



www.socialnews.it

Anno 5 - Numero 7
SETTEMBRE 2008

Una canzone dedicata
al disagio mentale
di Simone Cristicchi

Un cammino iniziato
trent'anni fa
di Francesca Martini

La follia è una
condizione umana
di Livia Turco

Non ideologizziamo
la salute mentale
di Carmelo Porcu

I luoghi chiusi della
mente
di Paola Binetti

Non abbandonarmi,
non mortificarmi
di Paolo Cendon

Un sistema allo specchio
di Matteo Balestrieri

Il problema sono le
risorse delle regioni
di Peppe Dell'Acqua

Storia ed evoluzione
della riforma psichiatrica
di Mario Novello

La 180 nelle scuole:
roba da matti
di Luigi Attanasio

con il contributo
satirico di Vauro Senesi

realizzazione e distribuzione gratuita

SOCIAL NEWS

Culture a confronto
Mensile di promozione sociale

"EDITORIA" MIGLIOR ESPERIENZA IN TEMA DI
"SELEZIONATE A LIVELLO EUROPEO"
EUROMEDITERRANEO 2008

QUANDO LA MENTE VOLA VIA



RIMANE IL GRIGIORE DELLA
PAZZIA

LA LEGGE BASAGLIA HA TRENT'ANNI



Copertine di
Paolo Maria Buonosante

INDICE

- 3. Un mondo da manicomio**
di Massimiliano Fanni Canelles
- 4. Una canzone dedicata al disagio psichico**
di Simone Cristicchi
- 5. Un cammino iniziato trent'anni fa**
di Francesca Martini
- 6. Non ideologizziamo la salute mentale**
di Carmelo Porcu
- 7. La follia è una condizione umana**
di Livia Turco
- 9. I luoghi chiusi della mente**
di Paola Binetti
- 10. I manicomi nel Novecento**
di Martina Seleni
- 11. Il problema sono le risorse delle regioni**
di Peppe Dall'Acqua
- 12. Il teatro come volano di salute e di comunità**
di Ivonne Donegani e Francesca Cigala
- 13. Un sistema allo specchio**
di Matteo Balestrieri
- 15. Disagio psichico**
di Cinzia Migani
- 16. La 180 nelle scuole: roba da matti**
di Luigi Attenasio
- 17. Psicoradio, la radio della mente**
di Maria Cristina Lasagni
- 18. Percorsi di "ordinaria follia"**
di Anna Giuffrida
- 19. Salute mentale**
di Angelo Fioritti
- 20. La nuova cultura anticriminale**
di Rossana Carta
- 21. I tanti nomi dei nuovi manicomi**
di Liliana Loretu
- 22. C'è qualcosa di nuovo, anzi d'antico...**
di Emilio Lupo
- 23. La legge antimanicomi**
di Maria Luisa Zardini
- 24. Fra psichiatria e psicologia**
di Silvana Contento
- 25. Volevamo che i nostri cari fossero aiutati**
di Gisella Trincas
- 27. Storia ed evoluzione della riforma antimanicomi**
di Mario Novello
- 28. A cosa servono oggi i "ludica"**
di Daniele Bombardi
- 29. Non abbandonarmi, non mortificarmi**
di Paolo Cendon
- 30. Quando la malattia mentale colpisce un minorenne**
- 31. Le riflessioni di un giudice tutelare**
da Gloria Carlesso

I SocialNews precedenti

Anno 2005 - Tsunami, Darfur, I genitori, Fecondazione artificiale, Pedopornografia, Bambini abbandonati, Devianza minorile, Sviluppo psicologico, Aborto.
Anno 2006 - Mediazione, Malattie croniche, Infanzia femminile, La famiglia, Lavoro minorile, Droga, Immigrazione, Adozioni internazionali, Giustizia minorile, Tratta e schiavitù.
Anno 2007 - Bullismo, Disturbi alimentari, Videogiochi, Farmaci e infanzia, Acqua, Bambini scomparsi, Doping, Disagio scolastico, Sicurezza stradale, Affidi.
Anno 2008 - Sicurezza e criminalità, Sicurezza sul lavoro, Rifiuti, I nuovi media, Sport e disabili, Energia.

Direttore responsabile:

Massimiliano Fanni Canelles
Dirigente medico azienda sanitaria n°4

Direttore editoriale:

Luciana Versi

Redazione:

Capo redattore
Claudio Cettolo
Redattore
Lisa Vit
Satira e grafica
Paolo Buonosante giornalista pubblicista
Ufficio legale
Silvio Albanese
Giornale on-line e segreteria
Paola Pauletig
Relazioni esterne
Martina Seleni
Correzione ortografica
Tullio Ciancarella, Elena Volponi
Newsletter
David Roici
Spedizioni
Alessandra Skerk
Responsabili Ministeriali
Serenella Pesarin (Direttrice Generale Ministero Giustizia),
Donatella Toresi (Vice Prefetto Aggiunto Ministero dell'Interno),
Paola Viero (UTC Ministero Affari Esteri)
Responsabili Universitari
Cristina Castelli (Professore ordinario Psicologia dello Sviluppo Università Cattolica), Pina Lalli (Professore ordinario Scienze della Comunicazione Università Bologna), Maurizio Fanni (professore ordinario di Finanza Aziendale all'Università di Trieste), Francesco Pira (professore aggregato di Comunicazione Pubblica e Sociale Università di Udine), Tiziano Agostini (professore di Psicologia all'Università di Trieste)

Responsabili e redazioni regionali:

Maria Rosa Dominici (Regione Emilia Romagna), Ivana Milic (Regione Friuli Venezia Giulia), Angela Deni (Regione Lazio), Manuela Ponti (Regione Lombardia), Grazia Russo (Regione Campania), Elena Volponi (Regione Piemonte), Rossana Carta (Regione Sardegna), Salvatore Garofale (Regione Sicilia)

Collaboratori di Redazione:

Luca Casadei
Paolo Falconer
Anna Giuffrida
Alessandro Maria Fucili
Elisa Mattaloni
Cristian Mattaloni
Enrico Sbriglia
Martina Seleni
Cristina Sirch
Claudio Tommasini

Con il contributo di:

Simone Cristicchi
Francesca Martini
Carmelo Porcu
Livia Turco
Paola Binetti
Martina Seleni
Peppe Dell'acqua
Ivana Donegani
Francesca Cigala
Matteo Balestrieri
Cinzia Migani
Luigi Attenasio
Maria Cristina Lasagni
Anna Giuffrida
Angelo Fioritti
Rossana Carta
Liliana Loretu
Emilio Lupo
Maria Luisa Zardini
Silvana Contento
Gisella Trincas

Mario Novello
Daniele Bombardi
Paolo Cendon
Giorgia Carlesso

Periodico
Associato



Grafici a cura di:

Mauro Volpatti

Questo periodico è aperto a quanti desiderino collaborarvi ai sensi dell'art. 21 della Costituzione della Repubblica Italiana che così dispone: "Tutti hanno diritto di manifestare il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni mezzo di diffusione". Tutti i testi, se non diversamente specificato, sono stati scritti per la presente testata. La pubblicazione degli scritti è subordinata all'insindacabile giudizio della Redazione: in ogni caso, non costituisce alcun rapporto di collaborazione con la testata e, quindi, deve intendersi prestata a titolo gratuito.

Tutte le informazioni, gli articoli, i numeri arretrati in formato PDF li trovate sul nostro sito:
www.socialnews.it

Per qualsiasi suggerimento, informazioni, richiesta di copie cartacee o abbonamenti, potete contattarci a:
redazione@socialnews.it

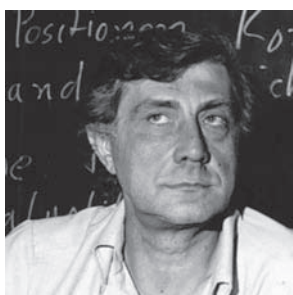
Registr. presso il Trib. di Trieste n. 1089 del 27 luglio 2004 - ROC Aut. Ministero Garanzie Comunicazioni n° 13449

Proprietario della testata: Associazione di volontariato @uxilia onlus www.uxilia.fvg.it - info@uxilia.fvg.it

Stampa: AREAGRAFICA - Meduno PN - www.areagrafica.eu

Qualsiasi impegno per la realizzazione della presente testata è a titolo completamente gratuito. Social News non è responsabile di eventuali inesattezze e non si assume la responsabilità per il rinvenimento del giornale in luoghi non autorizzati. È consentita la riproduzione di testi ed immagini previa autorizzazione citandone la fonte. Informativa sulla legge che tutela la privacy: i dati sensibili vengono trattati in conformità al D.L.G. 196 del 2003. Ai sensi del D.L.G. 196 del 2003 i dati potranno essere cancellati dietro semplice richiesta da inviare alla redazione.

Franco Basaglia



Nato a Venezia l'11 marzo 1924, è stato il maggior rappresentante della psichiatria italiana del Novecento. A lui si deve l'introduzione in Italia della "legge 180/78", dal suo nome chiamata anche Legge Basaglia, che introdusse una importante revisione sull'ordinamento dei manicomi ed è stata l'apripista di una nuova concezione dell'assi-

stenza sanitaria intesa come processo unitario di presa in carico della persona considerata nella sua universalità, unicità e condizione sociale.

Con questa legge la malattia mentale viene infatti sottratta alla medicalizzazione fatta di farmaci, contenzione e trattamenti invasivi con scopi più esorcizzanti che terapeutici del problema mentale (esempio emblematico è l'elettroshock) per essere assimilata dagli operatori come un unicum di iniziative assistenziali-sociali-integrative.

Dopo aver conseguito la maturità classica, nel 1949 si laurea in Medicina e chirurgia all'Università di Padova. Nel 1953 si specializza in Malattie nervose e mentali. Lo stesso anno sposa Franca Onagro che sarà coautrice con lui di alcune opere sulla psichiatria ed entrerà in Parlamento per la Sinistra Indipendente. Nel 1958 Basaglia diventa docente universitario in Psichiatria ma a causa delle idee anticonformiste non viene apprezzato dal collegio accademico. Nel 1961 rinuncia alla carriera universitaria e si trasferisce a Gorizia per dirigere l'ospedale psichiatrico. Dopo due anni si trasferisce a Parma per dirigere l'ospedale di Colorno. Nell'agosto del 1971, diviene direttore del manicomio di Trieste dove istituisce una cooperativa per incentivare e retribuire il lavoro dei malati di mente. Nel 1973 Trieste diventa "zona pilota" nella ricerca dell'OMS sui servizi di salute mentale. Nello stesso anno Basaglia fonda il movimento Psichiatria Democratica. Nel 1977 viene annunciata la chiusura del manicomio di Trieste e l'anno successivo, il 13 maggio 1978, in Parlamento viene approvata la legge 180 di riforma psichiatrica. Nel novembre del 1979 lascia la direzione di Trieste e si trasferisce a Roma, dove assume l'incarico di coordinatore dei servizi psichiatrici della Regione Lazio. Il 29 agosto 1980, nella sua casa di Venezia, muore per un tumore al cervello.



Si ringrazia il Modavi onlus per la collaborazione.

