

Miranda Ralli und Monique Kriescher-Fauchs

## Überlegungen zur regionalisierten Versorgung in der italienischen Psychiatrie.

### Erste Erfahrungen nach dem neuen Psychiatriegesetz<sup>1</sup>

#### 1. Neuere Daten

Das Psychiatriegesetz 180 ist seit Mitte 1978 in Kraft. Es sanktioniert einen tiefgreifenden Bruch mit der traditionellen Großklinik, der „Irrenanstalt“. Die Probleme und Gefahren bei der praktischen Verwirklichung dieses an sich fortschrittlichen Gesetzes geben Anlaß zu folgenden Überlegungen. Auf dem Kongreß „Psichiatria e Buon Governo“ (Arezzo, 28.10. – 4.11.1979; vgl. den Kongreßbericht im Argument 120) wurden die in der Untersuchung des Centro Nazionale delle Ricerche (C.N.R.) gesammelten Daten vorgetragen. Dabei zeigten sich verschiedene Tendenzen in der Durchführung des Gesetzes.

Die Angaben betreffen den Krankenbestand für alle psychiatrischen Krankenhäuser Italiens bei Inkrafttreten des Gesetzes und ein Jahr später:

31.5.1978: 52 305 Patienten; 31.5.1979: 43 526 Patienten.

Der merkliche Rückgang in der Belegung kommt durch die Entlassung von 8779 oder 16% der internierten Patienten zustande. Werden aber noch zusätzliche komplexere Daten hinzugezogen, so zeichnen sich problematische, ja widersprüchliche Tendenzen ab. Während 70% der italienischen Provinzen<sup>2</sup> eine eigene öffentliche psychiatrische stationäre Einrichtung besitzen, steht nur 53% der Provinzen darüberhinaus ein ambulantes Versorgungsnetz zur Verfügung. Die übrigen Provinzen beschränken sich auf die Finanzierung privater Einrichtungen oder Institutionen. In Rom zum Beispiel ist der Prozeß der Dehospitalisierung in den Privatkrankenhäusern,<sup>3</sup> mit denen die Provinz Verträge geschlossen hat, kaum vorangekommen. Auf 9000 Patienten der Anstalten der Casa Divina Providenza entfallen nur 3% Entlassungen. Am 31.12.1980 laufen sämtliche Finanzierungsverträge zwischen der öffentlichen Hand und neuro-psychiatrischen Privateinrichtungen aus. Bei der Regierung ist aber schon jetzt ein Gesuch um zweijährigen Aufschub anhängig mit der Begründung, daß 15 000 Patienten aus den Privatkliniken Roms bei einer Entlassung keine Alternative haben.

In der Tat werden die 15 römischen Privatkliniken und die oben erwähnte Casa Divina Providenza mit ihren 10 500 Betten für 1979 98 Milliarden Lire ‚einnehmen‘ entsprechend den von der Region Latium und verschiedenen südlichen Provinzen entrichteten Pflegesät-

zen! Nicht ohne Bedeutung bleibt auch die Tatsache, daß in Süditalien 42,1% der Institutionen der Opera Pia<sup>4</sup> konzentriert sind, während dieselben Regionen nur 25,5% an öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern aufweisen.

Überprüft man diese ersten Zahlen unter einem anderen Gesichtspunkt, so hat weder das angekündigte Umverlegen von Patienten aus dem öffentlichen in den privaten Sektor stattgefunden, wie im voraus die angeblich ‚wohlmeinende‘ Presse argwöhnte, noch kam es zu wilden Entlassungen von Patienten, die dann der Straße überlassen, den Bürger mit dem Schreckgespenst der Verrücktheit konfrontiert hätten.

Aus der oben zitierten Untersuchung resultiert ebenfalls ein klarer Rückgang der Zwangseinweisungen bzw. -behandlungen:

	1977	1978/79
Zwangseinweisungen <sup>5</sup> bzw. behandlungen nach T.S.O. <sup>6</sup>	32 289	12 215
Freiwillige Aufnahmen	50 927	23 824
Freiwillige Wiederaufnahmen	—	41 071
Insgesamt	<u>83 216</u>	<u>77 110</u>

In Rom zum Beispiel waren 1977 2266 Zwangseinweisungen zu verzeichnen, während im Zeitraum vom 1.1978 bis zum 31.5.1979 die Zahl der Zwangsbehandlungen (T.S.O.) nur 364 erreichte. Gleichzeitig muß aber die Beschleunigung des Drehtüreffektes in dieser Anfangsphase der Entinstitutionalisierung festgestellt werden. Den Entlassungen entsprechen häufigere Wiederaufnahmen von Kranken, die früher zu längeren Aufenthalten gezwungen wurden.

