

1980 – 2019

39 anni di legge 180

La legge Basaglia è stata una legge rivoluzionaria che ha eliminato, in Italia, la concezione organicista della malattia psichiatrica. Come tutte le rivoluzioni è basata su un assunto teorico preciso: è la psichiatria sociale che si contrappone alla psichiatria scientifica

Cosa diceva Basaglia ?

- La malattia mentale non esiste in quanto tale: si tratta di disturbi che la società produttivistica induce nei soggetti che rifiutano le sue logiche.
- Tali disturbi sono generati dalle 3 Istituzioni della violenza: Famiglia, Scuola e Manicomio, che non è quindi curativo ma è fonte del cronicizzarsi del disturbo, dell'alienazione del malato e dello stigma che la società gli attribuisce.
- Da questa pseudo- malattia è possibile uscirne se si viene inseriti in adatte comunità in cui medici, disturbati ed infermieri siano tutti sullo stesso piano ed il malato non si senta più alienato

Da : Le Istituzioni della Violenza di Franco Basaglia

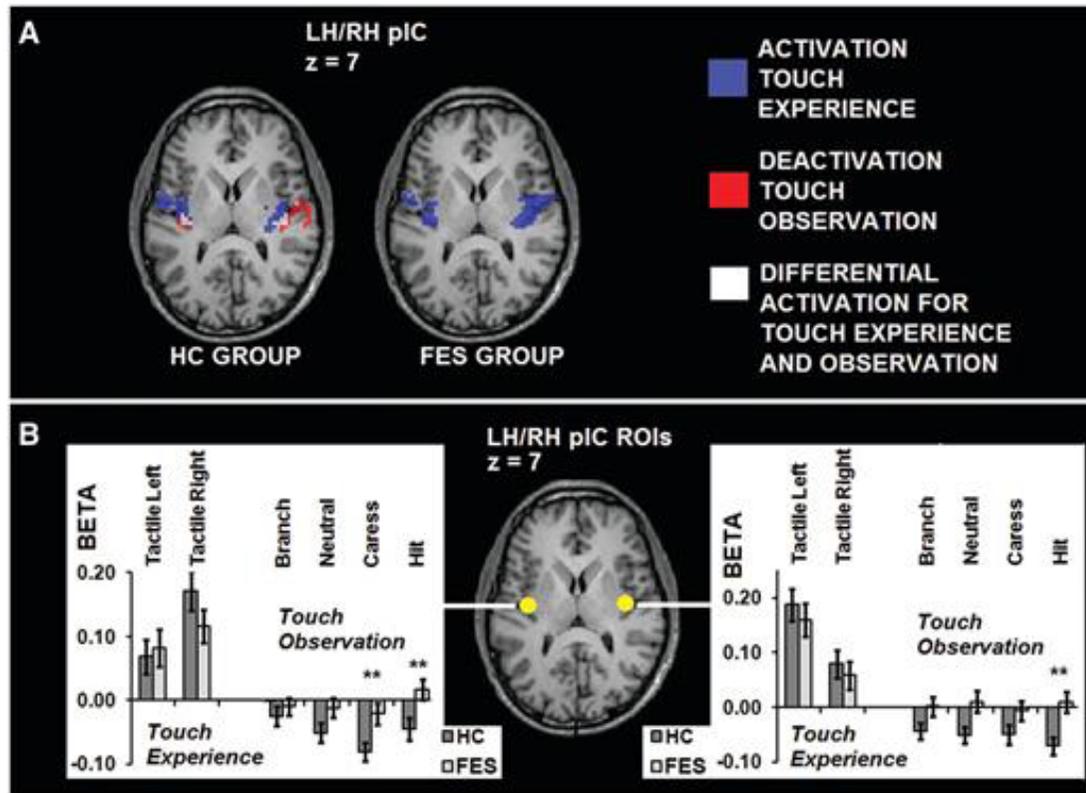
Però.....

- Questa teoria non era e non è supportata da nessuna evidenza scientifica o epidemiologica. Oggi sappiamo che, alla base delle psicosi (depressioni e schizofrenie), vi sono alterazioni della corteccia cerebrale, che siamo in grado di vedere con la RM e con la RMF.
- In Italia siamo anzi all'avanguardia in questi studi.....

Il Prof. Gallese ha scoperto i neuroni specchio: sono neuroni che si attivano sia quando facciamo un atto sia quando vediamo lo stesso atto fatta all'esterno. Capiamo se l'atto è interno o esterno tramite l'attivarsi di un altro settore: l'insula posteriore

Ecco il suo studio:

- **Out of touch with reality? Social perception in first-episode schizophrenia**