Un mondo da manicomio

di Massimiliano Fanni Canelles

Franco Basaglia sosteneva che "un malato di mente entra nel manicomio come 'persona' per diventare una 'cosa'. Il malato, prima di tutto, è una 'persona' e come tale deve essere considerata e curata (...) Noi siamo qui per dimenticare di essere psichiatri e per ricordare di essere persone". Franco Basaglia ha rivoluzionato il pensiero della scienza psichiatrica, ha modificato il concetto di malato mentale, ha abolito i sistemi terapeutici lesivi per la dignità umana come l'elettroshock e le camicie di forza. Ha rivisto il concetto di "malato mentale" inteso come "rifiuto" e lo ha restituito ad una condizione umana. Su queste basi è nata la legge 180, che ha permesso finalmente la chiusura dei manicomi-lager e la nascita dei centri di salute mentale con un'organizzazione territoriale. Il 13 maggio del 2008 c'è stato il trentennale della Riforma della Psichiatria varata proprio grazie alla legge 180 del 1978. Dare soggettività a chi non viene considerato come essere umano era in quegli anni un obiettivo che poi è stato condiviso non solo in Italia ma dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Libro verde sulla salute mentale approvato dal Consiglio dell'Unione Europea nell'ottobre 2005 e che l'Europarlamento nel 2006 ha preso come modello in una risoluzione per modificare il sistema sanitario europeo. Dopo trent'anni di applicazione però il diritto alla salute mentale non è ancora efficacemente garantito su tutto il territorio nazionale. Rimangono forti differenze fra le regioni e all'interno di queste. È spesso scarsa la presenza di strutture alternative ai manicomi e, laddove presenti, gli stessi Centri di Salute Mentale tendono ad offrire risposte esclusivamente di tipo ambulatoriale e tecnico ma non aiuti concreti e terapeutici al malato e alla sua famiglia. Alcune analisi preoccupanti evidenziano come la tutela del paziente, il recupero sociale e lo sviluppo di un modello assistenziale allargato sul territorio siano rimasti inattuati. Non va poi dimenticato il nodo irrisolto del superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari dove, tra gli oltre 1200 internati, vi sono persone che rimangono rinchiusi solo perché fuori non hanno alternative.

Se escludiamo la Legge numero 6 del 9 gennaio 2004 che ha istituito la figura dell'amministrazione di sostegno a tutela di chi, pur avendo difficoltà nel provvedere ai propri interessi, non necessita comunque di ricorrere all'interdizione o all'inabilitazione, nessuna rielaborazione o rivisitazione della legge 180 è riuscita ad essere approvata. Uno dei nodi cruciali è la condizione dei malati non collaborativi che, non riconoscendo la loro malattia, rifiutano le cure e pertanto con la legge vigente è difficile introdurre al trattamento di cui avrebbero bisogno. Situazione questa che spinge alcune associazioni, ma anche alcuni parlamentari, a chiedere una ridefinizione della 180 ed in particolare del trattamento sanitario obbligatorio (TSO) verso forme di cura obbligatorie. In Italia l'ultimo manicomio è stato chiuso nel 2002. I problemi di salute mentale rappresentano quasi il 20% del totale delle malattie. Almeno una persona su quattro, in un periodo della propria vita, soffre a causa di un problema mentale. La possibilità di trattamento sanitario obbligatorio è limitata solo ai momenti più acuti e drammatici. Circa la metà delle persone che soffrono di depressione non vengono mai curate. Una percentuale oscillante fra il 44% e il 70% di coloro che soffrono di problemi mentali non si è mai sottoposto ad alcuna terapia. Forse, per tutelare questi malati e per garantire a loro e alle loro famiglie una vita degna di essere vissuta, sarebbe il caso che il problema della salute mentale venisse maggiormente sentito dalle istituzioni come priorità.

Simone Cristicchi
Cantautore, Vincitore del 57° Festival di Sanremo.

Una canzone dedicata al disagio psichico



Qualche anno fa, mi sono reso conto di come la musica potesse divenire un "mezzo" per veicolare cose molto più importanti di una melodia piacevole o di una canzone smielatamene romantica, come ce ne sono troppe in giro. Durante i miei concerti ho cominciato a raccontare in maniera naturale le storie di alcuni amici "Matti", conosciuti in una clinica psichiatrica, e da lì è nato tutto. "Ti regalerò una rosa", la canzone che ha vinto il Festival di Sanremo, è stata scritta di getto, in un pomeriggio. Il testo prende spunto dalla lunga ricerca negli ex-manicomi italiani (ne ho visitati dieci) per la realizzazione del mio libro "Centro di Igiene Mentale", dove sono presenti 35 lettere mai spedite dal Manicomio di Volterra. Sono documenti rari di gente internata, alla quale veniva negata anche la possibilità di comunicare con il mondo esterno. Questa barriera invalicabile, questo silenzio imperdonabile, diventa la metafora del pregiudizio e dello stigma legato ai malati di mente, ancora oggi. "Ti regalerò una rosa" diventa quindi una lettera spedita alla nostra società, colpevole di una paura ingiustificabile, colpevole di aver dimenticato la ricchezza che si può trovare dall'altra parte di quel cancello. Inizialmente, la canzone era nata per far parte della colonna sonora del mio documentario, e poi, invece... Strano il destino! Alcuni mi hanno accusato di aver usato un tema come quello della disabilità mentale per arrivare al successo. Non ci sono rimasto male, perché le critiche che mi sono state mosse venivano da gente che non sapeva e non voleva sapere cosa stavo facendo, e, soprattutto, cosa avevo fatto. Sono stato attaccato da alcuni psichiatri (con quale coraggio?!) e difeso dai Mat-

ti, sono stato oggetto di tesi di laurea e allo stesso tempo di parodie demenziali. La cosa che mi resterà sempre dentro è tutta la gente che mi ha scritto testimoniandomi affetto e dandomi forza, centinaia di persone che ho incontrato e che mi hanno raccontato una storia: persone in grave difficoltà, soprattutto madri e padri di ragazzi con disturbi psichici, che, tra le lacrime, chiedevano aiuto. Questo silenzio dura da troppi anni ormai: è un silenzio intriso della disperazione di chi non riceve alcun tipo di supporto dalle istituzioni, immobilizzate dalla burocrazia, per colpa di una legge che non ha garantito la necessaria assistenza, non solo a chi soffre, ma anche a chi deve tenere sulle spalle il peso di un malato in casa. Quindi mi viene da ridere se penso a chi parla senza conoscere, alla "bella gente" che giudica quello che ho fatto restando in superficie: penso che da parte mia ce l'ho messa tutta. "Ti regalerò una rosa" rimarrà semplicemente una canzone e sarei molto felice che fosse ricordata negli anni, ma la cosa ben più importante è che non bisognerebbe dimenticare mai il problema di cui parla.

Sono andato a Sanremo per presentare un "Progetto" che comprendeva "Dall'altra parte del cancello", un documentario auto-prodotto sul mio viaggio negli ex manicomi (abbiamo anche organizzato una proiezione per la stampa in un cinema di Sanremo!), un libro in cui raccontavo le mie esperienze, uno spettacolo teatrale che portavo in giro da 3 anni. Non una sola canzone. Sinceramente, se mi fossi presentato solo con quella canzone, per quanto bella, sarei stato più "attaccabile". Mi dispiace, ma meglio di così non avrei potuto fare. E credo che il pubblico mi abbia premiato per questo.

Cosa penso dei "matti"? Fin da piccolo sono stato attratto da questi personaggi non proprio normali... alcuni abitavano proprio nella mia stessa via. Mi fermavo a parlare con loro, cercavo di capire il loro mondo. Poi, crescendo, ho avuto altre esperienze, con un impatto maggiore: le cliniche, il Cim, gente che parlava da sola, urlava, si strappava i capelli...

Ma non ho mai avuto paura, in realtà. Al contrario, ho sempre sentito una simpatia nei confronti di queste anime fragili e posso dire di aver trovato la purezza anche dove sembra non possa esistere. Non vorrei sembrare retorico o romantico: i "matti" riescono a stupirmi sempre. Non ho mai sottovalutato queste persone, anzi. In molti casi, è grazie all'incontro con loro che sono cresciuto, che sono diventato quello che sono oggi. I veri "matti" in senso negativo, sono le persone

che hanno la presunzione di conoscere la verità, l'arroganza di esercitare un potere sugli altri, i maleducati, i superficiali. I "matti" in senso positivo sono quelle persone che cercano un briciolo di sana follia in qualsiasi cosa e tentano di rendere migliore questo mondo. Forse gli artisti... sono dei veri matti.

In effetti, anche in me riconosco un pizzico di "follia". Mi sento un po' schizofrenico, tanto da aver creato un alter-ego di nome Rufus, che ogni tanto spunta fuori nei miei spettacoli. A volte, però, mi sento anche un po' autistico, al punto che nel mio primo album, "Fabbricante di canzoni", c'è una canzone a me dedicata, che ha proprio questo titolo.

La diversità è la più grande ricchezza del nostro vivere insieme. Accorgersi di essere diversi aiuta a rapportarsi con l'altro, a rivedere i propri confini, a guardarsi allo specchio e migliorarsi. Purtroppo, molte volte, siamo noi stessi la fonte della nostra paura, con le nostre contraddizioni, gli istinti repressi, le bugie. La poetessa Alda Merini dice che "il vero manicomio è dentro la nostra testa". Fin quando non ne abatteremo i muri, saremo sempre legati dalla camicia di forza della presunzione e della nostra cecità. Non riusciremo veramente ad amare.

Vorrei poter continuare questo percorso, senza però essere etichettato come il "portavoce dei Matti". In fondo ci sono tanti artisti che si occupano del sociale. Io sono uno dei tanti, che però ha avuto la fortuna di essere ascoltato da milioni di persone. Dopo Sanremo, infatti, ho deciso di portare in teatro, per una serie limitata di repliche, una nuova versione del mio spettacolo "Centro di Igiene Mentale", con il sottotitolo "Nuove Storie dal Manicomio del Mondo", affiancato da due attori bravissimi, nuove canzoni e monologhi. È stato un modo per portare sul palcoscenico le nuove testimonianze raccolte da Sanremo in poi.

Inoltre, ho ideato "Lettere dal Manicomio", una serie di filler (pillole di pochi minuti) prodotti da Cult Tv, coinvolgendo in prima persona dei grandi attori come Gigi Proietti, Claudia Pandolfi e Luca Lionello, i quali hanno interpretato le lettere mai spedite dei ricoverati, raccolte negli archivi del manicomio di Volterra. È un progetto molto bello che purtroppo ha avuto poca visibilità. Chi lo desidera, può vedere le pillole pubblicate su YouTube. Per concludere, un messaggio alle famiglie che ogni giorno si confrontano con un parente che presenta questo tipo di disagio: spero dal profondo del cuore che la rosa, in qualche modo, sia arrivata anche a voi.

Francesca Martini

Sottosegretario di Stato – Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Un cammino iniziato trent'anni fa

Sono passati trent'anni dalla promulgazione della Legge Basaglia, provvedimento che ha introdotto un sostanziale cambiamento socio-culturale nella cura delle malattie mentali. Molto resta ancora da fare, per garantire risposte adeguate, sia in termine di cura che di integrazione sociale, al malato e ai suoi familiari. Il primo passo? Ripartire dalla dimensione "local".

La salute mentale rappresenta oggi la grande sfida dei paesi civilizzati sia in termini di contenimento ma anche in termini di risposte.

Ricorre quest'anno il trentennale di una legge che è stata importante perché ha spostato il pilastro assistenziale, nei confronti della sofferenza mentale, dall'idea di reclusione, e quindi di esclusione, all'idea di territorializzazione dei servizi.

Senza dubbio in questi 30 anni molte cose si sono fatte anche se la territorializzazione dei servizi, poiché legata proprio al grande tema della flessibilità, della presa in carico globale della persona, della capacità di continuità assistenziale tra ospedale e territorio, alla possibilità di relegare soltanto alla fase acuta la degenza del paziente, senza dubbio alcuno, ha bisogno ancora di molta attenzione ma soprattutto di sinergie rinnovate.

Io credo che la filosofia ispiratrice di questa impostazione sia una filosofia assolutamente vincente. La persona con sofferenza mentale ha bisogno di trovare la possibilità di vivere la sua condizione con un supporto assistenziale che sappia colmare il gap tra quella che è la fase acuta, (quindi eventuale rimodulazione della terapia, eventuale rivalutazione della condizione clinica del paziente) e la possibilità di dimissioni precoci; ma soprattutto deve avere la possibilità di frequentare un centro diurno, di trovare dal proprio psichiatra territoriale una risposta immediata e soprattutto di poter guardare in maniera sempre più ampia alla sua integrazione sociale.

Per questo credo che il grosso degli investimenti che dovranno essere sviluppati dalle Regioni, dovrà essere erogato proprio nell'ambito dei servizi del territorio.

