DIFERENCIA INGRESOS-ALTAS PARA LOS MISMOS HOSPITALES

	Públicos	Privados	Diferencia ingresos-altas		
	Variación % de internados al 31 de diciembre		H. Psiquiátrico público	H. Psiquiátrico privado	TOTAL
1971	—	—	+ 3.371	+ 1.625	+ 4.996
1972	- 1,34	+ 4,60	+ 817	+ 1.195	+ 2.012
1973	- 4,97	- 0,73	+ 803	+ 659	+ 1.462
1974	- 3,69	- 6,51	+ 335	+ 1.452	+ 1.787
1975	- 5,71	- 3,77	+ 606	+ 1.996	+ 2.602
1976	- 4,76	- 3,21	- 593	+ 583	- 10
1977	- 6,80	- 3,58	- 1.328	+ 599	- 729
1978	- 8,87	- 2,25	- 4.758	- 57	- 4.815
1979	- 13,87	- 6,73	- 2.236	+ 351	- 1.885
1980	- 9,45	- 2,43	- 681	+ 544	- 137
1981	- 9,53	- 3,52	- 1.749	+ 478	- 1.271

FUENTE: Elaboración CENSIS sobre datos ISTAT.

Después de 1975, las instituciones psiquiátricas privadas presentaron también una disminución tanto por lo que respecta a su número, como en lo que se refiere a las camas, al número de personas internadas en ellos y al de estancias. Se puede, quizá, afirmar que después de 1975, se ha difundido en Italia una cultura anti-institucional que ha influido también al mundo de las instituciones privadas —tradicionalmente separadas del resto—. Pero, si en los manicomios a partir de 1976, estudiando la diferencia entre internamientos y altas, predominan las altas, en las clínicas privadas, por el contrario, predominan los ingresos: Esto muestra un discreto dinamismo en las clínicas psiquiátricas privadas durante los años de la reforma, aunque en ellas se manifiesta una disminución de los pacientes internados del 2-3 % cada año, con respecto al anterior. Por tanto, no ha habido un mecanismo de compensación, como insinuaban las fuerzas anti-reformistas, por parte de la actividad psiquiátrica privada sobre el declive de los manicomios.

No se puede verificar ni documentar un probable manejo o gestión institucional después de 1968, de pacientes psiquiátricos en instituciones asistenciales no psiquiátricas, como es el caso de residencias para ancianos y de algunas instituciones privadas de crónicos. Este fenómeno, que debe ser denominado de «trans-institucionalización» o de «psiquiatría sumergida», deberá ser estudiado mediante investigaciones específicas (MAROSINI y AL. 1985).

Entre las críticas dirigidas a los efectos de la Ley 180, dos en particular merecen atención. La primera, se refiere a la presunta criminalización de los pacientes psiquiátricos que cometerían más delitos que en el pasado y, por tanto, resultarían internados en los hospitales psiquiátricos judiciales.

La tabla 3 evidencia que las jornadas de estancia en los hospitales psiquiátricos judiciales de 1976 a 1981, han pasado de 623.540 a 645.507: Se trata de un incre-

Tabla 3

DIAS DE ESTANCIA EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS JUDICIALES

Años	Hospitales Psiquiátricos judiciales Montelupo Fiorentino, Aversa, Reggio Emilia, Napoli, Barcellona 1.327 camas para hombres 580 camas para mujeres	Evolución porcentual (1976 = 100)
1976	623.450	100
1977	602.333	96,6
1978	560.170	89,8
1979	585.516	93,9
1980	612.117	98,2
1981	645.507	103,5

FUENTE: Nostra elaborazione su dati dell'indagine census-ciseff, Edizione Paoline, Roma, 1982 (pág. 37).

mento no estimable, que en mi opinión, no es atribuible a la evolución de la situación psiquiátrica durante esos mismos años. Sobre este aspecto, por tanto, se necesitará esperar a datos más recientes (del Ministerio de Justicia) antes de poder expresar una opinión definitiva. De todos modos, la evolución de las estancias en los hospitales psiquiátricos judiciales es un indicador muy indirecto y, sin duda, parcial, del fenómeno de la criminalización.

La segunda crítica concierne a la posibilidad de aumento de los suicidios después de 1987. También este indicador sufre una serie de condicionamientos de diversa naturaleza, difícilmente vinculables a la asistencia psiquiátrica. Sin embargo, la tabla 4 da una respuesta inequívoca al problema, mostrando una disminución de los suicidios por enfermedad mental después de 1978.

La tabla 5 ofrece importantes datos sobre el coste de la asistencia psiquiátrica italiana pública y privada.