Während die Untersuchung also einerseits positive Ansätze in der Ausführung des Gesetzes andeutet, bleibt doch das Problem der Versorgung mit sozialpsychiatrischen und komplementären Diensten offen und damit die Zukunft der entlassenen Patienten. Bekannt ist, daß viele Städte Mittel- und Süditaliens wegen allzu notdürftiger extramuraler Dienste oder wegen deren totalen Fehlens vor großen Schwierigkeiten stehen. Roms Situation ist ebenfalls prekär, wo für 4 Millionen Einwohner 80 psychiatrisch Tätige den gemeindenahen Diensten zugeteilt sind. Ferner geht aus der Untersuchung des C.N.R. hervor, daß die extramuralen Dienste im allgemeinen als bloße Ambulanz (durchschnittlich 6 Stunden Öffnungszeit pro Tag) konzipiert werden. Nur in einigen Fällen sind Einrichtungen mit Notdienst rund um die Uhr und an Feiertagen bereitgestellt worden.

Eine Analyse der Dichte von Wohngemeinschaften für ehemalige Patienten ergibt, daß 63% der nördlichen gegenüber nur 46% der mittelitalienischen Provinzen alternative Strukturen initiiert oder verwirk-

licht haben. In der Zwischenzeit sind einige freigewordene psychiatrische Abteilungen der Großkliniken für andere Verwendungen sozialer, schulischer oder gesundheitlicher Art umgestaltet worden mit dem Ziel ihrer langsamen Reintegration in die Stadtteile.

Weitere Daten betreffen die Einrichtung von Diagnose- und Behandlungsdiensten in Allgemeinkrankenhäusern (S.D.C.)<sup>7</sup>, die im § 6 des Gesetzes 180 vorgesehen sind:

	Anzahl der S.D.C.-Dienste	Bettenzahl
Norditalien	73	1027
Mittelitalien	28	325
Süditalien	48	672
Insgesamt	149	2024

Im Norden konzentriert sich der höhere Prozentsatz solcher Dienste. In einigen Provinzen ist es aber schon vor 1978 zu einer punktuellen Zusammenarbeit mit Allgemeinkrankenhäusern gekommen. Dabei wurden psychiatrische Langzeitpatienten wegen Allgemeinerkrankung, Alkoholiker oder gar Patienten des umliegenden Gebietes wegen akuter psychischer Störungen aufgenommen. Die Region Toskana hat zum Beispiel erreicht, daß alle ländlichen Krankenhäuser in der Lage sind, psychiatrische Einweisungen aufzunehmen. Damit wurde ein siegreicher Kampf geführt gegen die Einrichtung kleiner, rein psychiatrischer Abteilungen in städtischen Krankenhäusern mit ihrer spezifischen Logik („Wenn es leere Betten gibt, gilt es sie zu belegen. . .“) und ihren wenig flexiblen Zeit- und Personalplänen. In der Provinz Arezzo – ein weiteres Beispiel – werden Betten für psychiatrische Aufnahmen im allgemeinen in den Abteilungen für Innere Medizin zu Verfügung gestellt. Die entsprechende Versorgung im Krankenhaus wird von Mal zu Mal unter Berücksichtigung einer Kontinuität der Betreuung durch Mitarbeiter der extramuralen Dienste aus dem Einzugsgebiet des Erkrankten organisiert.<sup>8</sup>

## 2. Die gegenwärtige Herausforderung der italienischen Psychiatrie

Im Anschluß an diese sehr knappe Einführung seien noch einige Bemerkungen gemacht zur aktuellen Situation der italienischen Psychiatrie.