Da Assessore alle Politiche Sanitarie della Regione Veneto avevo promosso la prima Conferenza Regionale sulla Salute Mentale, peraltro già investi-

ta del ruolo governativo, nella piena consapevolezza che oggi tra moltissime regioni vi sia uno squilibrio sostanziale. Uno squilibrio soprattutto a monte di destinazione dei fondi e di capacità di gestire un modello che abbia un'efficacia calata sul territorio.

Per questo motivo credo che il modello veneto di integrazione socio-sanitaria rappresenti soprattutto per quanto riguarda la patologia mentale uno dei modelli più efficaci. Per quanto riguarda la sofferenza mentale non credo che lo stigma vissuto da sempre per questo tipo di patologia sia completamente superato.

Sulla pazzia vi è ancora la volontà di, in qualche maniera, separazione rispetto ai cosiddetti "sani". E questo purtroppo è un fattore di civiltà che ha bisogno ancora di qualche passo in avanti.

Però quello che sta crescendo in maniera esponenziale oltre ad un'incidenza patologica di disturbi mentali gravi, come la schizofrenia o la paranoia, con un trend costante, e l'esplosione di quelle cosiddette zone grigie o patologie border line, che oggi sempre di più affliggono la nostra epoca. In particolare mi riferisco alla depressione, a tutte quelle situazioni che non vengono colte in ambito familiare, ma addirittura nascoste. Così come quelle situazioni che vengono negate dallo stesso paziente.

Su questo tema, sulla capacità di raccogliere la sofferenza e interpretarla, anche nelle sue fasi precoci, credo che si giochi la strategia vincente.

Oggi più che mai anche la medicina di famiglia deve essere capace di raccogliere questi segnali che il paziente fornisce, di segnalare quindi il disagio, gli effetti correlati alla sofferenza psichica come ad esempio i disturbi del sonno, i disturbi comportamentali o gli scatti d'ira che spesso vengono visti come nervosismo e stress mentre invece nascondono delle situazioni di vera sofferenza che poi purtroppo sfociano



nei sempre più frequenti casi di cronaca a cui assistiamo.

Esistono situazioni critiche della vita quotidiana in cui una persona tendenzialmente normale, di colpo evidenzia disturbi gravissimi che portano a gesti inconsulti. Ad esempio, per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria, credo che i servizi sociali debbano stare molto vicini a persone in via di separazione.

Molti di questi casi hanno al centro proprio una sofferenza psichica e mentale legata a traumi in cui spesso vengono coinvolti anche i minori. Su tutto questo credo si giochi una grande sfida da mettere in atto, ossia quella di sviluppare una psichiatria sempre più attenta alle terapie innovative, alla capacità di spesa sui farmaci innovativi e alla necessità di un confronto a livello internazionale, perché questo è un dibattito europeo all'interno dell'OMS.

Al di là delle gradi strategie però ritengo che la sofferenza psichica si affronta sul local: sulla vicinanza territoriale e sulla capacità di prendere in carico la persona nelle varie fasi della malattia.

Non ideologizziamo la salute mentale

L'interpretazione troppo ideologica della 180 porta di fatto ad un vero e proprio abbandono dei malati e delle loro famiglie. L'aspetto più drammatico della situazione consiste nello stato di solitudine nel quale sono lasciate le famiglie, che devono gestire realtà che possono essere troppo grandi per le loro forze: si tratta di situazioni spesso drammatiche, intollerabili.

Prima della legge 180 in Italia il malato di mente era visto solamente come un problema da risolvere tramite il ricorso alle uniche strutture allora esistenti, i manicomi: la dignità umana dei malati indubbiamente non veniva presa in grande considerazione, ma andava posposta a molte altre esigenze. Da questo punto di vista la legge di cui parliamo ha portato una benefica rivoluzione, introducendo l'idea che i malati mentali non sono delle persone da internare ma delle persone da seguire, anche al di là del manicomio, in un contesto di recupero sociale. Da questo punto di vista, l'intervento di Basaglia è stato assolutamente positivo ed ha permesso un radicale cambio di marcia. Ci sono, però, delle correnti di pensiero che hanno ideologizzato il concetto di malattia mentale: qualche scienziato è arrivato addirittura a non riconoscere in questo tipo di disagio una malattia. Si è caduti in una situazione opposta a quella che si cercava di migliorare: se prima si rinchiusa la gente nei manicomi, con un'interpretazione troppo estremista della legge 180 si è arrivati alla negazione della malattia mentale. In questo modo non si vogliono vedere le gravi conseguenze che possono insorgere se i malati di mente non vengono curati con terapie appropriate per i loro disturbi. L'interpretazione troppo ideologica della 180, inoltre, porta di fatto ad un vero e proprio abbandono dei malati e delle loro famiglie. L'aspetto più drammatico della situazione consiste infatti nello stato di solitudine nel quale sono lasciate le famiglie, che devono gestire realtà che possono essere troppo grandi per le loro forze: si tratta di situazioni spesso drammatiche, intollerabili. Sono inimmaginabili i drammi che si consumano tra le mura domestiche in seguito all'insorgere di una malattia mentale che nessuno vuole curare. E se le strutture pubbliche, accanto alla comprensione umana ed alla possibilità di un moderno intervento socio assistenziale, offrissero anche la possibilità di

una vera e propria cura, a trarne vantaggio sarebbero non solo le famiglie, non più costrette a combattere da sole la loro tragedia, ma anche la società stessa: la popolazione inizierebbe a sentirsi tutelata da quelle situazioni di pericolo che un malato di mente non curato può provocare. Da questo punto di vista c'è una carenza normativa molto forte: con la legge 180, se un malato di mente vuole curarsi può farlo, ma se non vuole curarsi nessuno può costringerlo: ma non si può pretendere che una persona affetta da problemi psichici sia tanto responsabile da volersi curare! In questi casi si dovrebbe vietare al malato la possibilità di non curarsi: l'esigenza che egli guarisca, senza lederne la dignità umana né comprometterne i diritti civili di cui tutti godiamo, dovrebbe avere il sopravvento. Il problema del conflitto tra il diritto del paziente psichico di essere libero e la sensazione di pericolo che la popolazione percepisce di fronte alla libertà di elementi psicotici, è in effetti un problema grave, che risiede nel fatto che la società vede che il disagio psichico non è curato in maniera appropriata. È per questo che si crea l'insicurezza nei confronti dei malati! Per tutti questi motivi è assolutamente necessaria una rivisitazione della legge 180. Io non sono per il suo stravolgimento totale: mi sembra che la ricostituzione dei manicomi sarebbe fuori da ogni contesto civile. Ma dico anche che non pensare ad interventi sanitari per la cura dei malati di mente è un assurdo: la carenza normativa della 180 ha bisogno di essere colmata con una opportuna riforma. In Italia se ne parla da molti anni, anche sull'onda di episodi particolarmente drammatici di cui si sono occupati sia il mondo giornalistico che il mondo culturale: questo dibattito dovrà trasformarsi in un intervento di tipo normativo. L'attuale legislatura dovrà farsi carico di un riesame della 180: alla Commissione Affari Sociali, di cui faccio parte, sono già stati presentati parecchi testi per la riforma della psichiatria. Nei prossimi



mesi ce ne occuperemo, e lo faremo cercando la collaborazione di tutte le parti politiche: questo è un problema che coinvolge tutti quanti e pertanto è il classico tema per cui non vale la pena di dividersi destra o sinistra ma si deve trovare un accordo bipartisan. Credo in ogni caso che si debba favorire la cura dei malati mentali, senza andare contro la libertà umana dei soggetti più deboli ma nello stesso tempo prendendo a riferimento ciò che avviene negli altri stati europei. La legge Basaglia, alla quale riconosco di aver dato un segnale positivo, deve essere rivisitata per evitare che le famiglie si sentano sole con i loro drammi e che la società possa sentirsi continuamente minacciata dagli incidenti che questi malati, non sufficientemente curati, possono provocare. La questione, ripeto, deve essere affrontata con comunione d'intenti da tutte le parti politiche, senza andare a ledere il diritto alla libertà personale ma prevedendo forme di assistenza sanitaria importanti e rimodernando l'impalcatura della legge.

Livia Turco
Deputato alla Camera, componente Commissione Affari Sociali,
già Ministro della Salute.

La follia è una condizione umana

"In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere". Franco Basaglia.



I trenta anni che ci separano dall'approvazione della legge 180 e della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale ci offrono l'opportunità di un bilancio complessivo dell'applicazione di queste due leggi che hanno realmente cambiato il modo di intendere la tutela della salute dei cittadini.

In qualche modo, potremmo addirittura convenire sul fatto che la 180 sia stata l'apripista di una nuova concezione dell'assistenza sanitaria, intesa come processo unitario di presa in carico della persona considerata nella sua universalità, unicità e condizione sociale.

La malattia mentale viene sottratta alla mera medicalizzazione fatta di farmaci, contenzione e trattamenti invasivi con scopi più esorcizzanti che terapeutici, come l'elettroshock. Viene assimilata dagli operatori come un unicum di iniziative assistenziali-sociali-integrative che partono da un grande obiettivo, che voglio ricordare con le parole di Franco Basaglia: "La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, in-

vece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere".

Oggi possiamo dire che la psichiatria italiana si confronta con i temi della inclusione sociale, della qualità della vita e della valorizzazione delle capacità dei pazienti, proprio grazie alla scelta di chiudere i manicomi come luoghi dell'esclusione.

Una scelta che è divenuta punto di riferimento in Europa. La quale, attraverso il "Libro verde sulla salute mentale" presentato lo scorso anno, ha riconosciuto la necessità di chiudere le grandi istituzioni di ricovero psichiatrico considerandole produttrici di stigma e cronicità.

Come sapete, l'esperienza del Governo Prodi si è chiusa prima del tempo e non ci ha consentito di realizzare appieno tutti i nostri obiettivi. Tra questi figurava una nuova assunzione di responsabilità verso la galassia salute mentale, attraverso il pieno coinvolgimento di tutti gli attori, operatori, servizi di assistenza, associazioni di volontariato, malati e loro familiari.

Un lavoro interrotto bruscamente dalla crisi di Governo che, tuttavia, qualche traccia ha lasciato. A partire dalle linee guida approvate in Conferenza Stato Regioni lo scorso 20 marzo per dare nuovo impulso alle politiche di promozione della salute mentale, rafforzare gli interventi nell'ambito dell'età evolutiva e favorire la precocità degli interventi e la collaborazione fra tutti i servizi per una migliore presa in carico dei pazienti.

Patrimonio comune resta anche il lavoro svolto dalla "Consulta per la salute mentale", istituita nel novembre 2006 e che, per la prima volta, portava all'interno del Ministero della Salute, in modo sistematico e progettuale, i diversi punti di vista medici, sociali, assistenziali e personali dei pazienti coinvolgendo pazienti, familiari, operatori e volontariato impegnati in Italia con molteplici esperienze associative.

La rinnovata attenzione posta in questo settore nasceva, infatti, dalla necessità di riappropriarci di una vera politica per la salute mentale dopo anni di sostanziale disinteresse.

Un disinteresse testimoniato dalla progressiva riduzione dei fondi e degli investimenti e da un sostanziale allontanamento dallo spirito della legge 180 che hanno caratterizzato la politica del centro destra nelle passate legislature e che temo possano caratterizzare anche quella dell'attuale Governo. Con il rischio di aggravare ulteriormente quella percezione diffusa di abbandono dei malati e delle loro famiglie da parte delle istituzioni.

Per questo avevamo pensato fosse importante riannodare quei contatti, quelle sensibilità e quelle esperienze, maturate in questi decenni di attività dai servizi di tutela della salute mentale e dal mondo delle associazioni, con l'obiettivo di ridare centralità al problema del disagio psichico.

Per questo avevamo indicato la necessità della "Seconda Conferenza nazionale sulla salute mentale", a otto anni dalla prima ed unica conferenza sul tema indetta nel 2000 dall'allora ministro Veronesi, con al centro un prioritario grande obiettivo: quello di ridare centralità alla psichiatria di comunità, intesa come capacità di prendersi cura delle persone e delle loro famiglie in modo complesso e intersettoriale e non limitato agli aspetti strettamente medici e farmacologici.