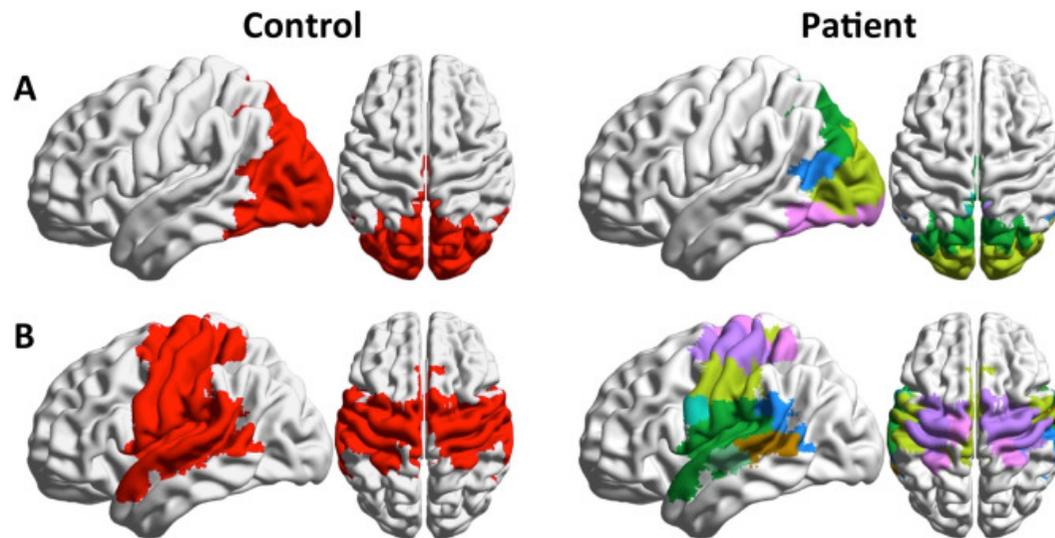


A sx un cervello normale ed a dx quello di uno schizofrenico. Si vede chiaramente la differenza. Gli schizofrenici non attivano correttamente le aree che permettono di distinguere l'esperienza interna da quella esterna.

O come questo altro studio dell' ICRS di Rovereto

- **Disrupted modular organization of primary sensory brain areas in schizophrenia**

- Author links open overlay panel [Cécile Bordier^a](#) [Carlo Nicolini^{ab}](#) [Giulia Forcellini^{ac}](#) [Angelo Bifone^a](#)
<https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.02.035> Get rights and content



Sembra proprio che la causa delle schizofrenie risieda in un deficit della percezione primaria. Lo aveva già capito S. Basilio, che, nel 400 d.c., diceva: "Come il folle non vede le cose reali, ma i fantasmi del suo cervello ammalato".

"We find new evidence of substantial fragmentation and reorganization involving primary sensory, auditory and visual areas in SCZ patients..... Our findings support the hypothesis that [cognitive dysfunction](#) in SCZ may involve deficits occurring already at early stages of [sensory processing](#). "

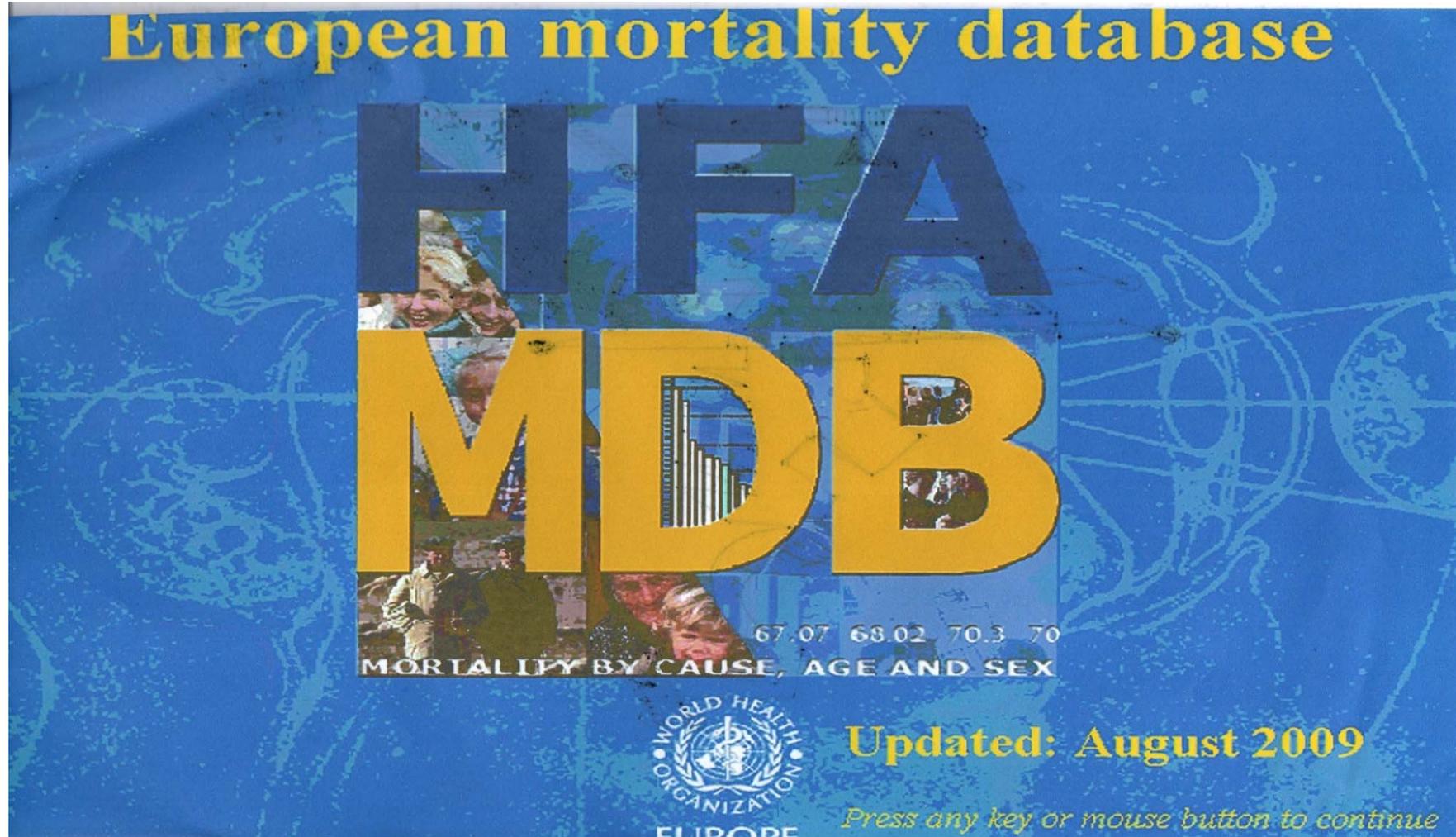
Insomma, come dice il noto psichiatra Vittorino Andreoli