El fuerte decrecimiento de las tasas anuales de las estancias en el ámbito ma-

Tabla 4

**SUICIDIOS TOTALES Y SUICIDIOS POR ENFERMEDAD MENTAL EN ITALIA
ANTES Y DESPUES DE LA REFORMA PSIQUIATRICA DE 1978
Tasas por 100.000 habitantes y porcentajes sobre el total de suicidios**

Años	Suicidios totales tasas	Suicidios por enfermedad mental	
		Tasas	Porcentaje
1973	4,6	2,0	43
1974	4,1	1,6	39
1975	4,2	1,7	41
1976	4,0	1,7	43
1977	4,4	1,9	44
1978	4,6	2,1	45
1979	4,6	2,0	44
1980	4,6	1,8	38
1981	4,9	1,8	37
1982	5,1	2,0	39
1983	5,0	2,0	39

FUENTE: Elaboración de datos ISTAT. Anuario Estadístico Italiano, varios años.

Tabla 5

INGRESOS PSIQUIATRICOS Y GASTOS PARA LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN ITALIA

Años	Ingresos *		Miles de millones de liras revaluados en base a los precios de 1982		
	Hospitales psiquiátricos públicos	Hospitales psiquiátricos privados	Hospitales psiquiátricos públicos	Hospitales psiquiátricos privados	Otros servicios sanitarios **
1975	307	120	860	398	353
1976	291	122	848	345	368
1977	267	122	825	327	361
1978	215	120	831	387	434
1979	163	113	830	450	662
1980	145	117	807	470	554
1981	117	115	860	469	97
1982	95	NC	862	391	82

* Tasas por 100.000 habitantes tomados a cargo en hospitalización al año (existentes a 1.º de enero más los ingresos del año).

** Comprende la asistencia sanitaria a los afectados de handicaps, psicofísico y motor (Centro de Higiene Mental, asistencia domiciliaria, etc.).

NC: Dato no conocido.

FUENTE: ISTAT, conti della protezioni sociali, suppl. al «Bolletino mensile di Statistica», N.º 28.

nicominal —no compensado por las hospitalizaciones psiquiátricas en clínicas privadas (que también tiende a disminuir después de 1978), como ya se demostró an-

teriormente—, no se acompañó de una reducción del gasto público (como era de esperar), y se asiste al sustancial mantenimiento de ese gasto, sobre todo en rela-

ción a la progresiva reducción —hasta el bloque ocurrido en el 31 de diciembre de 1981— de las admisiones manicomiales. El dato más desconcertante es ofrecido por el fuerte decrecimiento del gasto relativo a los otros «servicios sanitarios», que incluyen los centros de Higiene Mental y, en general, la asistencia extrahospitalaria. Obviamente, no se puede expresar más que un juicio muy crítico acerca de la contumacia del Ente Público y de las Administraciones (Centrales y Periféricas), respecto a la creación de los Servicios Territoriales y Extrahospitalarios que por ley representan la llave para el giro hacia una correcta asistencia psiquiátrica integrada con lo hospitalario. Desde este punto de vista, a nivel nacional, el testimonio general es el de un incumplimiento en la aplicación de la reforma psiquiátrica por parte del poder político-administrativo, si bien existen en Italia muchas zonas (más en el Norte) en las que se están empleando suficientes recursos económicos para la aplicación de la Ley de Reforma.

La prueba de lo que acabamos de decir son los datos expuestos en la tabla 6, que evidencian las variaciones en la dotación de las estructuras psiquiátricas públicas en Italia.

Si se observan los valores relativos a las estructuras alternativas en el año 1984, no se puede más que advertir su insuficiencia, tanto a nivel hospitalario (sólo cinco camas por 100.000 habitantes), como, sobre todo, a nivel de los Centros de Salud Mental y de las estructuras intermedias. El Sur de Italia está particularmente infra-dotado en lo que respecta a estos últimos servicios territoriales.

La tabla 7, la figura 3 y la 4, evidencian la evolución del fenómeno de los tratamientos obligatorios (llamados internamientos forzosos antes de la Ley 180) en la época anterior y en la siguiente a la reforma psiquiátrica. La disminución de estos internamientos ha sido muy sensible a los efectos de la Ley 180, aunque en los primeros años 80 se ha experimentado un ligero aumento respecto al mínimo histórico de la anualidad inmediatamente posterior a mayo de 1978.

Creemos poder afirmar que en Italia el procedimiento de internamientos forzosos está entre los más bajos del mundo (en algunas zonas, como por ejemplo, en Portogruaro, en la provincia de Venecia, se han logrado proporciones por 100.000 habitantes de un orden centesimal), demostrando con ello que una correcta asis-

Tabla 6

VARIACIONES EN LAS DOTACIONES DE ESTRUCTURAS PSIQUIATRICAS PUBLICAS EN ITALIA

	Hospitales psiquiátricos *			Estructuras alternativas **		
	Camas por 1.000 hab.	Camas por 1.000 hab.	Camas por 1.000 hab.	S.P.D.C. Camas por 1.000 hab.	C.S.M. Población por cada estructura o servicio	S.I. Población por estructura
	1963	1977	1983	1984	1984	1984
Norte	2,19	1,41	0,80	0,06	96.300	84.300
Sur	1,43	0,98	0,68	0,05	159.500	309.300
Italia	1,91	1,26	0,75	0,05	112.300	114.100

* Datos ISTAT.

** Datos Censo.

S.P.D.C.: Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (máx. 15 camas).

C.S.M.: Centros de Salud Mental del Territorio.