Auf der einen Seite gibt es das neue Psychiatriegesetz 180, das inzwischen in das Gesetz über die Gesundheitsreform eingefügt worden ist. Es ist im Unterschied zu anderen Gesetzestexten unmittelbar aus einer antiinstitutionellen Bewegung hervorgegangen, die schon seit Jahren

die Praxis des psychiatrischen Systems und insbesondere der Großklinik in Aufruhr hält. Das führe Gesetz 431<sup>9</sup> hingegen war 1968 ein von oben aufgesetzter, liberalisierender Versuch, die Krise der Psychiatrie zu beheben. Das neue Psychiatriegesetz enthält demgegenüber echte Fortschritte: 1. der juristische Begriff der „Gemeingefährlichkeit“ des „Irren“ ist beseitigt, 2. die Ursachen der Diskriminierung werden nicht mehr in der Krankheit selbst oder ihrer nosographischen Etikettierung gesehen, sondern in der Unzulänglichkeit der sozialen Organisation, welche die Bedürfnisse des Subjekts nicht befriedigen kann, 3. die therapeutische Betreuung orientiert sich an der Lebensgeschichte des Kranken, 4. der Schwerpunkt psychiatrischen Handelns wird mit Nachdruck auf die extramuralen, komplementären Dienste gelegt, 5. die stationäre Behandlung darf nur noch im äußersten Notfall erfolgen, 6. der Bau psychiatrischer Anstalten ist gesetzlich untersagt.

Auf der anderen Seite ist eine Reihe von beunruhigenden Problemen ungelöst. 42 000 psychisch Kranke bleiben weiterhin in Großkliniken hospitalisiert. Ihre Unterbringung kann man bestenfalls als Einkerkierung bezeichnen. Alternative Dienste kommen nur mühsam zustande. Das Gesetz 180 sieht in der Tat keine Vorgehensweise, keine Zeit- und Finanzierungspläne für die konkrete, materielle Überwindung der Großklinik vor. Mit der stationären Behandlung ist aber weiterhin die große Gefahr der Medikalisierung des disagio, des Unbehagens,<sup>10</sup> verbunden. Die Unita Sanitarie Locali (U.S.L.)<sup>11</sup> entstehen – durch staatlichen Bürokratismus und zählbeige Standesinteressen gebremst – nur zaghaf. Deshalb trifft man oft auf ambulante Einrichtungen, die, überlastet und auch isoliert von den übrigen sozialen Diensten, konfrontiert sind mit dem Zwang zur Normalisierung und zur Kontrolle immer größer werdenden Randgruppen. Da noch überall konkrete Möglichkeiten zu adäquaten Lösungen unter Ausklammerung des zerstörenden Klinikaufenthalts fehlen, ist die Gefahr, medikalisierte Wege einzuschlagen, stets gegeben. Dies bedeutet nämlich eine erneute Beschlagnahme der Krankheit durch die psychiatrische Fachdisziplin und eine Wiederausgrenzung des Leidens, wobei die Intervention auf die Akutsituation, ohne weitere epidemiologische Reflexe, beschränkt bleibt.

Die Aufnahme in ein Allgemeinkrankenhaus trägt nicht mehr den Stempel der Unheilbarkeit, der der Einweisung in Anstalten anhaftet, wirkt auch dem Gefühl des Selbstverschuldens der Krankheit entgegen, bleibt näher an der aktuellen Konfliktsituation und erleichtert so das Verständnis für die konkreten Erwartungen des Patienten ohne Regressionen größeren Ausmaßes zu provozieren. Andererseits werden mit der Aufnahme in ein Allgemeinkrankenhaus die Widersprüche nicht aufgehoben, die sich aus der vorhandenen schwerfälligen Hierarchie mit ihrer rigiden Rollenfestlegung und der Enteignung des Subjektes als

klinischer Fall ergeben. Deshalb ist man in vielen Provinzen bestrebt, kleine, vom übrigen Krankenhaus abgetrennte spezielle „Sedierungsabteilungen“ einzurichten – ein neuer Vorschlag zur isolierenden, ‚auswattierten‘ Bewirtschaftung der Widersprüche.

Die italienische Psychiatrie versucht die Dialektik zwischen der verbliebenen Irrenanstalt, den territorialen Diensten und den Allgemeinkrankenhäusern in offener Bewegung zu halten. In der Absicht, aus der ehemaligen Anstalt kein Chronikerheim zu machen, in den territorialen Diensten keine neuen Formen der Ausgrenzung zu praktizieren und aus den Allgemeinkrankenhäusern keine hochspezialisierten Ghettos werden zu lassen, stellt die italienische Psychiatrie eine Herausforderung an die traditionelle Psychiatrie dar.