Un impegno trasversale che deve coinvolgere le Regioni, il Ssn e le altre istituzioni locali, ma anche la scuola, la cultura e il mondo del lavoro, a testimonianza di una rinnovata attenzione sociale e di civiltà di tutto il Paese.

Nello specifico, si dovrà operare per la diffusione in tutte le Regioni di quelle forme organizzative che hanno dato risultati d'eccellenza (le cosiddette buone pratiche) ed attivare progetti finalizzati nelle situazioni più critiche. Il sistema dei servizi dovrà essere radicato nei territori, integrato con l'area

sociosanitaria, capace di andare incontro ai bisogni reali degli utenti, per assicurare la presa in carico, la continuità terapeutica ed il reinserimento lavorativo di soggetti che hanno attraversato problematiche psicologiche e psicopatologiche.

Occorrerà infine promuovere e valorizzare, come basilare scelta di metodo, il protagonismo delle persone affette da disturbo mentale. È in questa prospettiva che va sempre sostenuta la partecipazione delle associazioni, dei pazienti e dei familiari, per favorire la conoscenza e lo sviluppo di una pluralità di forme di auto-aiuto e per attivare programmi volti ad incrementare lo sviluppo delle reti sociali primarie e secondarie, fornendo aiuti concreti alle famiglie. E ciò favorendo il ruolo di partner delle cooperative sociali nei progetti di vita, di integrazione lavorativa e di recupero di contrattualità sociale delle persone affette da disturbo mentale.

Tutti obiettivi ai quali abbiamo lavorato nei due anni di Governo Prodi attraverso diverse iniziative, di studio e analisi progettuale ma anche di pratica concreta del "fare assieme", coinvolgendo pazienti, famiglie, associazioni e operatori, in esperienze attive di lotta allo stigma. Come quella del viaggio a Pechino, promosso dal Ministero della Salute e da alcune associazioni la scorsa estate e che ha coinvolto oltre 200 partecipanti tra malati, familiari e operatori, in un viaggio in treno dall'Italia alla capitale della Cina. Un'iniziativa nata proprio per contrastare i pregiudizi nei confronti della malattia mentale nella comunità, per promuovere l'inclusione sociale delle persone affette da malattie psichiche e tutelare i loro diritti fondamentali e la loro dignità. Per suscitare, infine, un'attenzione positiva da parte dell'opinione pubblica sui protagonisti del mondo della salute mentale.

Questa è la via e su questo terreno continueremo a lavorare in Parlamento e nel Paese per non tornare indietro, come vorrebbero ampi settori dell'attuale maggioranza, ma andare avanti verso quella vera integrazione e presa in carico che è la sola risposta da dare a chi soffre e ha bisogno del nostro supporto e aiuto. Tutti i giorni e, a volte, per tutta la vita.

I manicomi nell'Ottocento

Il viaggio del dottor Bonacossa nei manicomi europei.

Siamo agli inizi dell'Ottocento. Nei manicomi si trovano i folli, ma anche i sifilitici, chi ha malattie croniche della pelle, semplici esaurimenti oppure è diventato scomodo o scandaloso per la famiglia. I pavimenti sono umidi, in pietra con un breve canale che conduce ad un buco dove viene fatto scolare lo sporco. Alle finestre inferriate, le porte sono spesse e non c'è nessuno strumento per il riscaldamento invernale, ovunque un tanfo incredibile deriva dai bagni. I letti in ferro sono pochi, per lo più sono cassoni di legno con paglia per dormire e inoltre gabbie per gli isterici. Stefano Bonacossa, un dottore di Torino, compie un viaggio nei vari manicomi europei e nel 1838 scrive nel suo diario che le prime cause di pazzia per la donna sono: eredità, stravizi ed abuso di liquori, conseguenze di parto, sifilide, colpi sul capo, disturbi della mestruazione, gelosia ed amore contrariato, esaltazione religiosa. Anche l'epilessia è considerata come pazzia, come l'ambizione e la cattiva condotta. Le stesse cause sono simili per gli uomini aggiungendo l'eccesso negli studi. Nei manicomi ci sono parecchi mezzi di coercizione, il corsaletto di forza (che si chiamerà poi camicia di forza), le maniche di cuoio, pastoie di catene di ferro e all'occorrenza alcuni malati vengono legati agli alberi nei cortili. Ma come venivano curati i malati di mente? Si usavano salassi generali e parziali, ghiaccio sul capo, bagni tiepidi prolungati, docce fredde, purganti, cauterio alla nuca con potassa caustica, che veniva anche usata per le donne senza mestruazioni strofinandogliela sulle cosce. Se di notte i malati diventano irrequieti o nervosi ecco che arriva l'oppio. In alcuni manicomi criminali i letti sono legati ai muri, i pazienti vestiti miseramente e alle pareti lamine di ferro con anelli ai quali legare gli agitati. Se ci sono dei luoghi nei quali i malati sono trattati con decenza, sono le strutture private, mentre in moltissimi luoghi pubblici sono rinchiusi in grotte e prigioni, trattati come bestie feroci, bastonati, incatenati oppure sottoposti al supplizio della fame e della sete. Oggi sono passati 160 anni dal viaggio del dottor Bonacossa, ricordato nell'androne dell'ex Manicomio di Collegno (Torino) con una targa, e 30 dalla legge 180 detta Basaglia, che ha dato l'impulso alla chiusura di quei luoghi. Musil, in "L'uomo senza qualità" scriveva: «Se un cavallo a ogni tentativo di cavalcarlo si comporta da matto, viene governato con cura speciale, gli si danno i finimenti più morbidi, i migliori cavalieri, il foraggio più scelto e il trattamento più paziente. Se invece un cavaliere commette qualche mancanza, lo si ficca in una gabbia piena di pulci, lo si priva del mangiare e lo si ammanetta».

Tratto da: <http://guide.supereva.it>

GENERAZIONI

**LIBRI, LIBRI... BASTA CON QUESTI LIBRI.
FIGLIOLO, IO ALLA TUA ETA' AVEVO BEN
ALTRE IDEE PER LA TESTA**



Paola Binetti

Deputato alla Camera, componente Commissione Affari Sociali,
Neuropsichiatra infantile, professore ordinario di storia della medicina.

I luoghi chiusi della mente

Entrare in manicomio appariva come una condanna definitiva, impossibile guarire, evidente era la mortificazione della propria dignità personale, anche per quanto atteneva alla cura della propria persona, igiene, tono umano. Nell'immaginario collettivo, la legge 180 è legata alla chiusura dei manicomi e alla messa in libertà di tutti i pazienti. Accanto alle teorie di Basaglia cominciavano però ad apparire farmaci di nuova generazione che lasciavano sperare di poter intervenire efficacemente sui gravi disturbi dell'umore e sulle crisi schizofreniche acute.



Ancora oggi, a distanza di 30 anni, l'idea di Manicomio evoca la sensazione di un luogo chiuso, opprimente. Un luogo in cui la libertà individuale del paziente è associata ad una serie di violenze reali e simboliche, non tanto fisiche quanto psicologiche, in nome di un valore come la sicurezza altrui. In manicomio veniva ricoverato il paziente psicotico, ma anche l'anziano demente, il soggetto ritenuto pericoloso perché violento e il giovane ritardato... Il Manicomio era prevalentemente un luogo di isolamento e di possibile protezione per il paziente e per il contesto sociale, ma scontava il prezzo di un'assoluta mancanza di psicofarmaci adeguati a controllare la complessa varietà di sintomi che la malattia mentale ancora oggi è in grado di esprimere.

È difficile oggi immaginare i manicomi di allora. Occorre ricorrere a qualche immagine di documentari, a qualche sequenza particolarmente significativa di film, a documentazioni fotografiche, ma, soprattutto, alla memoria di pazienti ricoverati, del personale che se ne faceva carico, medici ed infermieri. Dei familiari. Ciò che appare ancora oggi drammatico è il carattere di irrevocabilità che assumeva nella maggio-

ranza dei casi: entrare in manicomio appariva come una condanna definitiva. Impossibile guarire e altrettanto difficile migliorare, in quel contesto e in quelle condizioni. Mancanza di farmaci, povertà di misure volte a creare forme differenziate di ergoterapia e di socioterapia, senso di diffusa inutilità e spesso mortificazione della propria dignità personale, anche per quanto atteneva alla cura della propria persona, igiene, tono umano. Oggi, manicomi così sarebbero impensabili. Ma già verso la fine degli anni 70 iniziarono importanti cambiamenti, legati ad una trasformazione culturale, diffusa soprattutto tra gli psichiatri, che si fondava sull'integrazione di farmaci specifici e di psicoterapia. Si trattava di una vera e propria rivoluzione copernicana: la diffusione di una cultura, che oggi potremmo definire patient centered, poneva il paziente al centro del sistema di diagnosi e cura, non isolandolo, ma integrandolo nel contesto sociale. La rivoluzione concettuale sta nel fatto che, mentre prima si riteneva che fosse il paziente psichiatrico ad essere potenzialmente pericoloso o inadeguato nel contesto sociale, per cui andava isolato per proteggere lui ed il contesto stesso, ora si considerava del tutto inadeguato, quando non ostile, il contesto in cui il paziente era stato posto. La dimensione sociale del trattamento si affacciava a quella farmacologia e, in molti casi, la sorpassava e la oscurava. Il paziente aveva bisogno di socializzazione. In questo clima andò maturando la legge 180 ed il dibattito intorno ad essa, che coinvolse gran parte della opinione pubblica.

La 180 compie trenta anni e non c'è dubbio che in questo periodo ci siano stati forti mutamenti sul piano sociale, scientifico, politico. A suo tempo, la legge ebbe il grande merito di richiamare l'attenzione dell'intero Paese sulle problematiche specifiche legate alla salute mentale, facendo riflettere tutti sul disagio psichico come cifra della post-modernità, segno concreto di quel mal di vivere che risente di un'infinita

complessità di fattori e che non è ascrivibile solo a cause di ordine puramente biologico. Lo stesso concetto di malattia mentale fu messo sub-iudice e molti distinguo si fecero sul concetto di normalità psichica.

L'idea forte a cui faceva riferimento la 180 era quella che restituiva al paziente psichiatrico la sua suprema dignità di soggetto libero, chiamato ad essere protagonista di tutte le sue scelte, anche di quelle apparentemente più scomode come l'eventualità di un ricovero ospedaliero. Il TSO venne circondato da un sistema di regole complesse che dovevano servire a garantire il paziente, evitando usi impropri o addirittura veri e propri abusi.

Nell'immaginario collettivo, la 180 è legata alla chiusura dei manicomi e alla messa in libertà di tutti i pazienti ricoverati, come se un colpo di spugna avesse cancellato la malattia di cui soffrivano e la penosa sensazione di reclusione a cui erano esposti, spesso senza alcuna speranza di poter uscire, se non guariti, almeno significativamente migliorati.