“La psichiatria non può più basarsi sulla sociologia (che è stata la scienza fondante delle teorie di Basaglia), ma deve guardare alle neuroscienze, che offrono conoscenze sempre più ricche sul funzionamento del cervello”

Ma questo significa che, per 40 anni, la nostra psichiatria ha operato su basi e concetti non scientifici e sbagliati. E come sempre, quando si abbandona la via della scienza, i risultati sono catastrofici.

Vediamo le conseguenze

Il dato obiettivo: le statistiche dell'OMS sulla mortalità per malattia mentale nei vari paesi europei. Pubblicazione del 2009



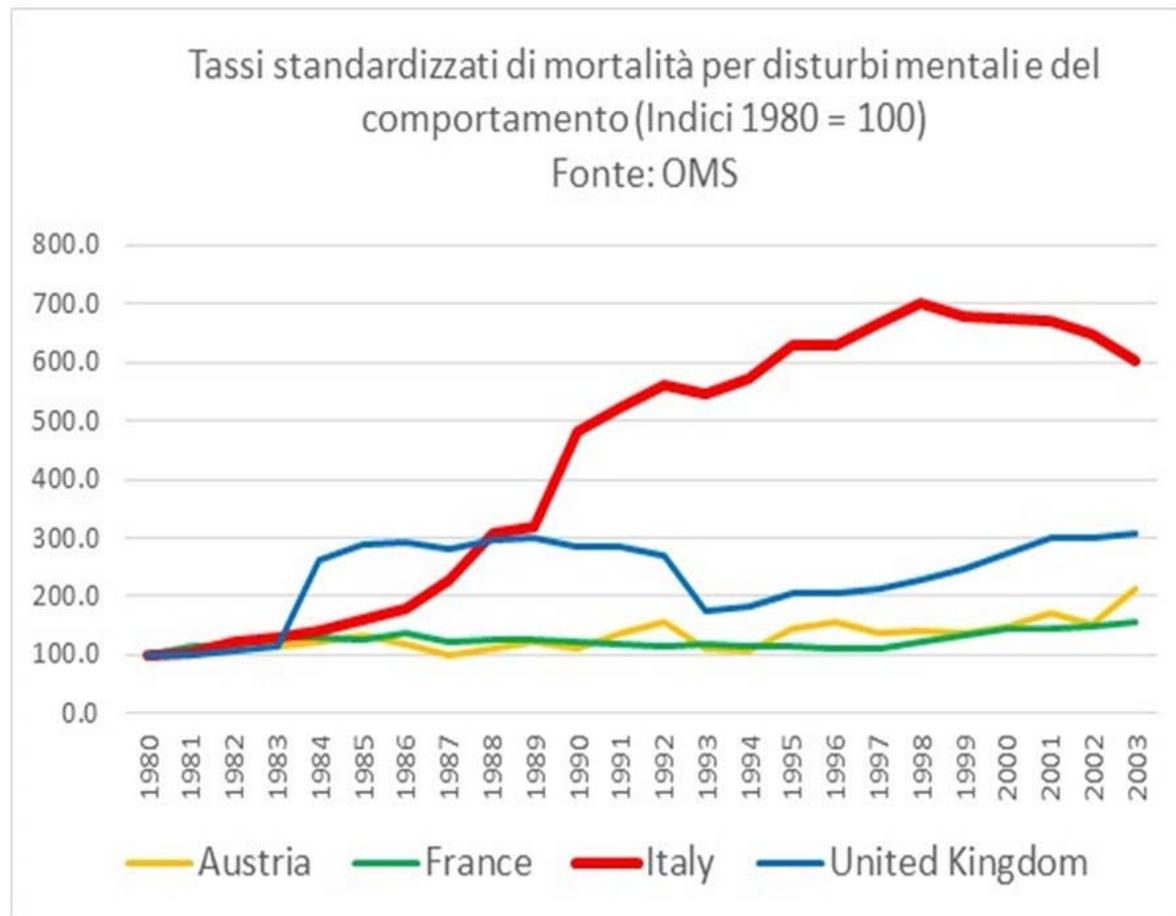
Questi dati escludono esplicitamente Alzheimer, Parkinson e malattie organiche. Cioè sono solo le psicosi...

SDR, Mental and behavioural disorders, per 100000
 SDR indica che il dato è standardizzato secondo la distribuzione per età della popolazione standard europea.

