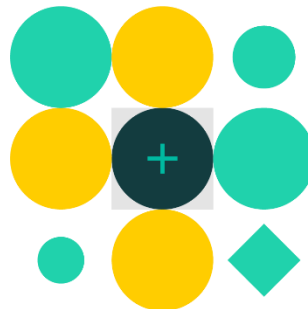


Estudios de caso sobre política internacional e implementación – Caso 9

Desinstitucionalización del cuidado psiquiátrico en la región de Trieste en Italia



Programa H4Y FUTURO. HOGAR SI Y PROVIVIENDA
Abdellah Douas



Ulla, 82 años, con discapacidad intelectual. Proyecto de desinstitucionalización de la región de Trieste.



Francesco, 20 años, con discapacidad intelectual. Proyecto de desinstitucionalización de la región de Trieste.



Estrategia estatal
de desinstitucionalización
Para una buena vida en la comunidad

Autor: Ernesto Venturini

Psiquiatra, colaborador de Franco Basaglia en el proceso de desinstitucionalización en Italia, desde el comienzo, en Gorizia y Trieste. Contribuyó activamente al éxito de la Ley de reforma psiquiátrica en Italia. Fue director del Departamento de Salud Mental en Imola y ha ocupado cargos de responsabilidad en Salud Pública en la Región de Emilia Romagna. Colabora con universidades italianas e internacionales y es autor de varios libros sobre psiquiatría y reforma psiquiátrica. Ha colaborado con la OMS en países africanos y, como asesor de la OPS en América Latina, ha seguido la reforma psiquiátrica brasileña desde 1992.

Septiembre 2023

© Secretaría de Estado de Derechos Sociales, Gobierno de España

Mensajes Clave

Este documento presenta el proceso de desinstitucionalización de la salud mental que tuvo lugar en Italia desde la década de 1960, con un enfoque especial en la región de Trieste y la ciudad de Gorizia, hogar de uno de los experimentos sociales más innovadores e impactantes en la prestación de atención de salud mental, liderado por Franco Basaglia, Franca Ongaro y un colectivo más amplio de profesionales, pensadores/as y personas con experiencias vividas, que se reunieron en la asociación *Psichiatria Democratica* [Psiquiatría Democrática]. El autor sostiene que el enfoque de deconstrucción en Trieste va más allá de sólo disolver las instituciones, sino que busca establecer prácticas de salud mental viables basadas en comunidad, las cuales parten de una deconstrucción de la noción misma de enfermedad mental. Los mensajes clave son los siguientes:

- La persona que sufre de algún tipo de sufrimiento psíquico es el sujeto como tal y cualquier intervención debe tener en cuenta la totalidad de la persona, incluyendo sus relaciones sociales y sus estructuras. Las y los terapeutas asumen plena responsabilidad por las necesidades de la persona en su totalidad, no sólo los defectos de la enfermedad, y la respuesta se dirige a la complejidad de las necesidades ("vida completa").
- El cierre total y preliminar de todos los hospitales psiquiátricos es una condición previa, ya que la salud mental comunitaria no puede desarrollarse en presencia de la fuerte "atracción gravitacional" del asilo. La deconstrucción es una alternativa, no una adición.
- El proceso de desinstitucionalización comenzó con algunos/as psiquiatras cuestionando su propio papel profesional dentro del asilo como una institución represiva y no terapéutica. La práctica de deconstrucción construyó un cuerpo de pensamiento alternativo y se establecieron alianzas con otros movimientos de derechos civiles en un sentido más amplio.
- Hubo una resistencia inicial de ciertos grupos profesionales, y secciones de la sociedad con un pensamiento retrógrado. Las demandas contra las y los psiquiatras progresistas se revirtieron al considerar la contradicción entre el cuidado y la custodia de un nivel judicial dentro de los debates, exponiendo las inconsistencias de la psiquiatría incluso llevando a las y los doctores a la auto incriminación.
- El proceso de reforma descubrió que brindar atención a las personas en su complejidad fomentaba la curación y, en consecuencia, hacía necesario proporcionar "habilidades" a la comunidad, para que las personas comprendieran y rechazaran la delegación a la psiquiatría como una cobertura (mitificación) de los problemas sociales que acompañan al sufrimiento psíquico.
- Desde el comienzo, el protagonismo de los usuarios y sus familias ha sido la peculiaridad de la reforma: la asamblea general en el primer hospital modelo fue dirigida por pacientes internos; el establecimiento de asociaciones de personas usuarias y sus familias, la creación de cooperativas sociales para la asistencia y la inserción laboral; pero también, y, sobre todo, momentos de participación comunitaria.
- Debe hacerse una distinción entre el proceso de desinstitucionalización y las leyes de reforma. Una sola ley no puede dar los cambios culturales y sociales



significativos. Las leyes son necesarias, pero también resultado inevitable de compromisos políticos.