S.I.: Estructuras intermedias (Hospital de Día, alojamientos protegidos, etc.).

Tabla 7

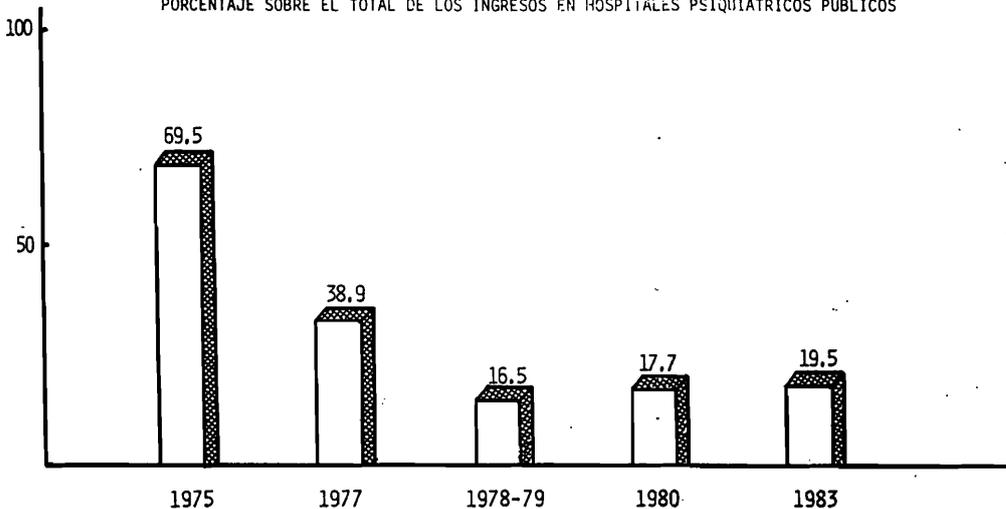
INGRESOS FORZOSOS Y TRATAMIENTOS SANITARIOS OBLIGATORIOS ANTES Y DESPUES DE LA LEY 180/78

	% sobre el total de ingresos en hospitales psiq.	Tasas por 100.000 habitantes	% sobre el total de ingresos en hospitales psiquiátricos y unidades psiq. de h. generales		% sobre el total de ingresos en hospitales psiquiátricos y unidades psiq. de h. generales	
			Tasas por 100.000 habitantes	Tasas por 100.000 habitantes	Tasas por 100.000 habitantes	Tasas por 100.000 habitantes
	1977		31 de mayo de 1978 31 de mayo de 1979		1980	
Norte	36,9	71	15,2	29	14,9	35
Centro	31,6	38	10,0	11	11,7	21
Sur	48,2	50	24,2	24	45,2	52
Italia	38,9	57	16,5	24	17,7	36

FUENTE: DE SALVIA: «Progetto Salute», suppl. n. 3-4, diciembre 1984.

FIGURA N. 3

**INGRESOS FORZOSOS Y TRATAMIENTOS SANITARIOS OBLIGATORIOS EN ITALIA
PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE LOS INGRESOS EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS**

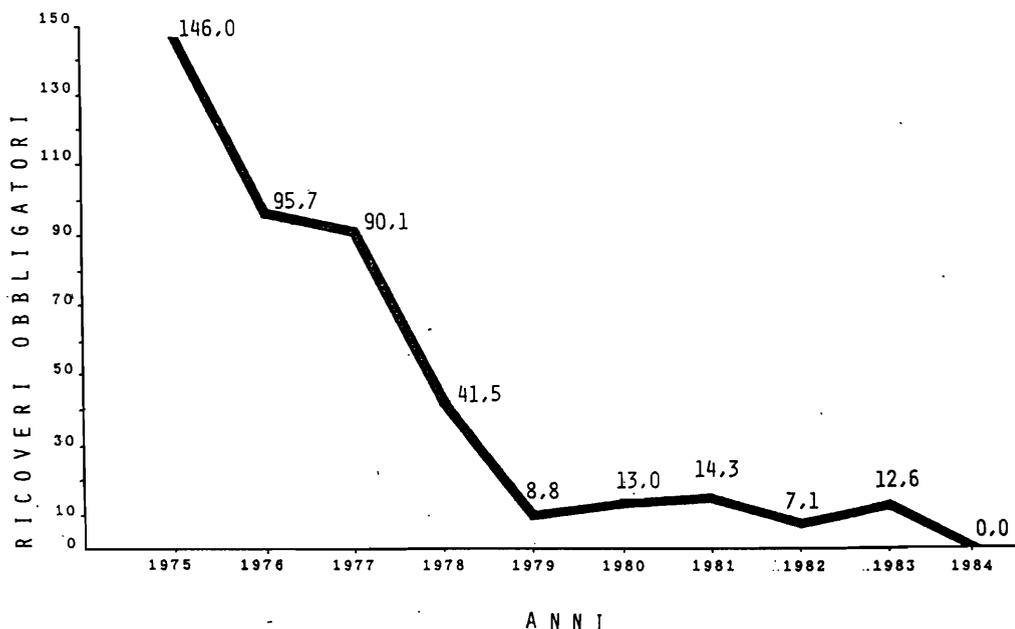


FUENTE : ELABORAZIONE SU DATI MINISTERIALI (1975), DATI CNR (1977 E 1978-79), DATI DEL CONSIGLIO SANITARIO NAZIONALE (1980) E DATI CENSIS (1983)

tencia territorial y un esfuerzo constante contra la represión psiquiátrica puede también modificar el estereotipo cultural de la peligrosidad social de la locura (DE SALVIA e CREPET, 1982).