Die psychiatrische Großklinik soll demokratisiert werden, ihre rigide Ordnung, die bestrafenden Regeln, ihre angeblich wissenschaftlich fundierte Logik werden zerstört. Das repressive psychiatrische Kustodialsystem ist in die Krise geraten. Die Sicherheit über die qualitative Trennung von Gesundheit und Krankheit, normal und abnorm, ist erschüttert. Anstrengungen vonseiten der Klinik und des Territoriums sind notwendig, um zu vermeiden, daß die Irrenhauslogik nach draußen übergreift.

Welchen Grad hat die Krise der Anstaltspsychiatrie in Italien, als Psychiatrie der Aussonderung und der Sanktion, erreicht? Diese Frage muß gestellt werden, da in der Gesellschaft weiterhin mit dem Begriff des Irren, des Gefährlichen und des Auszugrenzenden operiert wird. Und es ist richtig, „daß man den Mechanismus der Ausgrenzung analysieren muß, dort, wo er unablässig produziert wird, in seinen praktischen, ideologischen, kulturellen und von falschem Bewußtsein getragenen Aspekten. Im Projekt des C.N.R. „Prävention der psychischen Störungen“ ist intuitiv die Hypothese von der „diffusen Institution“ entstanden, die eine Ansammlung von erstarrten Rollen, Abgrenzungen, künstlichen Kompetenzen und Standesinteressen darstellt, also Inseln von verfehlten oder magelhaften Einsichten in die psychische Not und ihre weitere Bedeutung als Sozialindikator des Unbehagens.“<sup>12</sup>

Die aktuelle Aufgabe ist nun, die neuen Erfahrungen bekannt zu machen und eine zunehmende Verbreitung der sog. *verifica*<sup>13</sup> anzustreben. Nur so ist das Psychiatriegesetz zum aufklärenden Instrument zu machen. Soll die Arbeit dieser letzten Jahre, über die Sprengung der Großklinik hinaus, eine wirkliche Prävention und das Hervorbringen neuer Wissenschaft bedeuten, so muß das psychiatrisierende Vorgehen als Verschleierung der Not gesehen und der psychiatrische ‚Techniker‘ als Beauftragter der gesellschaftlichen Macht bloßgestellt werden.

Der psychiatrische Tätige in Italien muß gegenwärtig eine Identitätskrise und einen Mangel an historischer Dimension bewältigen. Die

Sicherheiten des traditionellen Psychiaters sind ihm abhanden gekommen. Der identitätsgebende Kampf gegen die Großkliniken ist insoweit siegreich geführt, als er jetzt durch das Gesetz 180 legitimiert ist. Andererseits fehlen dem Psychiater Maßstäbe für die neue Arbeitsweise und er bleibt ungeschützt vor dem immer noch herrschenden Zwang der Psychiatrie zur bloßen Normalisierung. In der Tat verbergen sich hinter der psychiatrischen Nachfrage noch die Parameter der klassischen Psychiatrie mit ihrer präzisen Definition der Norm und der strengen Abgrenzung, deren Verletzung mit Sanktion beantwortet wird. Der psychiatrisch Tätige steht vor einem ideologischen und institutionellen Vakuum nach dem Bruch mit der Irrenanstalt, die die Funktion hatte, den Gesunden vor dem Kranken zu schützen. Ziel des gegenwärtigen Wagnisses ist es, die Fähigkeit zu erlangen, hinter dem subjektiven Leiden die Welt der psychosozialen Bedürfnisse und ihren Ursprung wahrzunehmen und der Geschichte zurückzugeben. Sie wird nur verschleiert, sobald man das Sich-Nicht-Wohlfühlen als Krankheit definiert. Von einem materiellen Elend zu sprechen, reicht nicht mehr aus. Es muß das Vorhandensein eines breiteren sozialen Elends erkannt werden, das sich in verschiedensten Formen des Unbehagens ausdrückt, die bisher stets in Krankheit übergingen. Dies bedeutet auch, sich der Angst auszuliefern, ohne sie in Krankheitsschemata zu objektivieren, so daß hinter der Subjektivität das Bewußtsein der eigenen individuellen aber auch der sozialen Geschichte sichtbar wird.