Alcuni manicomi di allora sono stati attualmente convertiti in splendide strutture di tipo universitario, come è ad esempio accaduto al manicomio di Arezzo, attuale sede della Facoltà di lettere o a quello di Roma, prossima sede distaccata della facoltà di Lettere della Sapienza. Si trattava di grandi edifici, immersi in parchi vastissimi, in cui vivevano persone anche da 10-20-30 anni, come se per compensarle del fatto di non farle uscire, si fosse dilatato lo spazio interno, in modo da attutire la sensazione di isolamento. Nel 1978, accanto alle teorie di Basaglia sulla apertura dei manicomi, cominciavano anche ad apparire farmaci di nuova generazione che lasciavano sperare di poter intervenire efficacemente sui gravi disturbi dell'umore e sulle crisi schizofreniche acute. L'idea di incrociare un trattamento farmacologico ad hoc con una nuova percezione di sé, più libero e più responsabile, e con quella che allora si chiamava ergoterapia, o in senso più

I manicomi nel Novecento

Camice di forza, collari, manette, guanti senza dita, apparecchi per l'elettroshock. Oggi chiunque giudicherebbe questi oggetti con orrore, come l'espressione di pratiche violente e disumane. Trattamenti assolutamente antiterapeutici, che portano alla follia. Eppure, era così che fino a pochi decenni fa venivano curati i malati di mente in Italia. Se l'opportunità di abolire i mezzi coercitivi veniva ventilata già all'inizio del '900, infatti, la prassi di utilizzare tali strumenti di contenimento non venne abbandonata fino agli anni 60-70. In quegli anni i manicomi svolgevano prevalentemente una funzione di "contenitore sociale": un luogo, insomma, dove rinchiudere gli elementi pericolosi o che avrebbero potuto dare pubblico scandalo. La funzione di queste strutture, quindi, era solo in minima parte di cura: la popolazione che vi veniva ospitata era costituita in gran parte da disabili, disadattati sociali, emarginati, alcolisti e tossicodipendenti. C'era anche chi in manicomio ci nasceva e ci restava tutta la vita. Il ricovero, deciso da altri, era obbligatorio e spesso durava fino alla morte. A partire dagli anni '50 inizia a fiorire un fervido movimento di de-istituzionalizzazione che teorizza una nuova cultura antimanicomiale. Il fulcro di questa rivoluzione di pensiero è Trieste, dove grazie all'iniziativa dello psichiatra Franco Basaglia si cominciano a sperimentare soluzioni alternative al ricovero in ospedale per la cura dei malati di mente. "Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità e della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento", dice Basaglia nel 1964. Così, appena diviene direttore del manicomio di Trieste, lo psichiatra istituisce laboratori di pittura e di teatro per i pazienti. Contemporaneamente si fa strada anche l'idea della prevenzione con il lavoro nella comunità: nasce una cooperativa per la quale i pazienti iniziano a svolgere lavori riconosciuti dalla società e regolarmente retribuiti. Questa stagione di grande entusiasmo arriva al culmine con l'annuncio della chiusura del manicomio di Trieste nel 1977 e si traduce, a livello legislativo, nella legge 180 di riforma psichiatrica, approvata in Parlamento il 13 maggio 1978. Sulla legge Basaglia, diventata un punto di riferimento imprescindibile per la psichiatria nazionale e forse anche internazionale, ferve oggi un vivace dibattito politico. Se tutti concordano nell'attribuirle il merito di avere ridato ai pazienti psichici la loro suprema dignità di soggetti liberi, si ritiene anche che essa possa essere rimodernata sulla base dei forti mutamenti avvenuti sul piano sociale e scientifico negli ultimi trent'anni. Nella direzione, in primis, di un maggior sostegno alle famiglie dei malati che, se lasciate da sole, possono trovarsi a dover affrontare situazioni più grandi di loro.

Martina Seleni
Giornalista

ampio socioterapia, definiva la possibilità di attivare un progetto terapeutico integrato in cui ogni paziente avrebbe trovato salute, dignità, speranza. Il rapporto restava però ancorato da un lato al disegno terapeutico dello specialista e dall'altro al paziente, nella sua singolarità e nella sua autonomia. Una relazione medico-paziente forte e del tutto peculiare, ma anche inattuabile se si pensa all'assoluta carenza di personale specializzato, tuttora denunciata e che non consente di garantire al paziente tutta la psicoterapia di cui avrebbe bisogno.

La famiglia restava ai margini di quella cultura, mentre nell'ipotesi della integrazione sociale, da tutti auspicata come il vero fattore innovativo della legge, non si mettevano adeguatamente in conto la mancanza di risorse umane, culturali ed economiche. E forse c'era un eccesso di ottimismo nei confronti della psico-farmacologia. Il paziente restava spesso solo con le sue angosce e le sue paure.

Di fatto, chiusi i manicomi, avviati i centri territoriali con scarsità di mezzi, in poco tempo il carico di cura si è proiettato tutto sulle famiglie, che si sono trovate impreparate a gestire l'intensità del disagio psichico dei loro familiari malati. Per il profondo coinvolgimento emotivo che la stretta convivenza comporta e per la stessa mancanza di risorse che contraddistingue le difficoltà dei centri territoriali, le famiglie sono rapidamente andate incontro a processi profondamente usuranti sul piano fisico e psicologico, fino a rendere ancora più complessa la prospettiva del recupero.

La famiglia, talvolta causa del disagio

psicologico delle persone più fragili, è il luogo di una convivenza sempre più disagiata, in cui tutti soffrono senza riuscire a venirne fuori. Molti diventano vittima di un contagio che indebolisce le naturali risorse affettive, sociali ed organizzative.

Ignorando la famiglia, la 180 ha scippato al malato una delle risorse più concrete e spesso non sostituibili. È nel supporto alla famiglia che va cercata la chiave di revisione della 180. Qualcuno teme che rivedere la 180 significhi rimettere i pazienti psichiatrici in cliniche, più o meno moderne, più o meno attrezzate, come se si volesse ricreare dei manicomi di nuova generazione. Non si tratta di isolare questi pazienti dal loro contesto, per proteggere non si sa bene se loro o la società, ma di ricostruire una rete di rapporti sociali forti, cominciando dalla famiglia, a cui vanno garantite risorse nuove e rinnovabili. Occorre fare lo sforzo di pensare in modo creativo, per mettersi davvero dalla parte del paziente, senza stereotipi e senza utopie. Non bisogna enfatizzare improponibili richieste di indipendenza quando invece il paziente chiede di non essere lasciato solo e sollecita una relazione di aiuto efficace. Occorre aiutarlo a gestirsi restando nella sua famiglia, creando le condizioni perché stia il più possibile a suo agio. Accanto a team terapeutici fortemente qualificati, servono anche tutori familiari con competenze socio-assistenziali, per coprire la totalità dei bisogni materiali ed assistenziali del paziente-in-famiglia e della famiglia-con-familiare-paziente...



Peppe Dell'Acqua

Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste.

Il problema sono le risorse delle regioni

Nel campo dell'assistenza psichiatrica le differenze tra diverse regioni e, nell'ambito della stessa regione, tra diversi dipartimenti sono talora abissali e oramai non più giustificabili. Sebbene la rete dei servizi sia sufficientemente diffusa, sono ancora insufficienti la qualità delle pratiche, l'accesso ai servizi, la continuità terapeutica.

Per cominciare credo si debba dare per acquisito che la Legge 180 è una legge buona e realizzata, l'unica forse, della grande stagione delle riforme, che resiste all'impatto revisionista, alla moda della rilettura. Con la Legge 180 il nostro paese ha fatto una scelta di campo chiara. Continuare a dibattere su di essa non serve ad altro che alimentare alibi per non parlare delle distratte politiche regionali, delle inefficienti organizzazioni aziendali, dei poteri, dei saperi e dei modelli delle psichiatrie ancora centrati sulla riduttiva visione della malattia.

In trent'anni, in parlamento sono state depositate più di 30 proposte di riforma o di cancellazione della Legge 180. Proposte di legge che, più che migliorare le cure, gli investimenti, le strutture, solo possono ridurre i margini di libertà, di dignità, di possibilità che quel cambiamento ha restituito alle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale e alle loro famiglie.

Il problema vero è, come ho detto, l'articolazione dell'offerta regionale e locale di servizi e risorse. Le Regioni, oggi, rappresentano 20 sistemi sanitari e nel campo dell'assistenza psichiatrica le differenze tra diverse regioni e, nell'ambito della stessa regione, tra diversi dipartimenti sono talora abissali e oramai non più giustificabili.

Esperienze di impensabili cambiamenti radicate in molti luoghi, a nord come a sud, in città grandi e in piccoli paesi, in cooperative sociali e associazioni, confermano continuamente quella scelta iniziale e, malgrado le differenze delle pratiche, della quotidianità e delle risorse impegnate, le persone da una condizione di tutela ritornano nel contratto sociale, a una condizione di diritto. Diritto come risarcimento, come riconoscimento, come possibilità. La legge 180 non ha fatto altro che questo. Il legislatore si è chiesto se anche per gli internati, i malati di mente, dovesse valere l'articolo 32 della Costituzione: "....diritto alla cura e alla salute nel rispetto della libertà e della dignità...." e ha risposto che sì. Da allora non più lo Stato che costringe alla cura, che interna, che interdice per difendere l'ordine e la morale; non più il malato di mente "pericoloso per sé e per gli altri e di pubblico scandalo", ma una persona bisognosa di cure.

Un cittadino cui lo Stato deve garantire, e rendere esigibile, un fondamentale diritto costituzionale. Da allora siamo stati in grado di vedere e ascoltare persone, storie, relazioni e non diagnosi, malattie, oggetti. Persone che faticosamente guadagnano margini più ampi di possibilità per esprimere bisogni, per alimentare desideri, per scoprire i propri sentimenti. Per curarsi e spesso guarire.

In quegli anni, ossia il decennio 1968/'78, nel campo della salute mentale si sono prodotte accelerazioni, innovazioni, cambiamenti inconfondibili col resto degli altri paesi occidentali. Il confronto con le leggi e le organizzazioni della salute mentale dei paesi europei, per esempio, mostra con chiarezza la distanza dai nostri percorsi. Si coglie in quelle legislazioni la scelta di un campo "altro": leggi e norme, in Francia come in Gran Bretagna, in Germania come in Belgio, che mettono al primo posto la malattia, la clinica, la diagnosi, il rischio, la pericolosità, la disabilità; ospedali, letti, ricoveri coatti, contenzione, porte chiuse; indebolimento del diritto, tutela, destini ineluttabili e percorsi separati.

Sorprendente è stata ed è nel nostro paese la crescita della consapevolezza delle persone che fanno o hanno fatto l'esperienza del disturbo mentale, i familiari, i cittadini coinvolti, la loro presenza attiva nel pretendere risorse sensate, organizzazioni di servizi concrete, possibilità di vivere la propria vita. Basterebbe ricordare la carriera che intraprendeva il "malato di mente" dell'internamento per comprendere il senso del cambiamento.

Dati raccolti negli ultimi 6 anni dall'Istituto Superiore della Sanità confermano clamorosamente il percorso avviato nel '78: le strutture per la salute mentale sono diffuse, ovunque sono presenti servizi ospedalieri per acuti, e strutture residenziali. Questa rete di servizi si è sviluppata assieme alle associazioni di persone che hanno vissuto l'esperienza del disturbo mentale, che rivendicano la propria storia, che ci raccontano le loro svolte, le conquiste, che ci dicono come è possibile vivere malgrado la malattia; associazioni di familiari che fino all'altro ieri erano condannati alla vergogna, all'isolamento, a sentirsi colpevoli della malattia o di presunte relazioni malate

covate all'interno della famiglia. Nuove figure sono entrate sulla scena e costituiscono impensabili risorse e incredibili opportunità per tessere reti, strategie, alleanze. Tanto che il campo del lavoro terapeutico è realmente cambiato. Pensando alla grande esplosione italiana della cooperazione sociale, impossibile non vedere le infinite opportunità che proprio a partire dai manicomi si sono offerte alle persone con disturbo mentale per formarsi, entrare nel mondo del lavoro, riprendere un ruolo sociale e familiare.