Sin duda, mucho depende del tipo de organización del Servicio extrahospitalario, de la riqueza de recursos e instrumentos asistenciales, del uso limitado del dispositivo hospitalario y de la presencia en

FIGURA Nº 4
 INGRESOS OBLIGATORIOS EN INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS DE LOS RESIDENTES
 EN EL AREA DE PORTOGRUARO, ANTES Y DESPUES DE LA REFORMA DE 1.978.-
 TASA POR 100.000 HABITANTES DE 15 AÑOS EN ADELANTE



el territorio veinticuatro horas al día del servicio psiquiátrico que debe hacerse cargo de toda la problemática sin desresponsabilizarse y sin delegar, y todo ello en el marco de una progresiva integración entre los diversos servicios sanitarios y entre los sanitarios y los sociales.

La figura 5 muestra el modelo organizativo de Portogruaro, para una población de alrededor de 90.000 habitantes, en una zona donde no existen servicios psiquiátricos privados y donde, consiguientemente, el servicio público ofrece una respuesta articulada a cada situación psiquiátrica. He querido describir la figura 5, para mostrar un ejemplo de organización de los servicios surgidos con la Reforma Psiquiátrica. Para todo el circuito psiquiátrico de Portogruaro (Centro de Salud Mental, Unidad Psiquiátrica en el Hospital, de 15 camas, alojamiento resi-

dencial para asistencia prolongada, etc.), se cuenta con seis médicos, un psicólogo, un asistente social, 45 enfermeros y otro personal no sanitario.

La última figura (número 6) pone en evidencia uno de los temas nucleares de la post-reforma: el de la asistencia psiquiátrica prolongada. Sabemos que la asistencia psiquiátrica manicomial producía con gran frecuencia situaciones de larga hospitalización (RIZZO y REPETTI), caracterizada por al menos un año de internamiento continuado.

El bloqueo o interrupción de las admisiones en el hospital psiquiátrico desde final de 1981, ha puesto fin al proceso de producción de una nueva permanencia o larga estancia en la estructura manicomial, pero muchos pacientes en el territorio tienen necesidad de recibir un tratamiento a largo término, bien ambulatoria-