Es ist notwendig die Normen in der Psychiatrie neu zu definieren, die als Ausdruck der Kontrollideologie in Gesellschaften mit fortgeschrittenem Kapitalismus herrschen. Ein Vergleich mit Ländern wie den USA oder Großbritannien zeigt, daß häufig aus einem sich zunehmend ausweitenden Versorgungsnetz eine „diffuse Institution“ entsteht. Diese Fehlentwicklung zwingt uns, andere Richtungen der Analyse, des Kampfes und der Intervention einzuschlagen. Es muß analysiert werden, wodurch die psychiatrische Nachfrage bestimmt ist, ob und wie sie sich stillschweigend wandelt gegenüber einer ungewohnten, nicht psychiatrisierenden Antwort. Die psychiatrische Intervention als ganze und besonders die Bedeutung der Prävention müssen untersucht werden – Prävention nicht nur verstanden als Vermeidung der Krise, sondern auch als Gewährenlassen andersartiger Verhaltensweisen, womit die normierende soziale Abgrenzung in Frage gestellt wird.

Diese Überlegungen waren nötig, denn es ist nicht ausgeschlossen, daß hinter dem Rückgang der stationären Aufnahmen nur eine Problemverschiebung in der psychiatrischen Nachfrage sich vollzieht. Um dieser Gefahr zu entgehen, muß man das Phänomen der chronischen Morbidität, aber auch die neuen Formen der Inanspruchnahme der offenen Dienste durch die verschiedenen sozialen Problemgruppen untersuchen.

Im Augenblick besteht die ‚politische‘ Gefahr darin, daß das an sich sinnvolle Psychiatriegesetz 180 nicht in die Praxis umgesetzt wird oder der Hinweis, die finanziellen Mittel zur Ausführung würden fehlen, als Alibi für die Aufrechterhaltung des status quo dient. Die Qualität des Gesetzes wird an den realen Veränderungsprozessen, welches es in Gang bringt, gemessen werden. Dazu bedarf es des Engagements der Politiker für die Realisierung von Wohn-, Arbeits- und rehabilitativen Möglichkeiten in Zusammenarbeit mit den Gemeinden der Patienten. Es heißt auch die gesetzlich vorgeschriebene Konstituierung der Unità Sanitarie Locali zu beschleunigen und die Dekrete über das Personal und seine Ausbildung zu verwirklichen. Das Gesetz 180 läßt viele Freiräume offen, die von den fortschrittlichen Kräften für eine weitere Auflösung der Großkliniken genutzt werden sollten. Es bedeutet konkret gemeinsame Anstrengungen: 1. um mit der Unterstützung der öffentlichen Hand Kooperativen zu bilden, in denen Kranke und Nicht-Kranke zusammen arbeiten, (Dies wird schon in einem Aretiner Projekt mit jungen Arbeitslosen durchgeführt) 2. für billige Wohnmöglichkeiten und auch Wohngemeinschaften, 3. um rehabilitative Einrichtungen für Langzeithospitalisierte in engem Kontakt mit den angestammten Gemeinden und integriert in die entstehenden USL zu schaffen und 4. um die Verbreitung der aus der antiinstitutionellen Bewegung hervorgegangenen Erfahrungen und Erkenntnissen, insbesondere um die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit in der Bevölkerung mit Debatten, Filmvorführungen und Stadtteilversammlungen.