Years	Austria	Belgium	Bulgaria	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	United Kingdom	EU		
1980	3,05	16,66	1,34						12,76			4,83	2,28	1,24	1,39	4,64	11,93	1,68	2,21	6,25	4,26	4,41			2,59		5,71	6,72		
1981	3,01	10,11	1,5				2,61		14,54			4,65	3,47	1,28	1,45	6,15	10,01	1,16	2,56	4,57	4,53	4,14			2,75		5,75	6,72		
1982	3,52	4	2,07				2,9		15,14			4,68	3,7	1,01	1,69	5,08	10,2	11,93	1,68	2,97	4,19	4,12	3,64		2,66		6,2	6,72		
1983	3,5	3,74	2,16						16,68			4,5	4,95	1,89	1,82	4,57		16,83	1,54	3,54	3,7	3,87	4,26		3,95		6,57	7,09		
1984	3,69	3,88	2,43						16,41			4,42	6,59	2,47	1,95	4,59		10,27	0,78	3,55	3,54	3,68	4,98		4,29		14,9	8,18		
1985	4,05	5,76	3,06				1,42		16,15			3,12	5,93	2,15	2,2	6,25	10,41	13,19	2,81	4,33	3,73	3,47	5,92	14,56			16,4	8,53		
1986	3,61	4,4	2,1		2,15		1,54		17,51			2,43	6	2,35	2,49	4,4	6,8	13,14	0,77	3,62	3,85	3,48	6,92	19,48	5,88		16,59	8,76		
1987	3,04	3,16	2,72		2,76		1,02	23,13	15,38			2,17	6,15	3,29	3,15	2,94	5,97	14,68	0,34	4,26	4,2	2,52	6,47	18,44	6,91	13,69	16,1	8,6		
1988	3,33	2,87	2,79		3,09		1,59	25,29	16,12			1,83	7,44	3,99	4,27	2,86	6,33	12,98	1,33	4,58	4,18	2,44	6,91	16,01	7,76	15,56	16,92	9,11		
1989	3,76	3,78	2,7		2,17		1	26,93	15,86			1,44	8,73	3,47	4,42	4,09	7,77	17,2	2,25	5,15	3,98	3,29	6,27	8,96	9,36	16,42	17,18	9,29		
1990	3,34	4,29	2,22		2,51		1,85	26,55	15,8	10,51		1,35	8,76	3,45	6,67	6,19	8,67	15,97	5,38	6,07	4,21	3,28	6,33	8,91	11,29	19,22	16,35	9,75		
1991	4,17	4,07	1,61		2,12		2,36	27,67	15,09	10,96		1,56	8,86	5,01	7,27	6,58	11,15	15,93	6,98	7,68	6,37	3,5	5,62	11,39	13,07	19,11	16,36	10,21		
1992	4,82	4,87	2,85		1,78		1,6	27,44	14,42	11,25		2,25	11,54	6,74	7,78	6,15	11,9	20,29	7,16	11,21	6,4	3,29	7,67	3,9	9,44	13,08	18,33	15,39	10,46	
1993	3,43	16,06	3,09		1,35		2,17	30,19	14,97	11,18		1,99	13,85	7,62	7,59	11,55	19,31	17,89	4,44	15,79	4,66	3,23	7,58	4,52	10,83	13,87	18,86	10,09	10,32	
1994	3,22	14,09	3,08		0,7	10,06	3,14	28,66	14,84	11,55		1,38	15,01	6,29	7,97	18,34	25,95	16,96	3,09	19,26	5,11	2,59	9,19	0,69	13,43	15,22	18,77	10,42	10,76	
1995	4,47	13,25	3,57		0,61	12,22	3,37	28,53	14,51	11,27		1,14	15,02	8,9	8,76	17,01	28,67	16,79	3,58	19,78	6,27	3,12	9,48	0,81	10,45	16,36	18,77	11,68	11,2	
1996	4,71	13,33	3,3		0,56	10,93	2,16	37,61	14,31	11,45		1,38	10	5	8,72	12,35	24,65	18,29	4,22	19,68	5,54	3,35	9,51	0,44	9,58	17,31	19,53	11,82	11,18	
1997	4,17	15,53	4,59		0,54	15,57	0,63	39,81	14,33	11,39		0,94	11,68	3	9,24	9,06	15,68	28,05	4,65	19,84		3,19	10,93	0,63	9,53	17,69	18,87	12,26	11,45	
1998	4,29	19,54	3,87		0,66	17,57	1	40,68	15,76	9,66		0,6	9,93	2	9,75	9,59	8,29	13,4	4,75	20,38		2,92	8,12	0,46	11,54	18,86	21,84	13,09	11,52	
1999	4,14	21,08	3,24		0,68	22,58	1,72	42,16	16,91	9,39		0,46	10,96	1	9,44	10,52	3,4	10,27	4,85	22,15	4,86	2,83	6,13	0,17	8,86	17,82	24,68	14,01	11,68	
2000	4,56		2,78		0,98	20,22	1,77	40,44	18,27	8,48		0,57	7,49	1	9,37	8,36	3,04	15,34	4,32	22,76	4,02	2,42	5,35	0,4	8,83	16,13	24,29		11,51	
2001	5,22		2,49		1,05	22,71	4,66	38,22	18,66	7,51		0,83	6,8	7	9,33	10,25	2,66	17,68	2,07	24,7	4,1	3,16	4,74	0,13	8,65	16,09	23,35	17,08	11,63	
2002	4,69		2,03		1,03	28,16	4,3	40,33	18,82	7,55		0,91	7,1	6	9,01	4,32	1,86	8,11	3,94	27,44	3,81	4,71	5,45	0,26	9,09	16,07	25,66	17,15	11,85	
2003	6,45		1,99		1,51	25,77	10,92	38,08	19,93	8		1,03	7,73	2	8,39	3,35	1,84	16,95	10,59	27,59	4,34	3,9	4,91	0,17	8,87	17,49	22,29	17,58	12,15	
2004	7,08	18,29	1,99	3,37	1,62	27,93	10,08	34,32	16,83	8,54		0,95	6,97	9		3,28	1,95	13,16	12,88	26,89	4,6	3,46	4,01	0,25	7,33	15,37	24,44	17,02	11,53	
2005	7,38		1,28	4,91	2,5	31,08	13,57	31,52	17,41	9,8		0,84	8,9	1		4,42	1,72	13,95	12,89	25,85	4,54		3,02	0,19	6,69	15,55	23,8	16,66	11,71	
2006	6,86		1,24	6,67	1,62	32,57		29,64	15,94	11,08		0,6		6	7,16	4,77	2,05	13,48	16,12	27,08	4,9		1,07	5,44		23,2	16,28	11,6		
2007	6,95			8,02	1,42			27,21								7,26	2,67		15,71	24,42	5,32			1,09	3,01		17,67	11,7		
2008	8,22																								1,09					