MODELLO ORGANIZZATIVO
SERVIZI PSICHIATRICI DIPARTIMENTALI
U.S.L. 14 REGIONE VENETO PORTOGRUARO

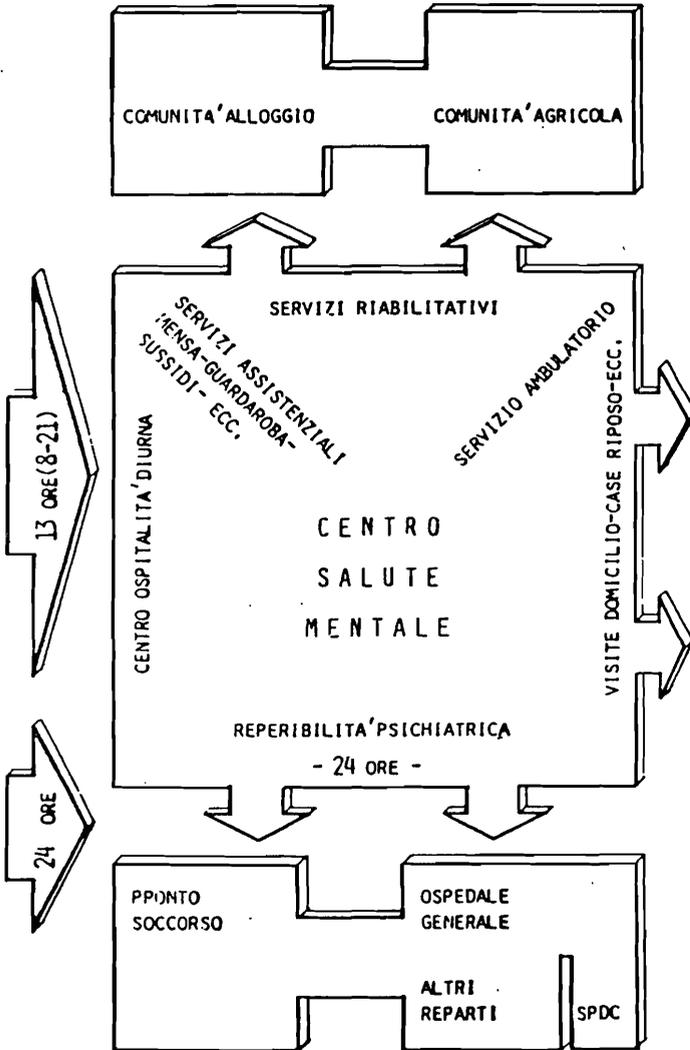
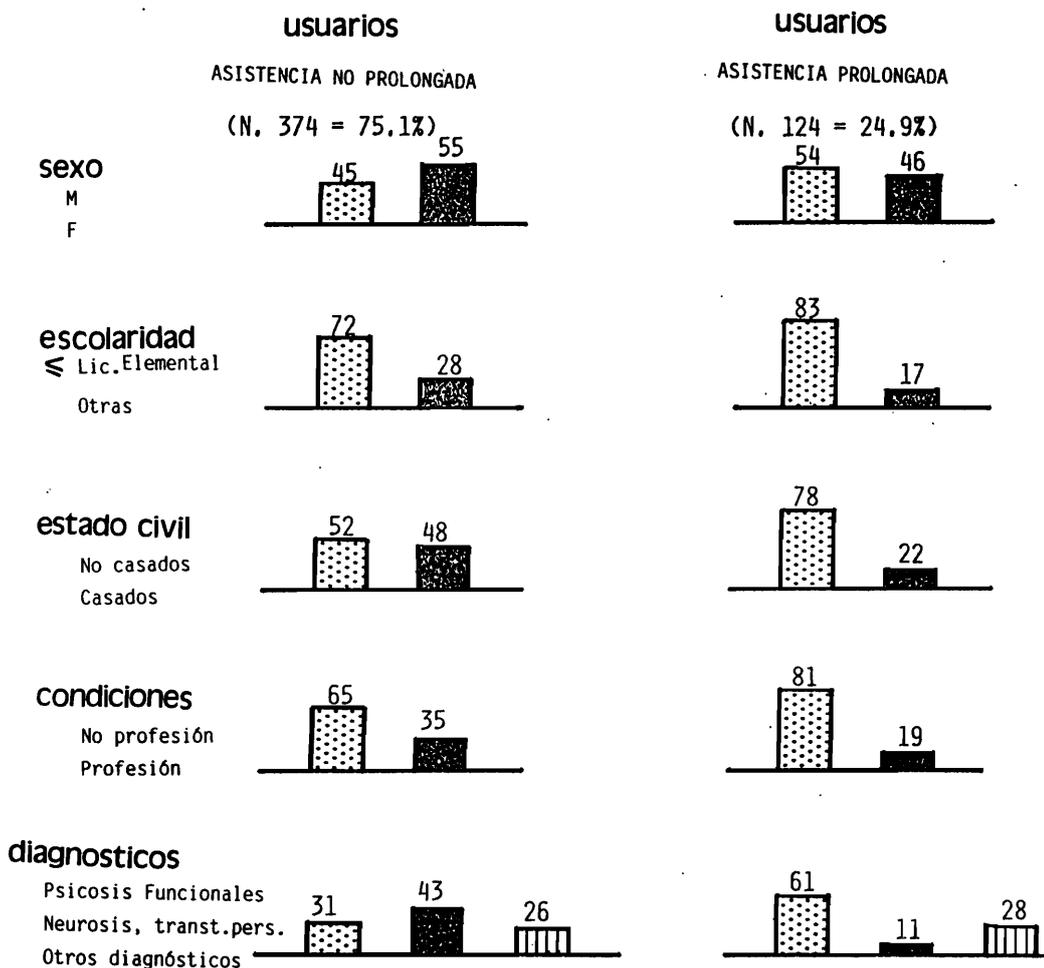


FIGURA N. 5

FIGURA N. 6

DIFERENCIAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS ENTRE USUARIOS CON ASISTENCIA DE DISTINTA DURACION.



FUENTE : DATI DEL "REGISTRO PSICHIATRICO DEI CASI" (ANNO 1982) DI PORTOGRUARO (ULSS 14 - REGIONE VENETO), DIFFERENZE STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVE PER LA SCOLARITÀ ($P < 0,025$), LO STATO CIVILE ($P < 0,001$), LA CONDIZIONE ($P < 0,005$), LA DIAGNOSI ($P < 0,001$) E NON SIGNIFICATIVE PER IL SESSO ($P < 0,3$)

mente, bien a domicilio, bien en Hospital General o ya sea en las estructuras y servicios rehabilitadores. Todo esto nos lleva a afirmar que hoy, en Italia, el problema de la larga estancia ha sido sustituido por el de la asistencia prolongada, sobre todo territorial (DE SALVIA, et al. 1985).

En el área Protogruaro, partiendo de la prevalencia de casos psiquiátricos de 1982 —y utilizando el criterio según el cual son catalogados como de asistencia prolongada aquellos pacientes que en el período de doce meses reciben varios contactos (hospitalarios y extrahospitalarios) distanciados uno del otro no más de 90 días—, se han contabilizado 124 personas, el 24,9 % de todos los usuarios de 1982. Se trata de un valor importante especialmente si se tiene en cuenta que el concepto de asistencia prolongada no tiene ninguna conexión con el de cronicidad, pues no es la condición crónica de la enfermedad —en cuanto supuesta procesualidad individual y natural— el objeto de estudio, sino *la respuesta repetitiva del servicio* a necesidades complejas (a veces psiquiátricas, a veces asistenciales, a veces sociales) a necesidades no satisfechas en el breve período que repiten la demanda, en un territorio a menudo «desierto» de recursos y protagonismo operativo, con la lógica —propia de nuestro servicio— *del rechazo a las devoluciones* y de la asunción de responsabilidades.