## Anmerkungen

- 1 Gesetz Nr. 180 vom 13. 5. 1978, am 31. 5. 1978 in Kraft getreten über „Freiwillige und obligatorische Zwangsuntersuchungen und -behandlungen“; wurde zuerst als „Vorweg-Gesetz“ bezeichnet, ist aber jetzt integrierender Bestandteil des Gesetzes 833 (§§ 33–35) über die Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes.
- 2 Die Provinz ist innerhalb der Region ein aus mehreren Kommunen bestehendes, autonomes Selbstverwaltungsorgan. Die 20 Regionen und 94 Provinzen Italiens besitzen eigene Parlamente. Die Provinz war bis zum Inkrafttreten des Nationalen Gesundheitsdienstes am 1. 1. 1980 für die psychiatrische Versorgung zuständig. Diese Aufgabe ist jetzt auf die Region übergegangen.
- 3 Unter „Privatkrankenhaus“ oder „Privatklinik“ sind hier unterschiedslos Einrichtungen im freigemeinnützigen wie auch im privaten Bereich zu verstehen, d. h. alle Krankenhauseinrichtungen, die nicht direkt in der Zuständigkeit der Region, der Provinz oder der Kommune liegen. Das Nord-Süd-Gefälle wirkt sich auch hier aus und zwar so, daß die Krankenversorgung in Richtung Süden immer ‚privater‘ organisiert ist.
- 4 Opera Pia: Name des katholischen Wohlfahrtsverbandes, welcher mit eigenen Einrichtungen im Bereich der Krankenpflege und Wohltätigkeit einen Großteil der allgemeinen Fürsorge in Italien versieht.

- 5 Aufgrund des Gesetzes 36 vom 14. 2. 1904 „Verfügungen über die Irrenanstalten und die Irren“ galten alle in psychiatrische Kliniken aufgenommene Patienten als zwangseingewiesen. 1968 (Gesetz 431) wurde erstmals die Möglichkeit der Umwandlung der Zwangseinweisung in einen freiwilligen Aufenthalt gesetzlich vorgesehen.
- 6 *Trattamento Sanitario Obbligatorio* (T.S.O) heißt medizinische Zwangsbehandlung und ist in den Paragraphen 1 und 2 des Psychatriegesetzes 180 und 33 und 34 des Gesetzes über die Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes geregelt. Dabei wird zwischen den psychiatrischen Zwangsbehandlungen und den übrigen Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Medizin (wie z. B. bei Infektions- und Geschlechtskrankheiten) nicht unterschieden. Die Vereinheitlichung der Zwangsmaßnahmen kann sicherlich als Fortschritt gewertet werden. Dennoch sieht darin die progressive italienische Psychiatrie einen Kompromiß, hat sie doch die Abschaffung jeglichen Zwangs besonders auf dem Gebiet der psychischen Störungen von jeher verfochten. Freiwillige wie auch zwangseingewiesene Patienten werden ab 1978/79 in Allgemeinkrankenhäusern versorgt. Für die Wiederaufnahmen allerdings sieht das Psychatriegesetz (§ 8) die Möglichkeit vor, daß Patienten in die noch bestehenden psychiatrischen Kliniken aufgenommen werden können, vorausgesetzt, es ist ihr ausdrücklicher Wunsch und sie sind dort vor dem 31. 5. 1978 schon behandelt worden.
- 7 *Servizi Diagnosi e Cura* (S.D.C.) bedeutet Diagnose- und Behandlungsdienste für psychische Störungen der Allgemeinkrankenhäuser. Diese Dienste sind durch § 6 des Psychatriegesetzes 180 geregelt. Sie umfassen auch die extramuralen ambulanten Einrichtungen und bilden mit diesen ein Ganzes: das Departement für psychische Gesundheit.
- 8 Um eine quantifizierte Vorstellung über das Konzept des „neuen Arbeitsstils“ (der in den letzten Jahren als „Primat des Territoriums“ leicht zum Slogan wurde) in der Psychiatrie zu vermitteln, seien hier einige Daten über die psychiatrischen Dienste der Provinz Arezzo aufgeführt. Diese Daten sind zu werten im Kontext des Grundgedankens der Prävention als tendenzielle Restitution an die Gesellschaft der von ihr selbst verursachten und durch die Anstaltspraxis ausgegrenzten Widersprüche. Im Versorgungsdistrikt von Arezzo (200 000 Einwohner, d. h. ca. 2/3 der gesamten Provinzbevölkerung) sind 8 Psychiater, 49 Pflegekräfte, 5 Sozialarbeiterinnen tätig, die alle am Experiment der psychiatrischen Klinik von Arezzo beteiligt waren. Die Klientel des SIM (*Servizio d'Igiene Mentale* = Psychohygienischer Dienst) von Arezzo hat zwischen 1975 und 1977 stets zugenommen. Ab 1978 ist ein Rückgang von 1217 (1977) auf 932 Patienten zu verzeichnen, der als Hinweis auf eine verminderte Psychiatrisierung der Bürger hindeutet. Die Einweisungen in die psychiatrische Klinik sind von 450 (1974) auf 39 (1978), davon waren nur 4 Erstaufnahmen, zurückgegangen. 1978 wurden 46 Einweisungen in das Allgemeinkrankenhaus vorgenommen, 2 davon mit Zwangsbehandlung. Weitere 30 Patienten sind im Allgemeinkrankenhaus vom SIM betreut worden, obwohl sie wegen anderer gesundheitlicher Probleme eingewiesen waren. Wie wichtig die Arbeit dieser offenen Dienste zunehmend geworden ist, wird aus den obigen Angaben sehr deutlich. (Aus dem Bericht zum Haushaltspalm 1979 des *Consorzio Socio-Sanitario/Zone 58* von Arezzo).
- 9 Gesetz Nr. 431 vom 18. 3. 1968 über „Maßnahmen zur psychiatrischen Versorgung.“ Es betraf die Reorganisierung der Anstalten, der psychohygienischen Dienste wie auch die Möglichkeiten der freiwilligen Behandlung und der Umwandlung der Zwangs- in freiwillige Behandlung.