- La reeducación del personal psiquiátrico para las intervenciones comunitarias sólo fue posible a través de los proyectos Modelo. Tomó mucho tiempo superar el enfoque médico y establecer equipos comunitarios multidisciplinarios.



Tabla de contenido

Contenido

| | |
|---|-----------|
| MENSAJES CLAVE | 3 |
| CONTENIDO | 5 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 6 |
| 2. <i>DE-CONSTRUCCIÓN: ENFOQUE DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE BASAGLIA</i> | 6 |
| 2.1. ¿Cuáles son los puntos centrales de la Deconstrucción (DEC)? | 6 |
| 2.2. Trayectoria histórica e hitos | 8 |
| 3. EL PROCESO | 10 |
| 4. ELEMENTOS ESPECÍFICOS | 13 |
| 4.1. Política y Legislación | 13 |
| 4.2. Personal: perfiles profesionales y su reentrenamiento. | 13 |
| 4.3. Manejo y Coordinación | 14 |
| 4.5. Datos y evidencia | 15 |
| 5. LECCIONES Y PERSPECTIVAS | 15 |
| CONCLUSIONES FINALES | 16 |

1. Introducción

Es necesario aclarar el término '**Desinstitucionalización**' (DI). En muchos países, la DI es sinónimo de alta del asilo ('des-hospitalización'). La DI puede llevar al abandono de pacientes y/o a su transinstitucionalización del sector público al privado, o puede dar lugar a la creación de servicios comunitarios (Centros de Salud Mental Comunitarios). Esos servicios pueden ser más o menos efectivos en la prevención, tratamiento y rehabilitación, sin embargo, siendo alternativas al Hospital Psiquiátrico (PO), sin ser conscientes de las funciones de control social que desempeñan, sin realizar una crítica a la naturaleza pseudocientífica de la psiquiatría tradicional.

Habiendo dicho esto, me referiré a la desinstitucionalización implementada en Italia y definiré este proceso, de manera más apropiada, como un trabajo de **Deconstrucción (DEC)**. ¿Qué significa esta distinción? La deconstrucción institucional no sólo propone el fin material del Hospital Psiquiátrico y de todas las estructuras y aparatos segregantes y marginalizadores, sino por encima de todo propone la 'deconstrucción' de la ideología pseudocientífica de la psiquiatría y las otras disciplinas 'psi' en su impacto social. De hecho, sucede que, más allá de las buenas intenciones, las prácticas de desinstitucionalización terminan reduciendo la complejidad de los problemas de la persona a un diagnóstico (psiquiátrico, psicológico, psicoanalítico), a una gestión directiva y 'normalizadora', a la aceptación acrítica de la delegación del control social de la diversidad. Por el contrario, *la Deconstrucción y la construcción alternativa* pueden poner de primero la complejidad del sujeto y apartarse de una práctica de salud mental como crítica a las instituciones totales, similares a asilos, y de su priorización de la autonomía, la ciudadanía y el respeto por la dignidad en el trato con los enfermos mentales. Esto se identifica como 'pensamiento Basaglia'. Y no me refiero solo a los escritos de Franco Basaglia y Franca Ongaro Basaglia, sino a la práctica y teoría de un sujeto colectivo (compuesto por profesionales, usuarios/as, administradores, ciudadanos/as). Este sujeto ha dado forma a un cuerpo teórico y una historia de prácticas, completamente realizadas en algunos países italianos y otros, desde los años 60's.

2. De-construcción: Enfoque de la desinstitucionalización de Basaglia

2.1. ¿Cuáles son los puntos centrales de la Deconstrucción (DEC)?

Los puntos claves de partida para el Pensamiento de Basaglia son los siguientes:

- La centralidad y prominencia del sujeto que es portador del sufrimiento psíquico (según Basaglia: "la enfermedad mental existe, pero debe ser puesta entre 'paréntesis': la prioridad se basa en el ser humano individual, su singularidad, sus derechos y la necesidad de responder a ello").