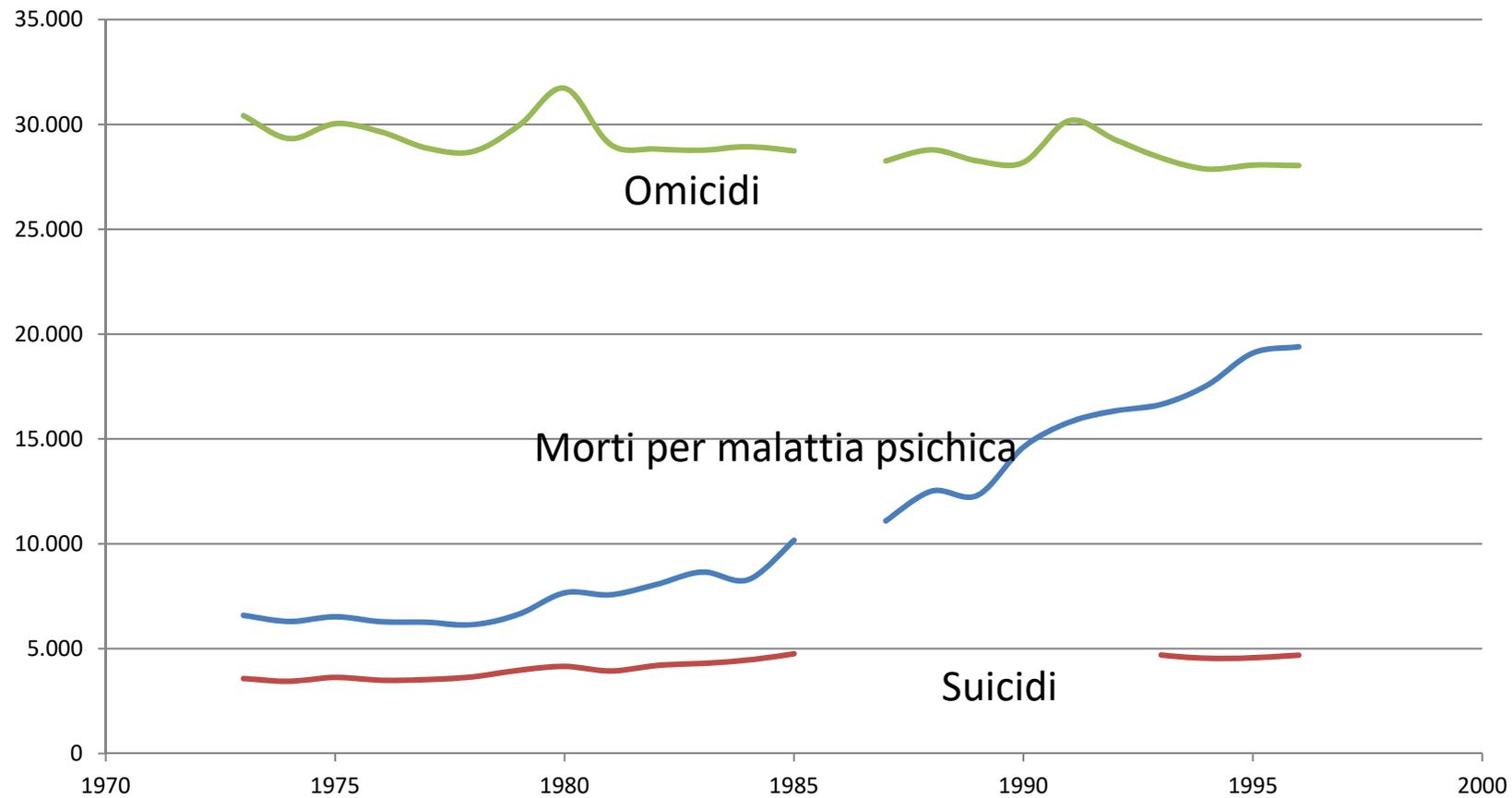
Abbiamo preso in considerazione solo alcuni paesi europei a partire dal 1980 e fino al 2003, normalizzando i dati del 1980 a 100, per tutti i paesi

In Italia abbiamo un aumento fino a 7 volte della mortalità a partire dal 1980. Negli altri paesi europei la mortalità rimane più o meno inalterata.