Oggi in Italia ci sono 211 dipartimenti di salute mentale (DSM), uno ogni 200 mila abitanti e circa 800 centri di salute mentale (CSM), mediamente uno ogni 80 mila abitanti. 4200 posti letto nei servizi di diagnosi e cura ospedalieri (SPDC), che sono più di 200 (in circa i 2/3 di questi, tuttavia, si utilizza la contenzione e le porte sono chiuse) e 4500 posti letto nelle cliniche private, con maggiore concentrazione nel Lazio e in Calabria. Infine ci sono più di 18 mila posti residenziali. La distribuzione e la qualità dei servizi sul territorio nazionale non seguono la dicotomia Nord-Sud. Ci sono buone esperienze in quasi tutte le regioni anche se, sui grandi numeri, la differenza tra Nord e Sud risulta evidente. Si può dire, osservando i dati della ricerca, che un quarto dei DSM è costituito da buoni servizi e risponde con efficacia alla domanda di cura e di sostegno. Alcuni servizi raggiungono livelli d'eccellenza (ci sono circa 50 centri di salute mentale aperti 24 ore 7 giorni su 7), un quarto dei servizi risultano estremamente poveri, male allocati, incapaci di offrire un livello adeguato di risposte e diventano produttori di esclusione, marginalità e "cronicità". Un lavoro sufficiente nella rimanente metà. Programmi appena adeguati passibili di notevoli miglioramenti se solo si mettesse mano, come sta avvenendo per esempio in Sardegna, con intelligenza e lungimiranza ai Piani Regionali per la salute mentale e a sensate linee d'indirizzo e riferimenti a standard condivisi. La situazione calabrese è esemplare: malgrado coraggiosi interventi di operatori, familiari e cittadini, ci sono concentrazioni in istituti che ancora resistono, un privato aggressivo che parassita il sistema pubblico. C'è la Sicilia con residenze

gestite dai privati da 40 posti letto e con degli affari non difficili da immaginare e servizi territoriali estremamente precari. Ci sono regioni dove i servizi territoriali sono pochi e mal finanziati, a favore di un privato sociale e mercantile che offre un numero esuberante di comunità (così dette terapeutiche) e di posti letto che assorbono la gran parte delle risorse disponibili e, dall'altra parte, SPDC mal collegati con il territorio, in genere chiusi, dove si esercita la contenzione e un uso massiccio di psicofarmaci. È più evidente che altrove in queste regioni un'organizzazione che conferma un modello medico psichiatrico fondato sulla malattia

acuta da una parte e sulla malattia cronica dall'altra. Da una parte i servizi ospedalieri, dall'altra le Comunità. Come se le persone che vivono l'esperienza non potessero esistere al di fuori di queste due riduttive categorizzazioni. Sebbene la rete dei servizi sia sufficientemente diffusa, sono ancora insufficienti la qualità delle pratiche, l'accesso ai servizi, la continuità terapeutica. Insufficiente e incomparabile con altri paesi europei l'investimento delle risorse. Si utilizza per la salute mentale non più del 2,5/3% della spesa sanitaria globale. Le associazioni dei familiari, gli operatori, i cittadini coinvolti, le associazioni delle

persone che vivono l'esperienza vorrebbero almeno il 5%. Nei paesi europei, in Francia per esempio, si spende circa il 9%, nei Paesi nordici si arriva a oltre il 12%. In questi paesi tuttavia gli esiti, la qualità delle cure e delle strutture non sono certo migliori dal momento che persiste una cultura psichiatrica che continua a sostenere ospedali, reparti di massima sicurezza, legislazioni basate sul rischio e sulla pericolosità; lunghi ricoveri, cronicità, stigma. E le associazioni dei familiari di questi paesi continuano a essere molto critiche e a guardare con interesse al "modello italiano".

Il nuovo Governo ha dichiarato, attraverso i suoi parlamentari, l'intenzione di modificare, alcuni, più esagitati, dicono "mettere al rogo", la Legge 180 e tutte le ideologie di "quella sciagurata temperie". Puntuali, 3 senatori, due lombardi e uno emiliano, hanno depositato in Senato l'ennesima proposta di modifica della legge. Questa volta non propongono improbabili richieste di servizi, di reti, di risorse, di sostegno alle famiglie o di strutture con giardino ma vanno al cuore del problema. Propongono Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) che possono realizzarsi senza le garanzie previste nelle prime 48 ore, che durano 30 giorni e oltre. Istituiscono un TSO così detto riabilitativo (!) di almeno 6 mesi, rinnovabile, che può essere attuato anche in strutture private. La buona intenzione è quella di sottrarre peso alle famiglie, restituire sicurezza ai cittadini e controllo efficace per le persone "malate di mente" gravi, croniche e pericolose.

Di fatto finirebbero per privare le persone con disturbo mentale e i loro familiari di quelle possibilità, di quelle speranze su cui consapevolmente contano per continuare a lottare per una ripresa, una svolta, una guarigione che oggi sentono alla loro portata. Le proposte di modifica della legge, come il ricorso ossessivo alla questione della sicurezza cominciano, nel concreto, a limitare, appesantire i margini tuttora esigui di libertà e di autodeterminazione delle persone con disturbo mentale.

Il vice sindaco di Milano, lo scorso settembre, «a seguito di un ennesimo fatto di sangue ad opera di uno squilibrato» ha chiesto alle aziende ospedaliere che i responsabili dei DSM forniscano la lista dei "malati di mente" in contatto coi servizi di salute mentale e abitanti nelle case popolari e ritenuti "socialmente pericolosi". Dice il vice sindaco che bisogna mettere a punto dispositivi per controllare, circoscrivere, assicurare i cittadini. Che il vice sindaco (di AN) chieda un tanto si capisce. Gli psichiatri milanesi si sono affrettati a fornire le "liste di proscrizione".

Questo si capisce un po' meno.

Il teatro come volano di salute e di comunità

L'abolizione dei manicomi ha reso possibile per i cittadini italiani, unico paese al mondo, un enorme mutamento culturale e sociale. Possiamo dire, senza paura di essere smentiti, che la legge 180 ha salvato dalla morte civile migliaia di persone sofferenti.

La legge 180 fu promulgata dal nostro parlamento su stimolo di quel grande movimento di innovazione culturale e sociale che fu Psichiatria Democratica, guidata da Franco Basaglia e ha introdotto un grande mutamento del pensare e dell'agire psichiatrico.

Le innovazioni delle tecniche di cura, là dove vengono applicate, hanno reso possibile sconfiggere sia la tendenza all'isolamento sociale delle persone sofferenti, sia la tendenza del corpo sociale ad avere atteggiamenti di paura ed espulsione sulla base del pregiudizio della pericolosità ed imprevedibilità. Ciò è accaduto anche grazie alla capacità della nuova psichiatria di uscire da una visione strettamente clinica e di incontrare altri saperi in grado di produrre profondi cambiamenti nell'animo umano.

L'arte e le tecniche artistiche attraverso i linguaggi diversi della musica, della danza, del disegno, del teatro, hanno favorito processi innovativi nei trattamenti terapeutici e riabilitativi. In particolare, il teatro è un potente strumento di cambiamento per lo stretto rapporto che c'è tra espressione creativo-artistica e processo di regolazione emozionale e trasformazione cognitiva.

Che senso ha dunque per un DSM, struttura operativa della nuova psichiatria, promuovere attività come quelle del teatro?

Il teatro permette di sollecitare, sviluppare e potenziare competenze intellettive, cognitive, comunicative, relazionali, espressive ed artistiche.

Con il teatro, la riabilitazione si apre a nuove forme atte a cogliere i bisogni di espressione dei pazienti e a rendere possibili attività che danno gratificazione e piacere e che allo stesso tempo contribuiscono a migliorare le capacità relazionali e sociali.

Attraverso il processo creativo emergono potenzialità inespresse: l'azione teatrale le facilita ed orienta. Giocando altri ruoli da sé, finalizzando in senso creativo l'immaginazione e coinvolgendo le proprie emozioni, mettendole in scena, addestrandosi a modularle e gestirle, il paziente migliora la conoscenza di sé, la propria flessibilità e capacità adattativa, affina competenze comunicative, impara ad interagire in maniera più appropriata nel contesto recitativo e quindi nel contesto relazionale e sociale più allargato.

Tramite l'attività teatrale il paziente riacquisisce una maggiore sicurezza in se stesso; la sua qualità di vita migliora, i rapporti interpersonali diventano più vitali e meno conflittuali, il funzionamento emotivo più sintonico.

E, in più, può acquisire una professionalità e dunque la possibilità di lavorare.

Attraverso la realizzazione di un'opera teatrale, e ancor più della sua rappresentazione in pubblico, i pazienti/attori testimoniano con forza il loro diritto (e quello delle persone che, come loro, soffrono di un disturbo psichico) di inclusione sociale contribuendo a rimuovere pregiudizi, ad incrinare immagini quali pericolosità, inaffidabilità, inutilità, sollecitando nella collettività una maggiore consapevolezza della dignità del paziente psichiatrico e dei suoi diritti di cittadinanza.

Nella rappresentazione degli spettacoli realizzati dalle compagnie in cui recitano i nostri pazienti si produce così un duplice effetto: oltre al valore culturale del messaggio, all'emozione trasmessa dal testo e dalla azione scenica, si produce anche l'effetto di un cambiamento di sensibilità e mentalità nell'approccio al problema del disagio psichico.

Ivonne Donegani

Psichiatra Dipartimento di Salute Mentale (DSM) AUSL di Bologna

Francesca Cigala

Psichiatra Dipartimento di Salute Mentale (DSM) AUSL di Ferrara

Matteo Balestrieri

Professore Ordinario di Psichiatria presso l'Università degli Studi di Udine,
Direttore della clinica psichiatrica del Policlinico Universitario di Udine.

Un sistema allo specchio

L'articolo 1 della legge 180 afferma che gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Gli accertamenti sanitari obbligatori (ASO) e i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Il soggetto può subire il TSO solo con lo scopo di migliorare il suo stato di salute e non per diminuire la sua pericolosità sociale.

La psichiatria di comunità rappresenta l'organizzazione moderna dei servizi psichiatrici distribuiti nel territorio. Garantisce l'accessibilità, la completezza e l'articolazione delle risposte ai diversi bisogni di salute mentale espressi dalla popolazione residente. Condivide gli stessi principi della moderna medicina pubblica, dovendo occuparsi della salute dell'intera popolazione e non del solo individuo che si rivolge ad un sanitario; deve includere la prevenzione, fare i conti con il contesto ambientale, gli stili di vita (in particolare quelli a rischio), utilizzare le conoscenze delle scienze sociali oltre a quelle delle scienze biologiche e della medicina). I principi della psichiatria di comunità gravitano attorno ai seguenti concetti base:

- Centralità dell'équipe territoriale con piena responsabilità nei riguardi della popolazione di riferimento;
- Precisa attribuzione territoriale di competenza, condizione essenziale per garantire l'accessibilità dei servizi e la continuità terapeutica;
- Superamento della struttura gerarchica verticale attraverso il decentramento e la delega dell'autorità all'équipe sulle decisioni terapeutiche;
- Finanziamento capitario, con maggiori garanzie ai pazienti più gravi che non lavorano, non dispongono perciò di copertura mutualistica e sono spesso al di sotto dei livelli di povertà.
- Utilizzo degli altri servizi e delle risorse naturali esistenti sul territorio, con un freno all'espansione dei costi e un'integrazione dell'utente nel contesto sociale in cui vive;
- Non-istituzionalizzazione, pietra angolare della psichiatria di comunità;
- Condivisione di responsabilità e protagonismo da parte dell'utente e della sua famiglia, come diritto e come necessità sia per la cura, sia per la riabilitazione.

Anche se già la legge 481 del 1968 (legge Mariotti) aveva introdotto in modo parziale il processo di spostamento dall'assistenza basata sul manicomio a quella di comunità, attraverso l'istituzione di centri di igiene mentale nel

territorio, è solo con la legge 180 del 13 Maggio 1978 che ha preso avvio l'opera di riforma dell'assistenza psichiatrica.

La legge 180 affermava in particolare:

- il blocco di nuove ammissioni negli ospedali psichiatrici e della costruzione di nuovi istituti;
- l'attribuzione delle competenze psichiatriche ai servizi territoriali di salute mentale;
- l'istituzione di servizi psichiatrici negli ospedali civili;
- la volontarietà ed il consenso del paziente ai trattamenti, con la possibilità di effettuare i ricoveri obbligatori in particolari condizioni e per periodi limitati di tempo.

L'articolo 1 della legge afferma che gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Gli accertamenti sanitari obbligatori (ASO) e i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Il soggetto può subire il TSO solo con lo scopo di migliorare il suo stato di salute e non per diminuire la sua pericolosità sociale.