- La realización de un proceso colectivo, participativo y democrático, que se desarrolla en la sociedad para llevar a cabo un cambio radical en las injusticias responsables del sufrimiento psicológico, individual y colectivo, así como de la discriminación de las personas con problemas mentales. (No es coincidencia que una de las principales asociaciones que impulsó la reforma se llamara 'Psiquiatría Democrática [Psichiatria Democrática] - PD').
- El rechazo a las respuestas preformadas y a cualquier cosificación de la persona.
- Las y los terapeutas toman completa responsabilidad por las necesidades de la persona. La respuesta es señalar la complejidad de dichas necesidades ("Vvida completa" que genera la incomodidad en las personas.
- El logro del nivel más alto posible de autonomía y contratabilidad social de la persona.
- La crítica al modelo biomédico de psiquiatría no implica ser anti-psiquiatría. Todo lo contrario, significa afirmar un tratamiento riguroso, respaldado por evidencia científica, que contrasta, por ejemplo, con la peligrosa psiquiatría del comportamiento, implementada por el 'Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales' (DSM-V por sus siglas en inglés), y la medicalización excesiva de la población, estimulada por la industria farmacéutica.
- El cierre total y preliminar de todos los hospitales psiquiátricos: no es posible desarrollar la salud mental comunitaria en presencia de la fuerte 'atracción' de los asilos, que es, en su esencia, un lugar destinado a hacer invisibles las contradicciones sociales y ocultar los 'fracasos' del sistema de salud. La deconstrucción es una alternativa y no una adición. Los derechos no se reconocen gradualmente: o se reconocen ahora o no se reconocen.



2.2. Trayectoria histórica e hitos

El DEC comenzó en la década de los 60's en un clima político y social fértil, tanto en Italia como en Europa, que buscaba renovar las instituciones públicas e implementar reformas sociales.

Las experiencias de desinstitucionalización fueron implementadas en algunos hospitales mentales italianos. Paradójicamente, el atraso de la psiquiatría italiana debido a los prejuicios del fascismo contra el psicoanálisis, dieron la oportunidad para cambios radicales. Una referencia principal fue la organización del sector francés y la comunidad terapéutica inglesa.

La experiencia de desinstitucionalización que tiene lugar en Gorizia adquiere un valor radical y emblemático: se abren las puertas, la terapia de electroshock es abolida y se establece la asamblea general del hospital. La asamblea se convierte en el espacio de toma de conciencia y empoderamiento de las y los pacientes internos. Las 'palabras' no son interpretadas: se convierten en expresiones de lucha y 'liberación'.

Una primera ley en el 68 (Ley de Mariotti) inspirada por Gorizia, permitió hospitalización voluntaria dentro de hospitales psiquiátricos, cambiando el estatus legal de pacientes hospitalizados.

El libro que describe la lucha contra el asilo y el proceso de emancipación de los internos en Gorizia, titulado '*Institución Negada*', se convirtió en éxito editorial y político en 1968; fue el libro de culto de los movimientos juveniles¹. Cuando luego, en Gorizia en 1972, los políticos intentaron evitar la apertura de institutos de salud mental en la zona, temiendo la propagación descontrolada de *ideologías radicales*, los médicos dieron de alta a todos los pacientes internos 'curados' y presentaron su renuncia. De esta manera, se rechaza la simple 'humanización' del asilo y se reivindica la función de marginalización del Hospital Psiquiátrico.

La experiencia de cambio continúa y se fortalece en Trieste, lo cual ocurre en un contexto político diferente al de Gorizia. La deconstrucción del asilo se acelera: lo "externo" se trae al interior del hospital (fiestas, conciertos, debates) y lo "interno" se lleva afuera (reuniones en escuelas, fábricas). A medida que el aparato hospitalario se "deconstruye" y las y los pacientes internados se "rehabilitan", se abren Centros de Salud Mental Comunitarios (CMHC, por sus siglas en inglés) en el territorio, abiertos las 24 horas del día y que llevan a cabo completamente las funciones de prevención, tratamiento y rehabilitación. Un pequeño dispensario en el Hospital Civil responde las emergencias nocturnas. En 1977, el Hospital Psiquiátrico de Trieste fue formalmente

¹ Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata*. Rapporto da un ospedale psichiatrico. Baldini Castoldi Dalai editore. Milano



cerrado. La nueva organización tiene costos generales mucho más bajos que los previos.