Dati del Ministero degli Interni dal 1973 al 1996.

Meno esaustivi di quelli dell'OMS, in quanto non delimitano bene il quadro della malattia psichica. Ma comunque molto indicativi. Anche in questi le morti per malattia psichica subiscono un notevole aumento.



Vediamo perché. Intanto una foto della situazione In Italia nel 2016

807.000 malati di cui il 43% al primo contatto. Su 60,7 milioni di abitanti sono l'1,2%

	Posti Letto	Accoglienza	Degenza media (gg)	Note
SPDC	4.771	108.000	12,8	TSO:8,1°/° . Entro 7 gg rientra il 7,8% dei dimessi. Entro 30 gg, il 17,7%
Strutture Residenziali	26.117	31.593	235	Utenza: 50% schizofrenici. In prevalenza da 45 a 64 anni
Strutture semiresiden.	13.949	28.200	63	

Costi (in migliaia di €)

CPS	1.725.712
SPDC	218.899
Residenziali	1.407.865
Semiresidenziali	472.217
Totale	3.824.693

In totale si hanno ca. 30.888 p/L (51/100.000ab.). A ciò si aggiunge l'attività dei CPS: 807.035 pazienti con 11.860.073 interventi. **Ma per avere un confronto con la situazione pre-180, vediamo un caso concreto: la Lombardia**

Dati: da Rapporto sulla Salute Mentale 2016

Regione Lombardia

2005. 44 postiLetto/100.000

1977. 138 postiLetto/100.000

	Posti Letto	Accoglienza	Degenza media (gg)		Posti Letto	Accoglienza	Degenza media (gg)
SPDC	802	13.987	22		455	4.009	14
CRT(OP)	816	1.799	145		7.340	32.881	79
CP(cronicari)	2.363	2.944	258		3.296	5.040	150
Tot.	3.981	18.730			11.091	41.930	

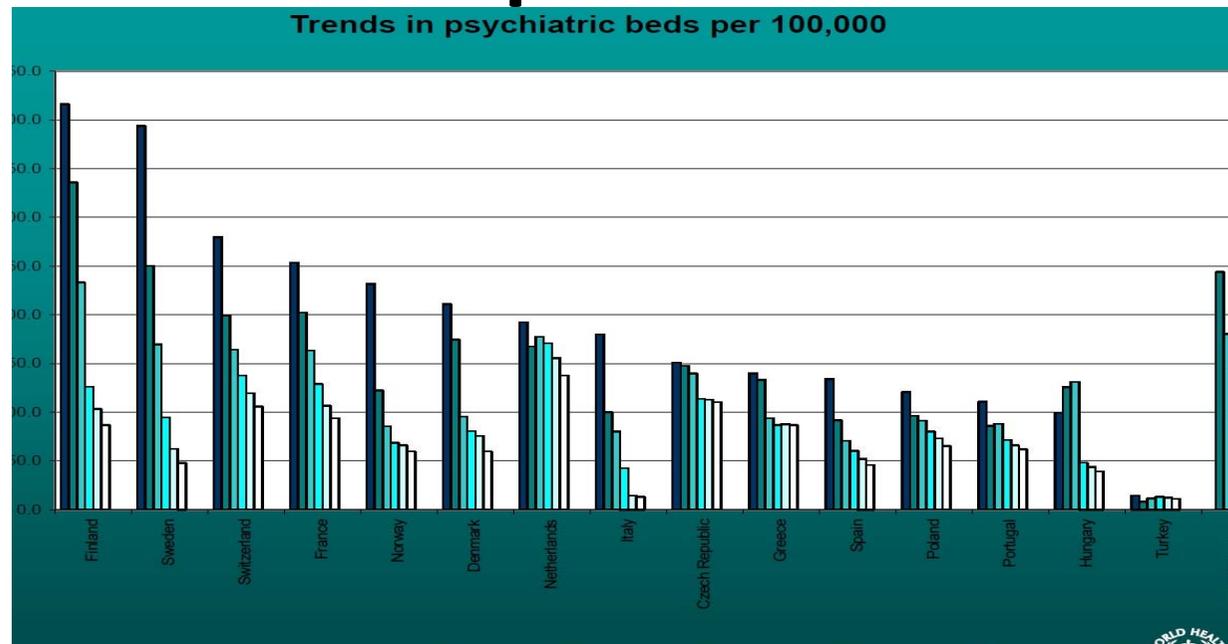
- **Gli SPDC sono i reparti degli Ospedali generali a 5 o 10 posti. Nel 1977 servivano solo per emergenze. Oggi sono l'elemento fondamentale della cura e sono i soli posti in cui si può fare il TSO.**
- **I CRT (Centri Riabilitazione Terapeutica) sono i successori degli Ospedali Psichiatrici. Non si può però fare il TSO, sono di dimensioni limitate ed hanno scarso impatto terapeutico**
- **I CP (Comunità Protette) sono i cronicari. Una volta chiamati Istituti per lungodegenti. Sono rimasti anche fisicamente gli stessi. Si sono divisi in comunità Cambiano i nomi, ma la funzione – ovviamente – resta**

Dati da : - Il sistema di Salute Mentale della Regione Lombardia 2006 di A.Lora
 - Psichiatria Oggi: un Programma concreto. 1983 Regione Lombardia

Nel 2005 vi sono anche gli ambulatori (CPS). Hanno avuto 108.784 malati di cui ca. il 30% al primo contatto. Il 9% delle visite sono a domicilio. Il 40% dei malati fa 2 visite/anno. Il 6% ha visite settimanali. Altre strutture del 2005 sono 65 day-hospital con 900 posti. Hanno avuto 4.335 presenze. Sono prevalentemente giovani che vivono in famiglia. 60% schizofrenici.