Il primo atto di un TSO è una proposta motivata di un medico, che deve essere successivamente convalidata e motivata da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica. Il TSO in condizioni di degenza ospedaliera, effettuato presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), è valido solo se esistono:

- a. alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici
- b. se gli stessi non vengano accettati dall'infermo
- c. se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Successivamente ai due atti medici di proposta e convalida, il TSO in condizioni di degenza ospedaliera è disposto con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria locale. Il decreto deve essere notificato al giudice tutelare entro 48 ore e questi, entro ulteriori 48 ore, decide la convalida

o meno del provvedimento. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del TSO. Il TSO ha una durata massima di sette giorni, ma può essere rinnovato, reiterando tutta la procedura adottata inizialmente. Ad ulteriore garanzia per il paziente, chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il TSO. Su tale richiesta il sindaco decide entro dieci giorni.

Con la legge 180 (poi confluita nella legge 833 del 23 dicembre 1978 di Istituzione del Sistema Sanitario Nazionale) la rottura con il sistema precedente avviene nettamente, con l'abbandono di ogni funzione "poliziesca" del ricovero. La legge 180 è una legge di tipo normativo. Per la sua applicazione, era necessario che i suoi enunciati trovassero espressione in un piano di organizzazione e intervento, che venissero assegnate risorse economiche adeguate e che fosse sanzionata la sua mancata applicazione. A tal fine, negli anni '90 sono stati approvati due successivi Progetti Obiettivo (PO) "Tutela della Salute Mentale".

Il PO "Tutela della Salute Mentale" 1994-1996 ha istituito il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) quale organo di coordinamento per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio, l'individuazione delle sue componenti organizzative e l'individuazione e l'attuazione dei collegamenti tra DSM e servizi "confinanti" (medicina di base, medicina scolastica, guardia medica, consultorio, servizi sociali, servizi di neuropsichiatria infantile).

Il successivo PO "Tutela della Salute Mentale" 1998-2000 ha proposto il rafforzamento del modello organizzativo dipartimentale, attraverso la specificazione degli interventi che il DSM è tenuto a garantire.

Il DSM si definisce quale struttura aziendale di organizzazione, gestione e produzione delle prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale, alla prevenzione, diagnosi, cura e

riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle disabilità psicosofiche delle persone per l'intero arco della vita. Esiste un DSM per ogni Azienda Sanitaria con un'unica responsabilità di budget e di indirizzo clinico, il cui responsabile risponde direttamente alla direzione generale dell'ASS (o ASL).

L'organizzazione del DSM prevede il decentramento dell'assistenza nei Centri di Salute Mentale (CSM). Il CSM offre interventi di crisi, visite ambulatoriali e domiciliari, informazione e consulenza a pazienti e famiglie, assistenza sociale, riabilitazione psicosociale, lavorativa e inserimento nel mondo del lavoro collegandosi con gli uffici e le organizzazioni investite di questo compito. È il punto d'ingresso nel servizio ed è pertanto deputato a valutare le richieste fungendo da filtro relativamente al ricovero ospedaliero. Il CSM costituisce la sede delle équipe territoriali, caratterizzate dalla multiprofessionalità, dalla mobilità sul territorio, dalla flessibilità dell'intervento, sia di crisi che programmato, da una fascia oraria di funzionamento che copre di regola le 12 ore diurne nei giorni lavorativi. In alcune regioni (Friuli-Venezia Giulia e Campania) vi è attualmente l'orientamento a organizzare CSM funzionanti sulle 24 ore per

l'intera settimana, ospitando presso le proprie sedi persone anche in TSO.

Per SPDC si intende un reparto psichiatrico situato in ospedale generale, con una dotazione di un posto letto ogni 10.000 abitanti. Accoglie pazienti in regime volontario oppure obbligatorio. Secondo i principi della psichiatria di comunità, il ricovero ospedaliero è considerato un intervento da usare con parsimonia, quando l'urgenza, la gravità della patologia, in genere psicosi acuta, rischio di suicidio o di violenza, non consentano il trattamento territoriale che rimane la scelta in tutti gli altri casi.

Nell'organizzazione del DSM sono poi previste strutture ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali. Queste ultime comprendono strutture comunitarie di tipo familiare (20 letti al massimo) per l'accoglienza a medio e lungo termine di pazienti con autonomia limitata e che, per diversi motivi, non possono vivere in famiglia o non l'hanno affatto. Il DSM deve orientare i propri interventi a tre livelli:

- la prevenzione, intesa come organizzazione di attività finalizzate alla promozione della salute mentale e alla riduzione dell'incidenza della malattia mentale;

- la cura, intesa come intervento sul disturbo mentale, evitando il ricovero quando possibile e fornendo all'utenza il più ampio ventaglio disponibile di risposte;

- la riabilitazione, intesa come attività volta a restituire alla persona le abilità sociali perse e necessarie al reinserimento sociale, familiare, lavorativo.

Rispetto agli standard proposti nel PO 1998-2000, è stato rilevato che le innovazioni apportate dalla Legge 180/1978 sono state ovunque applicate in modo completo ed omogeneo con una tendenza alla uniformità nelle varie Regioni. Sono stati istituiti 211 DSM complessivi e sono stati superati gli standard prefissati per le strutture residenziali pubbliche e i Centri diurni. Sono aumentati anche i posti letto pubblici ospedalieri per pazienti acuti e il numero di unità di personale, pur rimanendo questi ultimi due valori ancora sotto gli standard prefissati. Nonostante il miglioramento complessivo della rete di assistenza, vi sono comunque ancora diverse aree critiche e carenti nel contesto della salute mentale.

II T.S.O.

Trattamento Sanitario Obbligatorio

Il Trattamento sanitario obbligatorio rappresenta l'ultima forma di ricovero coatto ancora esistente nel nostro paese. È un procedimento amministrativo legittimato dall'art. 32 della Costituzione, disciplinato dalle Leggi 180/78 e 833/78, che permette di operare un ricovero per l'effettuazione di terapie di medicina generale o psichiatrica, contro la volontà del paziente, ma nel suo interesse. Il TSO è stato istituito e regolamentato dalla legge 180/78. È un atto di tipo medico e giuridico, che consente l'imposizione di determinati accertamenti e terapie a un soggetto considerato in condizioni di non intendere e volere.

I presupposti che giustificano l'adozione del provvedimento sono:

- l'incapacità del paziente di avere coscienza del proprio stato di malattia;
- l'opposizione del paziente alle necessarie cure;
- la necessità di un intervento terapeutico urgente, nonché la mancanza delle condizioni e delle circostanze atte a consentire di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie di tipo extraospedaliero.

Per attivare un trattamento sanitario obbligatorio è necessaria l'azione di uno psichiatra del dipartimento di salute mentale dell'ASL di competenza e l'autorizzazione del Sindaco o del funzionario preposto. Il TSO ha una durata massima di sette giorni, ma può essere prolungato in caso ne permanga la necessità. La procedura può necessitare in questo caso l'intervento del Giudice Tutelare. Ove il paziente si trovi in condizioni psicosofiche particolari, tali da evidenziare condizioni di grave rischio immediato per sé o per gli altri (es: manifestazioni autolesive, tentato suicidio, manifestazioni violente nei confronti di terzi), non si effettua la procedura di T.S.O., ma è necessario contattare una Forza di Polizia i cui addetti intervenuti in luogo, dopo aver verificato lo stato del paziente, possono procedere al suo accompagnamento presso un pronto soccorso, i cui sanitari valuteranno la necessità di un'eventuale procedura di T.S.O.

DSM: LE STRUTTURE

- SPDC
- STRUTTURE RESIDENZIALI
- STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI (1)
- IMPRESE SOCIALI
- STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI (2)
- CENTRI DI SALUTE MENTALE

DSM: DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

SPD: SERVIZIO PSICHIATRICO OSPEDALIERO

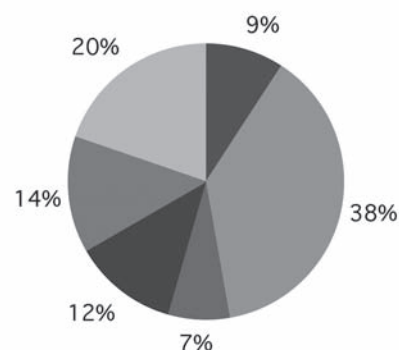
S. RESIDENZIALI: CTR (COMUNITÀ TERAPEUTICA RIABILITATIVA), GA (GRUPPO APPARTAMENTO), CA (COMUNITÀ ALLOGGIO)

S. SEMIRESIDENZIALI (1): DAY HOSPITAL

IMPRESE SOCIALI: RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

S. SEMIRESIDENZIALI (2): CD (CENTRI DIURNI)

FONTE: OMS - PROGETTO OBIETTIVO '98/2000



Cinzia Migani

Responsabile di Aneka servizi per il benessere a scuola dell'Istituzione Minguzzi e della Provincia di Bologna.

Disagio psichico: i nuovi scenari della tutela e della libertà

L'esperienza che ha portato alla definizione e all'applicazione della legge 180 ha il pregio di essere ancora attuale e gravida di prospettive utili per generare benessere sociale e individuale. Alcune questioni affrontate in quegli anni sembrano collegare indissolubilmente il passato all'attualità aprendo nuove strade di lavoro.

Riflettere sul ruolo del contesto sociale (inteso come il luogo in cui si sviluppano le interazioni tra le persone, esistono norme, prescrizioni, ruoli) nella promozione della salute, trent'anni dopo l'applicazione della legge n°180 del 1978, ci riporta senza esitazioni a quelle che sono state le lotte, le azioni, le distanze/vicinanze che hanno caratterizzato i diversi gruppi di pressione, la "comunità" degli psichiatri e di altri gruppi professionali. E alle riflessioni della cittadinanza e dei gruppi di intellettuali che hanno arricchito con il loro contributo il movimento di riforma psichiatrica mostrando come, in quel momento, le differenze abbiano reso possibile il conseguimento di un obiettivo comune: "distruggere il manicomio come luogo di istituzionalizzazione". Differenze che, oggi più di allora, si sente il bisogno di approfondire e studiare, in alcuni casi con l'intento di restituire ai singoli protagonisti il giusto tributo in altri per ritrovarsi e riconoscersi in una pagina di storia così importante, non solo nel nostro paese. Va - a mio avviso - in questa direzione il clamore che è stato sollevato da alcuni su come appellare la legge del 1978. Semplificare gli eventi che fanno parte di una fitta e preziosa trama della nostra storia rappresenta sicuramente un problema ma, forse, è anche utile ricordare che spesso alcune semplificazioni altro non sono che filtri comunicativi, utili a dare informazioni ai tanti che non le hanno e che ancora credono che sia meglio riaprire i manicomi per tutelare la salute di chi sta male e rispondere al bisogno di sicurezza sociale dei cittadini. Mai come oggi, comunque, gli studi su quel periodo sono stati attenti ai diversi ed interessanti soggetti, processi storici che hanno caratterizzato una straordinaria esperienza. Un'esperienza che ha il pregio di essere ancora attuale e gravida di prospettive utili per generare benessere sociale e individuale. Alcune questioni affrontate in quegli anni sembrano collegare indissolubilmente il passato all'attualità, aprendo nuove piste di la-

voro. In particolare:

- difesa dei diritti di cittadinanza di chi soffre di salute mentale
- rapporto fra medicina e potere
- rapporto fra la psichiatria e ordine/sicurezza sociale
- lotta contro l'esclusione e l'emarginazione, mettendo fra parentesi la malattia mentale e quindi evitando la querelle fra scuole psicopatologiche
- costruzione di un'opinione pubblica sulla drammaticità del problema psichiatrico
- attenzione alla storia della persona, senza negare la malattia, ma scegliendo di leggerla nella relazione con la storia complessiva della persona e del suo contesto di appartenenza
- ruolo dei portatori di interesse (persone che soffrono di disagio psichico, familiari, operatori, servizi, politici amministratori, cittadini, etc.)
- aree di conflitti, negoziazione e influenzamento possibili fra i singoli portatori di interesse.