En 1978, en una situación política de emergencia, fue promulgada en Italia un marco legal (Ley 18/78) que estableció la admisión de pacientes psiquiátricos únicamente en Hospitales Generales y permitió a las personas que en ese momento estaban ingresadas en un hospital psiquiátrico y no habían sido dadas de alta, la posibilidad de permanecer ahí como huéspedes hasta la expiración. El límite para esta transición se estableció en un año. De hecho, la ley elimina el concepto de "peligrosidad social" del paciente psiquiátrico. La red territorial estaría compuesta por los CMHCs. La ley fue aprobada por todos los partidos, con excepción de la extrema derecha.

En 1979 la Ley del Servicio Nacional de Salud 833/79 estableció: La Ley 180 desaparecerá como una *Ley Específica* y fue establecida dentro de la Ley de Salud.

En 1980 Franco Basaglia falleció.

En la década de 1980, la ley de reforma fue objeto de fuertes críticas. El parlamento y el gobierno, encargados de regular al personal y la financiación de la nueva ley, se mantienen inactivos. Diversas asociaciones familiares denuncian la dificultad del manejo de enfermos por sí mismos. Se presentan varios proyectos parlamentarios de contra-reforma. Sólo regiones gobernadas por la izquierda promulgan sus propias leyes de implementación a modo *patchwork*. El cambio se lleva a cabo en el país irregularmente. Sin embargo, en general, la opinión pública sigue apoyando la ley.

En 1983, Franca Ongaro Basaglia fue elegida senadora en el parlamento italiano, por dos términos: en esos años llevó a cabo una intensa actividad en la Comisión de Salud, dejando en claro la validez del cambio, donde era posible alcanzarlo. Promovió la creación de un Observatorio sobre la ley y dirigió la preocupación de las familias hacia la denuncia de la falta de eficacia de los organismos gubernamentales, en lugar de hacia la ley. Finalmente, en 1984, se promulgó la primera llamada "*Legge Obiettivo*" [Ley Objetivo], que definía la financiación, el personal y las funciones de los Departamentos de Salud Mental. Dos años después, el gobierno ordenó el cierre de los antiguos hospitales y el traslado de sus residentes a pequeñas instalaciones de vivienda asistida. Esta decisión también supone un ahorro económico evidente y moviliza recursos para los servicios territoriales.

En 2015, se logró otro resultado importante, resultado de la movilización constante del movimiento Psichiatria Democratica (Psiquiatría Democrática) y el sindicato del CGIL: el cierre de los seis Hospitales Psiquiátricos Judiciales, los cuales, al estar bajo el Ministerio de Justicia, no habían podido beneficiarse de las disposiciones de las leyes de reforma de la salud. Con el fin de alojar a las y los internos y atender a los ofensores con problemas mentales, se están construyendo pequeñas Residencias para la Ejecución de Medidas de Seguridad Sanitaria (Residenze Esecuzione della Misure Sicurezza Sanitaria - REMS), que se integran orgánicamente en los Departamentos de



Salud Mental. La persistencia de ciertas normas de derecho penal y una cierta ambigüedad en la redacción de la ley dejan abierta el asunto del tipo de medidas de seguridad a implementar. Sin embargo, aunque existan realizaciones contradictorias, es indiscutible que el tratamiento del paciente ofensor es responsabilidad exclusiva del servicio de salud, que implementa propósitos de rehabilitación y un enfoque de desinstitucionalización.²

3. El proceso

Los Conductores

El proceso de desinstitucionalización comenzó cuando algunos psiquiatras cuestionaron su propio papel dentro de los asilos: un papel represivo y no terapéutico. Así comenzó una práctica de deconstrucción y se establecieron alianzas con otros movimientos que luchaban por la afirmación de los derechos civiles (escuelas, instalaciones para personas con discapacidad, fábricas, prisiones). Gradualmente, a través del establecimiento de (*Psichiatria Democratica*) *Psiquiatría Democrática (en castellano)* - una asociación sin connotación política-, intelectuales, artistas, representantes del mundo del entretenimiento y la comunicación, representantes sindicales y políticos se involucraron. Jóvenes del movimiento estudiantil, a través del voluntariado, participaron directamente en las prácticas de cambio.