- 10 Unbehagen ist die Übersetzung des von der neuen italienischen Psychiatrie eingeführten Begriffes des „disagio“. Disagio ist die vage aber auch provokative Bezeichnung für einen Leidenszustand, der im Sinne einer Erweiterung des Gesundheitsbegriffes, vor allem auf gesellschaftliche Ursachen zurückzuführen ist.
- 11 *Unità Sanitaria Locale (U.S.L.)* ist die Örtliche Gesundheitseinheit, ein neues politisch-administratives Organ, durch das die Dezentralisierung des Gesundheitswesens, wie im Gesetz über die Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes (§ 10) vorgesehen, verwirklicht werden soll. Das Versorgungsgebiet umfaßt eine Bevölkerungszahl von 50 000 bis 200 000 Einwohnern, je nach geomorphologischen und sozioökonomischen Eigenheiten.
- 12 Pirella, A.: Einleitungsreferat des Kongresses „Psichiatria e Buon Governo“, Arezzo, 28. 10.–4. 11. 1979.
- 13 So bezeichnet die neue Psychiatrie einen Gruppenprozeß, der als Arbeitsinstrument zur Verifizierung, Überprüfung oder Entlarvung der eigenen und fremden Ansichten und Handlungen dient. Diese Wahrheitsfindung ist ein Bewußtwerdungsvorgang, der sowohl für die Kranken wie für die psychiatrisch Tätigen gilt. Bei den Kranken soll die Entfremdung zwischen der eigenen Person und der Erkrankung aufgehoben werden. Für die psychiatrisch Tätigen gilt die *verifica* als Kontrolle ihres Handelns.

## Literaturverzeichnis

- Basaglia, F.; P. Tranchina (Hrsg.): *Autobiografia di un movimento, 1961–79. Dal manicomio alla Riforma Sanitaria*. Firenze 1979.
- Documenti del Congresso „Psichiatria e Buon Governo“, Arezzo, 28. 10.–4. 11. 1979 hrsg. v. R. Misiti. Enth. u. a.:
- Pirella, A.: *Relazione introduttiva a „Il territorio e i servizi“*
  - Agostinelli, N.: *Il ruolo degli enti locali nella applicazione della Riforma Sanitaria*
  - Basaglia, F.; V. Accattatis; M. G. Giannichedda: *Problemi di legislazione psichiatrica nei paesi occidentali il caso italiano*
  - Marzi, V. (Hrsg.) *L'ospedale psichiatrico*
- Manacorda, A.; V. Montella: *La nuova psichiatria in Italia*. Milano 1977.
- Seppilli, A.; M. Mori; A. M. Modolo: *Significato di una riforma*. Roma 1976.
- Storia della sanità in Italia*. Hrsg. v. Centro Italiano di Storia Ospedaliera. Roma 1978.
- Tranchina, P.: *Norma e antinorma*. Milano 1979.

### *Zeitschriften:*

- Fogli di Informazione. Hrsg. v. A. Pirella und P. Tranchina. Pistoia 1 (1972)ff.  
Salute e Territorio. Firenze 1 (1978)ff.