En las comparaciones entre los usuarios no asistidos prolongadamente con aquéllos que reclaman tratamiento continuado se presenta un dramático perfil socio-demográfico y clínico: indistintamente hombres y mujeres, sin una particular influencia del factor edad, los que reciben asistencia prolongada están significativamente menos escolarizados, están más solos (no casados), en la gran mayoría marginados en condiciones no profesionales y son más frecuentemente portadores de diagnósticos graves, que describen estados de sufrimiento psicótico. Para los usuarios que acumulan estas características sociales y psiquiátricas, por tanto, el

riesgo de hacerse viejos usuarios de los servicios psiquiátricos es, sin duda, real.

3. FACTORES QUE OBSTACULIZAN LA APLICACION DE LA REFORMA PSIQUIATRICA

Los problemas que hoy es posible individualizar en el campo de la psiquiatría y de sus servicios constituyen, en parte, el reflejo de una crisis general del país. Desocupación, sub-empleo, bajos estándares de habitabilidad, insuficiencia o interferencia en el acceso a los servicios de parte de un amplio sector de la población, su escasez cuantitativa y cualitativa, son indicadores de una nueva miseria y marginación que vienen a agravar, sobre todo, la condición social de las personas más débiles tales como los sujetos con sufrimiento psiquiátrico.

Con mayor razón, para nosotros el problema es el de la realización de la Reforma. Pero antes de rebatir el proyecto, debemos detenernos sobre los factores que obstaculizan la aplicación de la Reforma, podemos individualizarlos en dos tipos: factores relativos a la evolución del sedimento manicomial y factores referentes al desarrollo general de los servicios psiquiátricos.

En torno a los factores relativos al destino de los hospitales psiquiátricos, debemos subrayar tres puntos:

El primer punto, se refiere al personal. Estamos frente a dos fenómenos opuestos: De una parte, se asiste a una situación de sustancial inmovilismo con una gran dificultad a la salida fuera/reutilización del personal para reforzar los servicios territoriales. De la otra, en algunas situaciones, a la salida en masa de trabajadores que ha coincidido con un sustancial abandono de los pacientes que permanecen en el Hospital Psiquiátrico. En ambos casos, el problema de la formación y de la recualificación, entendido en un sentido no tecnocrático, constituye un nudo aún no resuelto, especialmente allí donde los

trabajadores no tienen a su espalda una experiencia anti-institucional, volviéndose presa fácil de una de las tantas «psico-iglesias» — hoy existentes sobre el mercado — productoras de ideologías de recambio y de técnicas dirigidas a la fragmentación de la demanda del usuario.

El segundo punto, se refiere al problema de la reconversión del gasto institucional. Trieste, Perugia, Arezzo, Génova, Torino y Venecia, son algunos ejemplos de realidades en las cuales se ha realizado una acción concreta en el área manicomial y una consiguiente recuperación económica. Por el contrario, se está abriendo camino en el país la idea de una reutilización de los manicomios para áreas de larga estancia, para servicios geriátricos o, en fin, para otros usos hospitalarios. Se hace, por tanto, evidente la perfidia de tales proyectos que no sólo recrearán nuevas áreas de internamiento para la «escoria» de la medicina, sino que continuarán incrementando la inflación del gasto hospitalario sin ofrecer otra respuesta asistencial que no sea el internamiento. De otra parte, se necesita también considerar la dificultad «interna» a los hospitales psiquiátricos, considerando el envejecimiento de la población manicomial, el aumento de sus tasas de invalidez, el empeoramiento de la calidad de vida (la tasa de mortalidad se mantiene alta, en torno al 2 % sobre los pacientes a cargo — presentes en el comienzo del año e ingresados a lo largo del mismo — contra el 1 % en la población general); en fin, la dificultad para hallar casa y trabajo, servicios y medios de sustento como instrumentos decisivos para una vida alternativa a la manicomial.

El tercer punto se refiere a las alternativas al manicomio, que como se ha evidenciado más arriba, no se acompañaron, en la medida debida, de una correcta asistencia territorial generalizada en el país. La reducción de estancias en el manicomio y el bloqueo de los ingresos en estos últimos, no han determinado — en las opciones de política social y sanitaria del go-

bierno central — un desplazamiento de recursos a nivel territorial (en términos de instrumentos, estructuras y personal); además, ha habido un escaso empeño a nivel periférico y regional por la organización de servicios extrahospitalarios, eficaces y que funcionen de una manera continuada. Los errores de los políticos son, en este nivel, de verdad graves y no fácilmente justificables solamente en base al discurso general de la crisis económica del país. Pues también, en otras ocasiones no psiquiátricas, se ha visto que cuando hay voluntad política, el dinero se encuentra.