Resistencias

Hubo resistencia inicial dentro del hospital por parte de las enfermeras, quienes defendieron los privilegios inherentes a una rutina desprovista de controles y supervisión. La burocracia administrativa del hospital también luchó por incorporar los cambios (dificultando las visitas del personal a los hogares de los pacientes dados de alta). Al mismo tiempo, secciones de la población expresaron temores ante la presencia descontrolada de personas enfermas mentales peligrosas en la ciudad. La táctica que utilizamos fue llevar el problema del nivel abstracto (el paciente con enfermedad mental) a la concreción de la persona (el sujeto con su nombre e historia). Además, no buscamos el consenso de la mayoría, sino que en su lugar buscamos la participación convencida de una minoría de ciudadanos motivados. Incluso los partidos de izquierda, como instituciones, lucharon al principio por reconocer el valor de la 'revolución' que estaba ocurriendo.

Numerosas quejas de sectores conservadores de la sociedad dieron lugar a numerosas demandas legales en contra de psiquiatras progresistas, basadas en el 'mandato

² Mezzina, R. (2022). La pena y la cura. Servicios de salud mental en Italia después del cierre de los hospitales psiquiátricos judiciales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 42(141), Article 141. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17209>



represivo' de la antigua ley. La situación fue luego revertida al llevar la contradicción entre el cuidado y la custodia del ámbito normativo al nivel social, abriendo debates públicos, exponiendo las inconsistencias de la psiquiatría e incluso llevando a la autoincriminación por parte de las y los médicos. Estos juicios, tras fases alternantes, siempre concluían a favor del cambio. Las sentencias han representado de manera emblemática la incorporación del cambio por parte del poder judicial.

Desarrollo y evolución del concepto durante la implementación.

Al principio existía una demanda ética simple: luchar contra la represión y la injusticia, afirmar los derechos de la persona (responsabilidad profesional). Luego surgió la crítica a la ideología seudocientífica, es decir, el modelo biomédico, que respaldaba a los asilos. La observación de que las y los pacientes internados pertenecían predominantemente a la clase social de la clase trabajadora y el subproletariado favoreció una lectura social y política del fenómeno de la “*desviación psíquica*”. Progresivamente, nos dirigimos hacia alianzas con movimientos sociales y partes progresistas de la sociedad, que abogaban de manera similar por reformas sociales. Más adelante, han ido apareciendo de manera creciente y rápida en la escena nuevos actores y su incorporación a la estructura de apoyo de los modelos de atención mental basados en la comunidad: profesionales de la salud, usuarios, sus familias, otros sectores (educación, salud), el mundo de la cultura y el entretenimiento, el mundo laboral.

Descubrimientos

Escuchando a la persona enferma mental, y no hablar en su nombre, se descubría la 'racionalidad' de su comportamiento, la lógica de las estrategias de supervivencia empleadas en esas situaciones extremas. Descubrimos el 'conocimiento' de las personas enfermas mentales y sus familiares acerca de la enfermedad (Como se lidia con ésta), la necesidad de responder a sus necesidades, que en términos de salud son más complejas que meros problemas médicos (‘*La libertad es terapéutica!*’). El CED nos permitió entender que lo que cura es el cuidado de las personas en su complejidad y, en consecuencia, que era necesario dotar de 'habilidades' a la comunidad, hacer que la gente comprendiera, rechazar la delegación a la psiquiatría como cobertura (mitificación) de los problemas sociales que acompañan (atención: no afirmo que generen) al sufrimiento psíquico. Luego se comprendió que ya no se podía 'hablar en nombre de', que las y los profesionales democráticos debían dejar espacio para los verdaderos protagonistas del cuidado: las personas con angustia psíquica (recuperación). Se comprendió, en esencia, que la contradicción no es la locura, sino la vida, que en sí misma contiene locura, dolor, sufrimiento, diversidad.

¿Se han probado y escalado los modelos?

Fue un proceso colectivo considerable que involucró a toda la sociedad. Al principio, hubo un liderazgo sólido por parte de Psiquiatría Democrática en Castellano (*Psichiatria*



Democratica) y la experiencia de Trieste. En lugar de dirigirse al mundo académico, el enfoque de la comunicación se centró en la Sociedad Civil a través de los medios masivos de comunicación. Al involucrar las fuerzas políticas, se intentó 'despolitizar' el asunto, buscando el consenso más amplio posible. Para la década de 1990, el proceso comenzó a ser más conocido por organismos internacionales de salud y académicos, hasta que fue incorporado y difundido por la misma Organización Mundial de la Salud (OMS).