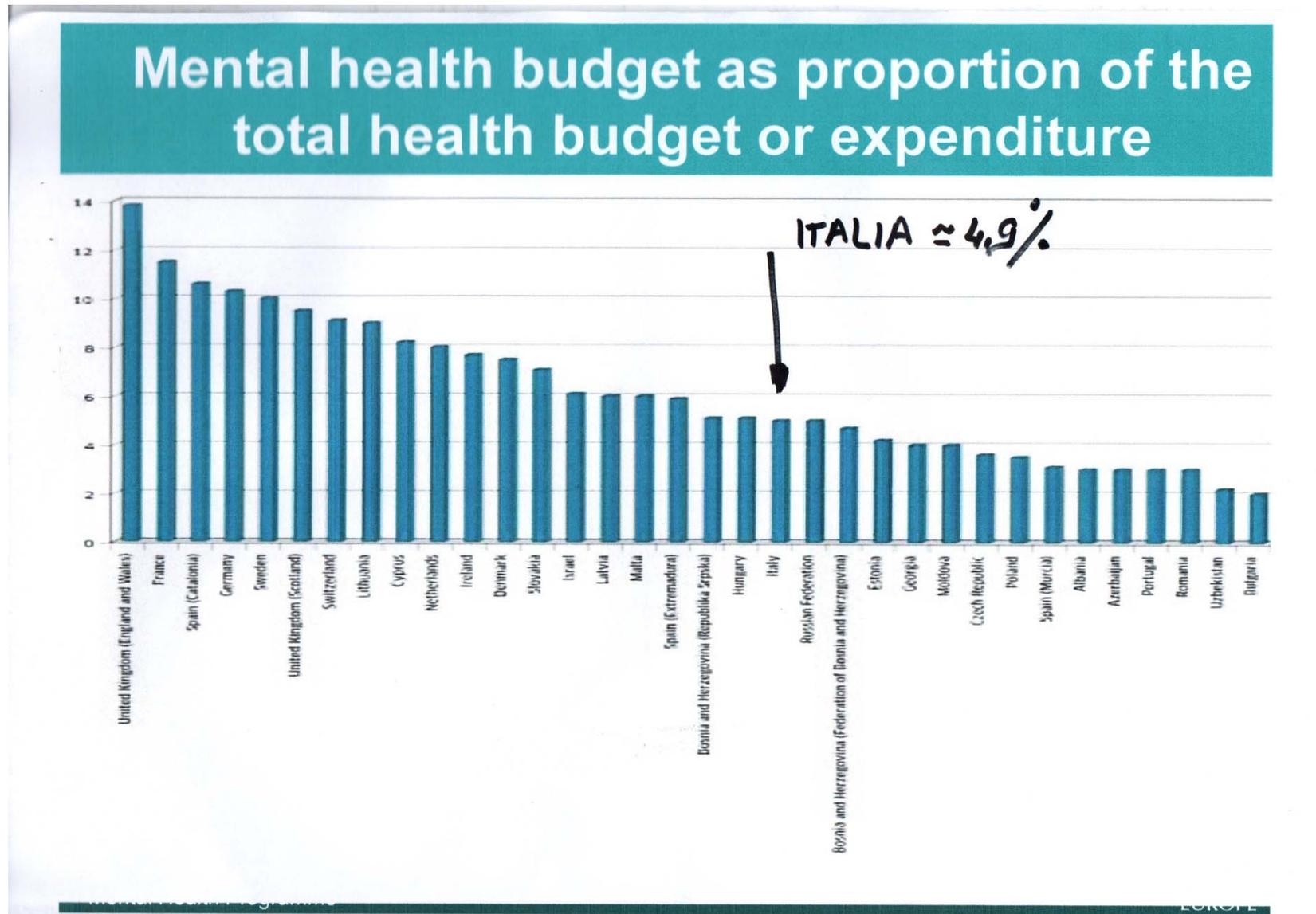
Dato obbiettivo: Sono aumentate le morti e la cronicizzazione è, oggi, molto più alta. Nei CRT si rimane mediamente 145 gg contro 79 negli OP del 1977. Nelle CP 258 gg contro 150 del 1977 nei vecchi cronicari . Negli SPDC il 18% dei malati rientra entro 1 mese, il che indica una scarsa efficacia delle terapie. I fondi sono stati spostati dalle strutture residenziali agli ambulatori ed ai day-hospital

E in Europa come siamo ?