Por lo que respecta a los factores obstaculizadores relativos al desarrollo general de servicios, debemos clasificarlos en cuatro tipos:

Ante todo, la cuestión de la desinstitucionalización. Esta palabra de orden, emergente de una praxis que tiene por finalidad la restitución al usuario de su dignidad, de sus derechos, de su sociabilidad, viene a menudo utilizada perversamente como mecanismo de desresponsabilización político-administrativa, de desvío y descargo de problemas, como modalidad de gestión asistencial e instrumento de creación de marginalidad. El sostén doméstico en cuanto condición de desinstitucionalización es contrapuesto a la asistencia pública más o menos explícitamente. La familia viene, revalorada como centro de asistencia; la mujer en particular, es sobrecargada y culpabilizada, haciendo énfasis en una ideología que insiste sobre la recuperación de la laboriosidad y del sacrificio, sobre la capacidad de arreglárselas solos, sobre la importancia de lo privado y sobre las prerrogativas de la autosuficiencia.

En segundo lugar, la justa reivindicación de la integración entre servicios sanitarios y sociales, que es un objetivo a perseguir sobre la base de una correcta y avanzada lectura de la reforma sanitaria, corre el riesgo, en algunas regiones, de ser echada por tierra en el momento de su aplicación práctica. De hecho, mientras

se asiste a la medicalización de lo social y a la expansión del poder de los aparatos sanitarios, *la intervención difícil, problemática (la cronicidad psiquiátrica, el handicap, la toxicodependencia) viene delegada a estructuras sociales separadas y subalternas en términos de poder* o, desde luego, objetivamente inconscientes desde el punto de vista de los instrumentos y de los servicios. La lógica de la no respuesta o de la respuesta pobre, asistencial, ineficaz respecto a las necesidades es tal vez la consecuencia directa de todo ello. El Servicio Psiquiátrico Territorial está cotidianamente inmerso en esta encrucijada de contradicciones que debe de gestionar, por la doble e inextricable naturaleza social y sanitaria de las demandas que le llega.

En tercer lugar, la crisis de gobernabilidad del sistema de servicios, produce una búsqueda de racionalización para maximizar los beneficios y reducir los costes. En esta tentativa de volver los servicios más eficientes, va implícito también el riesgo de reducir la eficacia de la intervención y de separar entre ellos varios tipos de intervención para la salud en el cuadro de fraccionamiento y de parcelación del trabajo.

En fin, no puede dejar de ser señalada la gran incompetencia de la mayor parte de los Administradores de las unidades locales socio-sanitarias. Se trata, además, de figuras a menudo provisionales y transitorias por motivos de carreras políticas, de tal forma que, a menudo, falta a los profesionales un interlocutor administrativo estable y responsable. Ello lleva también a una incapacidad difusa para hacer una llamada a la profesionalidad de los trabajadores, para verificar el valor del trabajo y los resultados respecto a los proyectos establecidos.

4. LAS LINEAS DE LOS PROYECTOS EN LOS NUEVOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS

La necesidad de la reforma, en conexión con las fuerzas sociales y políticas de

progreso, la metodología de la crítica de la ideología, constituyen el campo, para nosotros crucial y obligado, de un posible enriquecimiento y reapropiación, el terreno de una posible emancipación del sistema mismo de los servicios.

En primer lugar, se trata de asumir la acontecida ruptura con el manicomio como un proceso irreversible. El externalismo ha coincidido con una ruptura del modelo de la psiquiatría, asimismo irreversible: del método y de los contenidos, de la epistemología y de la técnica.

En segundo lugar, no se debe infravalorar que en el tejido social existen aún hoy actitudes determinadas por la lógica manicomial de separación, de aislamiento, de desviación de un servicio a otro. Se trata, entonces, de saber recomponer la fragmentación de la demanda y de facilitar el control por parte del asistido sobre la estructura de las decisiones o sobre la burocracia que administran «por su bien» el poder económico.

En tercer lugar, particularmente importante, es el problema de los cambios y de la permeabilidad de la cultura del servicio respecto de la cultura de la comunidad en que está inserto y trabaja. La actividad del servicio no se ejecuta sobre una tabla rasa, sino sobre una realidad de estratificaciones culturales, prejuicios y vivencias, conectadas a cuanto se ha ido sedimentando en el curso del tiempo y a la evolución de la práctica. En una complejidad semejante, el encuentro entre sujetos y servicios se sitúa entre la posibilidad de participación de los usuarios y la confrontación con el saber y las creencias de la comunidad. Esta participación cruzada es la única garantía de una no colonización de los ámbitos en los que se interviene y de la posibilidad de incidir sobre la «institución difusa».

En cuarto lugar, los servicios deben ser también un laboratorio de búsqueda de soluciones para afrontar la miseria y el sufrimiento social. Se trata de gestionar la contradicción del usuario entre dependencia e independencia.