Participación

El protagonismo de las personas usuarias y sus familias ha sido, muy desde el principio, la peculiaridad del CED: la asamblea general en Gorizia era dirigida por internos; el establecimiento de asociaciones de usuarios y sus familias, la creación de cooperativas sociales para la asistencia y la colocación laboral. Pero también, y, sobre todo, momentos de participación comunitaria. La experiencia de Imola es emblemática, donde se expresó la presencia activa de los ciudadanos, por ejemplo, en la gestión de las residencias de antiguos internos del OPP; donde se promovieron asociaciones transversales sobre derechos abiertos a toda la ciudadanía, en lugar de asociaciones sólo de usuarios; donde se realizó el hermanamiento entre las escuelas de alfabetización de los internos y las escuelas de niños y adolescentes.

Información de un “texto fuente”

Los textos fuente se pueden encontrar en los primeros libros sobre la experiencia de Gorizia ("*Che cos'è la Psichiatria?*", "*L'istituzione negata*"), "*¿Qué es la Psiquiatría?*" y "*La institución negada*" en castellano en aquellos que tratan sobre Trieste y todo el Movimiento de Psiquiatría Democrática, a través de su canal oficial de información y debate (la revista "*I fogli d'Informazione*"). La Associazione Psichiatria Democratica (psichiatriademocratica.org) se desarrolló progresivamente a través de Conferencias, Congresos y publicaciones periódicas que tuvieron una amplia asistencia, siempre involucrando a importantes sectores de la sociedad: partidos políticos, administradores, intelectuales, profesionales, artistas y exponentes de los medios de comunicación masivos.

La experiencia de Trieste fue inicialmente identificada como un lugar de investigación para innovaciones por parte del Centro Nacional de Investigación (CNR), como una 'Experiencia Piloto' por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y subsecuentemente como un Centro de Estudio e Investigación de OMS misma. Estas relaciones y conexiones han ampliado y profundizado naturalmente los temas y el lenguaje inicial, pero también han creado un intercambio/colaboración internacional fructífero y recíproco en el tema de la Desinstitucionalización.



4. Elementos Específicos

4.1. Política y Legislación

El Enfoque se implementó con cuatro leyes y dos proyectos Modelo [*Progetto Obiettivi*].

- Primeras experiencias de humanización de Hospitales Psiquiátricos (OPP) (década de 1960). Significado y hegemonía del Hospital Abierto de Gorizia.
- 1ª Ley de Reforma (Ley Mariotti). Experiencia radical de Trieste con la clausura de los OPP.
- 2ª Ley de Reforma (Ley 180/78). Inclusión del Artículo 180 en la Ley Nacional de Salud.
- 3ª Ley: Ley 833(69). Período de incumplimiento legislativo.
- 1er Proyecto Objetivos de Salud Mental, con organigrama y definición de recursos (1994). Establecimiento de Autoridades de Salud; delegación de Autoridades de Salud Regional.
- 4ª Abolición de Hospitales Psiquiátricos Judiciales (Ley 2014).

Es necesario hacer una distinción entre el proceso de Desinstitucionalización (DI) y las leyes de reforma. Las leyes son necesarias, pero también son el resultado (¿inevitable?) de compromisos políticos. Una ley por sí sola no puede generar un cambio cultural y social significativo. Es necesario que, además de la ley que define objetivos, financiamiento y estándares, se cumplan al menos tres condiciones fundamentales de manera sinérgica: (a) una participación responsable y continua de las instituciones, tanto científicas, de salud y bienestar social y educativas, como las estatales (a niveles centrales y periféricos); (b) una participación activa de los actores directamente involucrados (usuarios, sus familias y profesionales); (c) una política de promoción astuta que involucre a la sociedad civil (a través, por ejemplo, de los medios de comunicación masivos y movimientos sociales). Se comprende, por lo tanto, cómo la intensidad y combinación de estas condiciones generan resultados heterogéneos, tanto entre diferentes áreas geográficas como en momentos históricos distintos.

La implementación de cada ley de reforma ha generado problemas considerables, como los retrasos en la determinación de recursos, planes, financiamiento, entre otros. Pero el contraste más grande ha sido la introducción gradual de la lógica neoliberal en la atención médica desde la década de 1990. Los efectos negativos se reflejaron en los principios del Sistema Nacional de Salud establecido en 1969 y, en consecuencia, en la implementación de la reforma de Salud Mental.