Eravamo partiti abbastanza bene nel 1975 (85 pL/10000) ma adesso siamo al pari della Turchia (7,9 pl/100.000). Pochi posti letto. Ma i posti letto servono per i più gravi. I fondi e l'attenzione si sono spostate dalle patologie gravi a quelle lievi a cui basta la cura ambulatoriale (CPS e day-hospital). **Ribadiamo le conseguenze: drastico aumento delle morti e delle cronicizzazioni. Inoltre, paradossalmente, si rimane più oggi nelle strutture che prima della 180**

Anche la spesa non è adeguata



Ma non solo:

Le teorie di Basaglia hanno pesantemente (e negativamente) influenzato tutta la prassi psichiatrica ed addirittura il lessico

- Non si parla di malattia mentale, ma di disturbo o disagio
- Non si parla di cura, ma di riabilitazione (*sottinteso: dagli effetti nocivi della famiglia o del manicomio*)
- Si colpevolizza la famiglia, distruggendo gli affetti basilari del malato e destabilizzandolo (*la famiglia è vista da Basaglia come una delle istituzioni della violenza*)
- Si teme lo stigma: il marchio che il malato subisce per essere stato ricoverato in manicomio (*che noi non abbiamo mai visto. Mai abbiamo riscontrato atteggiamenti men che corretti nei confronti dei nostri malati*)
- Si paventa l'istituzionalizzazione. In Lombardia i cronici devono cambiare struttura ogni 2 anni per evitare l'istituzionalizzazione. (*Un assurdo. Una cronico anziano è costretto, anche se contro voglia, a spostarsi di struttura in struttura. Tra l'altro "l'istituzionalizzazione" è oggi in realtà aumentata, dato l'aumento della cronicizzazione*)
- Si propugna la territorialità della cura. In tal modo il malato non può scegliere liberamente né medico, né luogo di cura. (*E' viceversa noto che, quasi sempre, l'allontanamento dello psicotico dal luogo dove si manifestano i suoi deliri, è altamente terapeutico*)

- Si afferma che il malato *(dato che non è un malato, ma è un “disturbato” dalla società)* possa guarire. *(Invece la psicosi è una malattia come il diabete. Ne possiamo curare i sintomi, ma non eliminare la causa organica: Negando la malattia, si verificano, tra l’altro, fenomeni di maltrattamento e insofferenze nei confronti di quei “disturbati”, che rimangono violenti o riottosi alla cura)*
- Il TSO, fatto su un “disturbato”, già maltrattato dalla società, non è considerato un provvedimento medico, ma una grave violazione dei diritti umani. Viene fatto nei posti meno adatti (SPDC), per una settimana e con una prassi altamente traumatica. *(si elimina così definitivamente la possibilità di una efficace diagnosi e di una corretta individuazione e stabilizzazione della cura. Questo è forse la conseguenza più grave)*
- La reticenza nell’uso del TSO porta all’abuso degli psicofarmaci, usati come calmanti, con gravi effetti collaterali

Gli slogan infine , “ La legge che ha chiuso i manicomi” o “la legge che tutto il mondo ci invidia”, sono noti a tutti, ma non sono veri. I manicomi erano stati chiusi dalla legge Mariotti, deputato socialista e bravo ed umano medico, nel 1970. Nessun paese al mondo ha adottato le teorie di Basaglia. Gli OP sono rimasti dappertutto la base della cura psichiatrica, come si vede dai grafici dell’OMS

Ma è vero che la legge Basaglia non è stata applicata?

Non è vero! La legge Basaglia o legge 180 è una legge quadro che diceva semplicemente di chiudere gli OP e dava alle Regioni il compito di fare le strutture alternative. Come tale è pienamente applicata.

Quelle che non sono state pienamente realizzate sono le strutture di risocializzazione di Basaglia. Dove sono state applicate e cioè a Trieste, in conformità ad esse, si ha:

- Una encomiabile organizzazione di servizi sociali di supporto: cooperative di lavoro, ambienti di risocializzazione ecc.***
- Una prassi terapeutica deficitaria, come e più che nel resto di Italia, in quanto – come già detto - basata su teorie e presupposti erronei***

In definitiva, la situazione italiana è questa:

Note positive:

- Ampia rete di ambulatori territoriali
- Umanizzazione dei cronicari (attività ricreative)

Note negative:

- Prassi terapeutica basata su superate teorie psico- sociali
- Impossibilità di cura efficace per i gravi data l'impossibilità di TSO sufficientemente lunghi (1-2 mesi), in ambienti adatti.
- Di conseguenza : diagnosi approssimate e nessuna ottimizzazione della cura. **Aumento delle morti e delle cronicizzazioni**
- Mancanza di strutture residenziali adatte per i gravi non cronicizzati
- Mancanza di attività di lavoro e di sport (salvo che, forse, a Trieste). Scarsa attività di socializzazione

Quindi :

- ***La Psichiatria deve tornare ad ancorarsi saldamente alla scienza e solo alla scienza***

Ricordiamo che :

- ***Il malato di mente ha bisogno di una cura flessibile, personalizzata e rispettosa della sua vita sociale (problema dei gravi effetti collaterali degli psicofarmaci)***
- ***Al tempo stesso ha bisogno di essere continuamente ancorato alla vita reale e distolto dai suoi fantasmi attraverso lo sport, la socializzazione, il lavoro***

Soluzione:

- **Rendere i CRT adatti al TSO e , obbligatoriamente, dotati di una rete di attività sportive, di risocializzazione e di lavoro (cooperative) anche esterne. Suddivisi almeno in 2 fasce di età.**
- **Aumentare decisamente i budget e/o spostarli dalle attività ambulatoriali a quelle residenziali.**
- **Potenziare sia l'attività di ricerca che quella didattica di formazione di personale medico e infermieristico specializzato.**
- **Umanizzazione della prassi del TSO (da fare solo con personale sanitario noto al paziente).**
- **Creazione di Pronti Soccorsi Psichiatrici nelle sedi di tutti gli SPDC**