El servicio territorial ofrece protección, prestaciones, ayudas, todo un circuito de garantías; ello representa una nueva red institucional en la que toman forma una nueva imagen o una nueva cara del asistido y su nuevo puesto social. La improductividad sufre hoy en el territorio procesos de empobrecimiento, pero sobre estos procesos se mide la capacidad de toma de cargo de los servicios, la amplitud de su respuesta más allá de la psiquiatría y su compromiso.

El objetivo estratégico de este compromiso de los servicios, es el logro de la in-

dependencia del usuario. En un modelo «abierto» de psiquiatría, en un modelo no medicalizado reductivamente, la terapia misma debe tener como fin un aumento del poder social del usuario, un aumento de su contractualidad en las relaciones sociales. Es la economía política del sujeto que está atentamente considerada. *La liberación del síntoma si se acompaña de la reconquista del poder social perdido, conduce al incremento de la autonomía personal y social del usuario y a su integración en las condiciones concretas de vida.*

BIBLIOGRAFIA

BASAGLIA, F. (a cura di): *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968.

CALVARUSO, C.; FRISANCO, R.; IZZO, S. (a cura di): *Indagine Censis-Ciseff sulla attuazione della riforma psichiatrica e sul destino dei dimessi dagli ospedali psichiatrici*, Edizioni Paoline, Roma 1982.

CENSIS: *Le politiche psichiatriche regionali nel doporiforma e lo stato attuale dei servizi*, Roma, giugno 1984.

— *I servizi psichiatrici nelle U.S.L. campione delle quattro Regioni dell'indagine*, Roma, novembre 1984 (I dati si riferiscono al 1983).

CENTRO STUDI MINISTERO DELLA SANITÀ: *L'assistenza psichiatrica ospedaliera ed extraospedaliera*, Rapporto n. 14, Edizioni Ministero Sanità, Roma 1977 (I dati si riferiscono al 1975).

CONSIGLIO SANITARIO NAZIONALE: *Relazione sullo stato sanitario del paese nel 1980*, Roma 1983.

DE SALVIA, D.: *Per una psichiatria alternativa*, Feltrinelli, Milano 1977.

DE SALVIA, D.; CREPET, P. (a cura di): *Psichiatria senza manicomio. Epidemiologia critica della riforma*, Feltrinelli, Milano 1982.

DE SALVIA, D.: *Aspetti delle ricerche epidemiologiche in Italia negli anni 1977-1983. Una revisione critica*. «Progetto Salute, Notiziario dell'Osservato-

rio Epidemiologico della Regione Lazio», suppl. al n. 3-4, dicembre 1984.

DE SALVIA, D.; ROLLE, A.; AMODEO, S.: *Epidemiologia della lungoassistenza psichiatrica. Risultati di una indagine a Portogruaro*. «Epidemiologia e Prevenzione» 1985 (in corso di stampa).

ISTAT: *Annuario Statistico Italiano*, Edizioni dal 1958 al 1983, Roma.

— *I conti della protezione sociale*, «Bolletino mensile di statistica», suppl. al n. 28, 1983.

MOLLIKA, R. F.: *Le principali tendenze nella distribuzione dei servizi per la salute mentale degli Stati Uniti (1950-1980)*, in: AA.VV., *L'ospedalizzazione psichiatrica e le alternative al ricovero*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1982.

MOROSINI, P. L.; REPETTO, F.; DE SALVIA, D.; CECCER, F.: *Psychiatric Hospitalization in Italy Before and After 1978*, «Acta Psychiatrica Scandinavica», suppl. al n. 316, vol. 71, 1985.

MISITI, R.; DEBERNARDI, A.; GERBALDO, C.; GUARNIERI, M.: *La riforma psichiatrica. Prima fase di attuazione*, CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche), Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1981 (I dati si riferiscono al 1977 e al 1978-1979).

RISSO, M.; REPETTI, P.: *Cronicità e cronificazione*, «Sapere», vol. 84, n. 841, 1981.

TANSELLA, M. (a cura di): *L'approccio epidemiologico in psichiatria*, Boringhieri, Torino 1985.

RESUMEN

El período de expansión capitalista italiana y del desarrollo del Welfare, no produjo efectos positivos para los manicomios italianos. Por el contrario, se produjo un giro aumentando su utilización. Se crean, a partir de ahí, unas circunstancias que contribuyen a explicar el origen y las motivaciones de la acción anti-institucional que se desarrolla en Italia.

El autor hace una evaluación de la Reforma Psiquiátrica italiana tomando como indicador el movimiento asistencial de los Hospitales Psiquiátricos, públicos y privados; la utilización de establecimientos judiciales, las tasas de suicidios y la utilización de la modalidad de tratamientos forzosos.

La aplicación de la reforma ha sido desigual de unas regiones a otras, y en muchas de ellas se considera que no se ha aplicado. Se estudia los factores que obstaculizan la Reforma y las perspectivas de aplicación.

PALABRAS CLAVE

Evaluación de la Reforma Psiquiátrica italiana; Hospitales Psiquiátricos y Reforma italiana.

Epidemiología de la Reforma Psiquiátrica italiana.