4.2. Personal: perfiles profesionales y su reentrenamiento.

El reentrenamiento del personal psiquiátrico para intervenciones comunitarias sólo fue posible a través de los proyectos Modelo [*Progetto Obiettivi*] a nivel nacional quince años después de la Ley de Reforma, para dar certeza a la estructura organizativa de los nuevos servicios. El modelo médico de la antigua psiquiatría, centrado únicamente en las figuras profesionales de doctores/as y enfermeros/as, persistió durante mucho tiempo. Posteriormente, aumentaron el número y las funciones de las y los psicólogos y



trabajadores/as sociales en los servicios, pero las y los sociólogos estuvieron totalmente ausentes. Una nueva figura profesional se introdujo en la década de 1990: el educador/a profesional en rehabilitación. Sin embargo, se han implementado muchos cursos de actualización profesional centrados en el trabajo territorial. Algunas de las principales experiencias fueron las siguientes:

- Una contribución importante a la DEC proviene del trabajo voluntario (de personas jóvenes, voluntariado, emigrantes)³.
- La falta de participación de la academia en la reforma ha sido negativa, con la falta de adaptación de la formación del personal de salud y cuidado social. La discordancia entre la enseñanza y la realidad laboral continúa hasta el día de hoy (con algunas excepciones): la formación de psiquiatras y enfermeros se refiere a los modelos operativos de países (como los Estados Unidos, por ejemplo) donde la práctica real de Salud Mental Comunitaria está esencialmente ausente.
- Para compensar este retraso, se implementaron experiencias exitosas de formación, promovidas por instituciones regionales de formación y por Psiquiatría Democrática: cursos de Educación Médica Continua (EMC) para educación continua, patrocinados por el Ministerio de Salud. El Centro de Formación e Investigación de Trieste ha desempeñado un papel importante en la formación a nivel nacional e internacional.

4.3. Manejo y Coordinación

En lo que respecta a la coordinación dentro de la administración pública (vertical: central-municipal, horizontal: salud-social, etc.), en cada Autoridad de Salud Local (*Azienda Sanitaria Locale - AzSL*) existe un Departamento de Salud Mental, que incluye salud mental para personas adultas, neuropsiquiatría de menores, problemas de adicciones al alcohol y drogas. Hay coordinaciones horizontales dentro de la entidad, que abordan Atención Primaria, Medicina Pública, servicios de salud social, Geriatría, entre otros. También se establecen mesas de discusión y colaboración con grupos de Médicos Generales y con instituciones locales (municipios). Los principios y prácticas de la DEC, por lo tanto, tienen oportunidades para una comparación e integración amplia.

3 En relación a “falta de profesionalismo” vale la pena mencionar la experiencia “Soteria”, implementada por Loren Mosher entre 1971-1983 en el Área de la Bahía de San Francisco, promovida por el NIMH (siglas en Inglés) – Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos



4.4. Financiamiento y apoyo económico

Al buscar instrumentos financieros inteligentes para impulsar la transición y herramientas como capital semilla, queda claro que la falta de disposiciones claras de financiamiento hizo que los servicios sufrieran en los primeros años después de la Ley 180. “*El Proyecto Objetivos*” aclaró posteriormente el financiamiento necesario.

Las cooperativas (de servicios sociales e inserción laboral) han establecido formas inteligentes de financiamiento/auto-financiamiento.

4.5. Datos y evidencia

A nivel del Ministerio de Salud, durante muchos años hubo una grave falta en la recopilación de datos. Lamentablemente, no se había creado ningún Observatorio para monitorear el inicio y el desarrollo del DEC y la reforma. Los primeros datos significativos se recopilaron en 1996 cuando tuvo lugar el cierre total de los antiguos psiquiátricos y se estableció un impresionante número de instalaciones en todo el país.

La primera Conferencia Nacional de Salud Mental no tuvo lugar hasta el año 2001 (23 años después de la reforma) y con diversas disputas en torno a su organización. En el año 2020, se estableció una Mesa Técnica de Salud Mental en el Ministerio de Salud y se han promovido varios seminarios temáticos. La segunda Conferencia "Por una Salud Mental Comunitaria" solo se llevó a cabo hasta 2021. Hay una Coordinación Nacional de Salud Mental, promovida por 114 asociaciones a nivel nacional y local, así como una Coordinación Nacional de Asociaciones de Familiares de Pacientes Psiquiátricos (UNASAM siglas en inglés), con un enfoque en temas relacionados con el DEC. La Asociación Italiana de Epidemiología Psiquiátrica es muy proactiva recolectando y analizando datos sobre la desinstitucionalización y la implementación de la reforma.

5. Lecciones y perspectivas

Errores Exitosos

Ante la sustancial burocracia de algunos servicios sociales y de salud, hemos tenido que asumir la tarea de acompañar a antiguos pacientes en sus trayectorias hacia la inclusión social (¡no se puede abandonar a la persona frágil y necesitada!). Un papel contradictorio, pero que ha terminado representando un modelo de inclusión, a través del esfuerzo por hacer que los ciudadanos sean 'competentes' y responsables.

Sostenibilidad del modelo y prospectos para la agenda de reformas futuras

El DEC, que comenzó en Italia en la década de 1960, sigue siendo relevante y proactivo. La ley inspirada por este ha estado demostrando durante 45 años que una sociedad sin psiquiátricos es posible, incluso llegando al punto de abolir los Hospitales Psiquiátricos Judiciales. Hoy en día, el panorama internacional de la salud mental se ha enriquecido



con importantes horizontes terapéuticos: empoderamiento, diálogo abierto, recuperación, pero la continuidad entre estas realidades y el DEC es indiscutible. Podemos afirmar, sin lugar a dudas, que la desinstitucionalización/deconstrucción ha representado un cambio real en el paradigma científico.

Sin embargo, en este momento la Reforma de la Salud Mental en Italia está atravesando una situación de grave dificultad por dos razones fundamentales:

- La primera es la consecuencia de una decisión tomada en 2001 que llevó a la "abolición de la disposición de control sobre los actos de las autoridades locales", otorgando a las regiones plenos poderes sobre la atención médica. Esta elección, quizás teóricamente válida, resultó en el incumplimiento del límite de financiamiento para la Salud Mental establecido por los Proyectos de Modelo Nacional [Progetto Obiettivi].
- La segunda razón, que ya se ha mencionado, concierne a la corporatización de la atención médica, que comenzó en la década de 1990. En estos años, la lógica del *gerencialismo* liberal se instauró en los servicios de salud pública, prestando poca atención a los temas de prevención e intervenciones de salud pública, que son absolutamente necesarios para la salud de la comunidad, como demostró la reciente epidemia de COVID.

Conclusiones finales

Hoy en día, Italia tiene, por lo tanto, una sociedad sin psiquiátricos, pero todavía está 'enferma' de 'asilismo', lo que produce situaciones de marginación (asilos para personas mayores, residencias para personas con discapacidades físicas y mentales, prisiones, etc.). La sociedad no ha superado las injusticias y las numerosas contradicciones sociales y económicas que la atraviesan.

Sin embargo, podemos asociarnos totalmente con las palabras de Franco Basaglia:

“L’importante è che abbiamo dimostrato che l’impossibile può diventare possibile. Dieci, quindici, venti anni addietro era impensabile che il manicomio potesse essere distrutto. D’altronde, potrà accadere che i manicomi torneranno ad essere chiusi! Ma, in tutti i modi, abbiamo dimostrato che si può assistere il folle in altra maniera, e questa testimonianza è fondamentale. Non credo che essere riusciti a condurre una azione come la nostra sia una vittoria definitiva. L’importante è un’altra cosa, è sapere ciò che si può fare. Nel momento in cui convinciamo, noi vinciamo, cioè determiniamo una situazione di trasformazione difficile da recuperare”.
(Franco Basaglia, 1979)



"Lo importante es que hemos demostrado que lo imposible puede volverse posible. Hace diez, quince, veinte años, era impensable que el asilo pudiera ser destruido. ¡Por otro lado, podría suceder que los asilos volvieran a cerrarse!

Pero, de cualquier manera, hemos demostrado que es posible asistir a los enfermos mentales de otra manera, y este testimonio es fundamental. No creo que haber logrado llevar a cabo una acción como la nuestra sea una victoria definitiva. Lo importante es algo más, es saber lo que se puede hacer. En el momento en que convencemos, ganamos, es decir, generamos una situación de transformación difícil de revertir".

(Franco Basaglia, 1979)