Lo confermano le cinque azioni identificate per promuovere la salute nel 1986 nella Carta di Ottawa: creare ambienti favorevoli alla salute, sviluppare le abilità personali, rafforzare l'azione della comunità, riorientare i servizi sanitari, costruire una politica pubblica per la salute. Ma anche quelle più specifiche sulla salute mentale contenute nel Green Paper (O.M.S., 2005) e nei documenti prodotti in occasione della Conferenza Ministeriale sulla Salute mentale di Helsinki (O.M.S., 2005). Se assumiamo che "la salute mentale è uno stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità", non possiamo fare a meno di investire sul contesto sociale come condizione senza la quale non è possibile investire sulla salute mentale e sperimentare il rispetto assoluto della centralità della persona. Un contesto che sta mettendo in luce come non si

possa più parlare di diritti di cittadinanza senza occuparsi di diritti umani, di potere della medicina senza ragionare su come sia cambiata da allora la scena terapeutica, su come siano mutate le credenze di scienziati e cittadini sulle possibilità della scienza, su come siano cambiati i giochi del potere nella società globalizzata e i rapporti fra i singoli e le comunità di appartenenza. Di come sia inattuale continuare a ragionare sul rapporto di collaborazione fra medici, pazienti e familiari senza fare i conti con i cambiamenti che hanno attraversato e attraversano l'"istituzione famiglia" in un contesto sociale in continua trasformazione. Di diritto alla salute/diritti di cittadinanza senza fare i conti con quelle scelte istituzionali, politiche ed economiche che mettono a dura prova gli ammortizzatori sociali che li rendevano possibili o, nel migliore dei casi, esigibili anche per chi li aveva persi a causa della malattia.

Non si può parlare, in sintesi, di salute mentale/libertà di chi soffre di disagio mentale senza tenere conto che è "fatta di incontri, esperienze, confronti con storie diverse, conflitti, solitudini e partecipazioni, intrecci con la vita di istituzioni, cultura/e e politica/che". È proprio in questo scenario che rimane attuale l'esperienza maturata attraverso le pratiche avviate con la riforma psichiatrica.

1. Maria Grazia Gianichedda, Quando il futuro incominciò, in Legge 180 XXX anno a cura di Paolo Tranchina e Maria Pia Teodori, Fogli di informazione, terza serie, 2008, N.5/6, p.11

2. Si veda il Libro Verde della Commissione delle Comunità europee del 2005 in Unione Nazionale delle Associazioni per la salute mentale (UNASAM), La salute mentale in Europa, Grafiche Cam, 2006, p.35

3. Presentazione di Paolo Tranchina e Maria Pia Teodori, del numero monografico di "Fogli di Informazione" precedentemente citato

Luigi Attenasio
Direttore Dipartimento di Salute Mentale Asl Roma C.

La 180 nelle scuole: roba da matti

Gli studenti dell'Istituto "Caterina Percoto" di Udine hanno definito attraverso un questionario le possibili caratteristiche di una persona malata di mente: l'imprevedibilità delle sue azioni, il sottrarsi alle responsabilità e la pericolosità.

Nel 1982, Franca Ongaro Basaglia diceva "sarebbe bello che le storie della psichiatria iniziassero: c'era una volta il manicomio...ma ci vorrà ancora tempo". Dal 2000, in Italia, unico paese al mondo, ciò si può dire: i manicomi, nati per "curare" e poi diventati luoghi di violenza e segregazione, non ci sono più. Una grande conquista civile: la follia, svuotata del suo significato di parte della vita e di noi, affidata alla psichiatria come oggetto del suo sapere, negata nel suo valore di linguaggio e mezzo di conoscenza, non è più confinata in quegli spazi, simbolici e materiali, ormai desertificati e riciclati. Ma, spariti i manicomi, non è sparita la manicomialità, modo e stile, tipicamente asilare, di avvicinare e rapportarsi all'altro. Questa c'è ancora, a volte nei nuovi servizi o altrove, nelle corsie, pronto soccorso, scuole, aule giudiziarie, famiglie. Forse anche in noi stessi come tendenza alla rigidità, a disprezzare l'altro, a mantenere e coltivare a priori privilegi non dovuti e non verificati. Non è sparita nemmeno l'immagine del matto ritenuto imprevedibile, strano, dai discorsi incomprensibili, irritabile, anche violento, e, per questo, spesso allontanato dal mondo dei cosiddetti sani; sopravvive ancora, riflessa dallo specchio deformante del manicomio. Il risultato "naturale" non può che essere: il "matto" è irrecuperabile, pericoloso, cronico. Tutto ciò fa parte del senso comune,

di ciò che ci è davanti in modo così ovvio che vederlo è quasi impossibile. "L'ultima cosa di cui si accorge un pesce è l'acqua in cui vive". Il nostro lavoro post 180 va affiancato da una paziente e capillare informazione su queste credenze, sensibilizzando, quasi "porta a porta", operatori sanitari, assistenziali, associazioni, enti, istituzioni, ma anche singoli cittadini. Abbiamo scelto il mondo della scuola, luogo di formazione dei cittadini di domani, dell'incontro, del confronto, dell'apprendimento, decisivo per lo sviluppo e formazione delle identità. Abbiamo incontrato gli studenti dell'Istituto "Caterina Percoto" di Udine. Abbiamo proposto un questionario con le possibili caratteristiche di una persona malata di mente, l'imprevedibilità delle sue azioni, il sottrarsi alle responsabilità, la pericolosità. Abbiamo mostrato materiali documentari sulla storia e le trasformazioni in Italia in questi ultimi 50 anni. Il vecchio e il nuovo della psichiatria. Abbiamo narrato la storia di Narcisa. Sposata in seconde nozze con un contadino vedovo, aveva partorito un figlio. Qualche giorno dopo era caduta in quella che ora chiamiamo depressione post partum, situazione talvolta anche grave ma che, se curata e assistita bene e subito, si risolve positivamente. Invece finisce in manicomio e ci resta fino alla morte. Abbiamo mostrato alcune foto dell'archivio del manicomio di Arezzo.

Narcisa, ancora abbastanza giovane e forte, è senza nulla addosso, nuda. Cerca di coprirsi con il materiale in cui è stata abbandonata, alghe, arrivate dall'Adriatico, unica sostanza così inerte da potere stare a contatto di persone ritenute così pericolose che qualunque contatto con altro è a rischio. Dirà molti anni più tardi a chi le chiederà cosa pensa di questa sua vita perduta: "è giusto che mi abbiano messa lì e anche alle alghe. Sono stata cattiva, né una brava moglie, né una brava madre." La violenza del manicomio su chi vi era rinchiuso non era solo palese, ma subdola e strisciante. Qualcosa è avvenuto nella "testa dei ragazzi". Allo stesso questionario, somministrato al termine degli interventi, gli studenti hanno risposto in modo significativamente differente, passando alla percezione, non più sul "sentito" dire e sull'immaginazione, ma su fatti e conoscenze di realtà: è una persona, anche se diversa. Non è il suo cervello che si ammalava, ma la mente, la quale non è nella scatola cranica, ma fuori, nelle relazioni più prossime. Non sbaglio nell'immaginare che ora questi ragazzi avranno della questione follia un punto di vista "altro", che li porterà a considerare la diversità, il patologico, l'anormale, con meno pregiudizio e paura. Che la 180 non è solo aver sostituito a una terapia un'altra, migliore, il cosiddetto progresso della scienza, gli psicofarmaci, ma la riacquisizione dei diritti e la riconsiderazione complessiva dell'umanità dei malati e dei sani. "Non possono essere i tecnici i soli protagonisti della riabilitazione e della cura del malato, ma i soggetti di questa riabilitazione devono essere il malato e il sano, che solo diventando i protagonisti della trasformazione della società in cui vivono possono diventare i protagonisti di una scienza le cui tecniche siano usate a loro difesa e non a loro danno" diceva Basaglia (1979). La responsabilità di questa impresa non è solo degli operatori che ci hanno creduto e continuano a cercarci, ma collettiva e, soprattutto, dei giovani.

PENSIERI E PAROLE

LA "BASAGLIA" E' VECCHIA,
INUTILE, PLEONASTICA,
INEFFICACE, INFRUTTUOSA,
STERILE, ESOSA, GRAVOSA,
ONEROSA, SUPERFICIALE...

LO DICI PERCHE'
SEI MATTO!



Maria Cristina Lasagni
 Docente di Scienze delle Comunicazioni - Università di Lugano
 Direttrice di Psikoradio – www.psicoradio.it

Psikoradio, la radio della mente

Il 7 dicembre 2006 la prima puntata di Psikoradio si è aperta con questa poesia letta, una strofa per ciascuno, dai redattori e dalle redattrici. La forza della poesia è anche questa: rendere più riconoscibili gli stati d'animo e farli affiorare alla coscienza. La poesia è presente in molte puntate di Psikoradio e la lettura non impostata, non professionale, a volte emozionata, conferisce un tono di verità e la rende più vicina a chi ascolta.

"Quello che disturba di più nell'atteggiamento di molti medici, infermieri, operatori, è che se ti impegni in un lavoro, il risultato va comunque bene; non fanno mai vere critiche; e quindi non ti ritengono mai davvero capace. Oppure certi toni, e sorrisi, come se fossi un bambino piccolo... il modo in cui ascoltano quello che dici. Come se non avesse senso". La trasmissione radiofonica si chiama "Cosa mi dà fastidio", ed è in preparazione nella redazione di Psikoradio, poi andrà in onda a Bologna su Radio Città del Capo e in tutta Italia sul circuito nazionale di Popolare network. Psikoradio è una testata radiofonica di Bologna che si occupa dei "temi della mente": di quasi tutto, quindi, ma da un punto di vista speciale, che per comodità chiameremo "psi". Anche la redazione è speciale: è composta da pazienti psichiatrici della AUSL di Bologna, al secondo anno di un corso di formazione per operatori radiofonici. Stanno realizzando e mandando in onda un programma alla settimana, sotto la guida di giornalisti e docenti. Alcuni obiettivi importanti sono già stati raggiunti, innanzitutto proprio l'essere in grado di produrre settimanalmente trasmissioni realizzate con competenza e standard tecnici professionali, tali da poter andare in onda su uno dei più noti network nazionali.

Io come voi sono stata sorpresa mentre rubavo la vita... Il 7 dicembre 2006, la prima puntata di Psikoradio si è aperta con questa poesia di Alda Merini, letta, una strofa per ciascuno, dai redattori e dalle redattrici. "e quando mi hanno dato in mano la mia vergogna, ho mangiato vergogna" A volte, la voce di chi legge trema un po', si spezza. "Io come voi ho consumato l'amore da sola..." La forza della poesia è anche questa: rendere più riconoscibili gli stati d'animo, più acutamente leggibili; farli affiorare alla coscienza; dichiararne l'universalità. La poesia è presente in molte puntate di Psikoradio e la lettura non impostata, non professionale, a volte emozionata, conferisce un tono di verità e la rende più vicina a chi ascolta.

L'inchiesta "sentire le voci" parla con uomini e donne che le voci le sentono e con altri che le studiano. Si è domandato perché, se una persona rivela di sentire una presenza, viene definita schizofrenica, ma se poi questa stessa persona ne parla con il parroco, capita spesso che lui consigli un esorcista che sa lottare contro le presenze. In varie puntate ha parlato Ron Coleman, un signore scozzese che sente sette voci, ha passato 13 anni nei meandri della psichiatria inglese, e poi ha "deciso di non essere più uno schizofrenico, ma solo Ron Coleman". Ha messo a punto un metodo per "patteggiare" con le voci, per non subirle, e adesso gira il mondo per fare formazione a medici, operatori psichiatrici, pazienti.

Il ciclo sugli psicofarmaci contava sulla competenza di psichiatri, ma anche su quella dei redattori, che i farmaci li conoscono in prima persona; quando si è parlato di effetti secondari, c'è chi ha ricordato l'incubo di un farmaco che gli provocava la sensazione di essere rallentato, fuori da tutto; una donna ha raccontato di

***Io come voi sono stata sorpresa mentre rubavo la vita
 Buttata fuori dal mio desiderio d'amore***

...
***Io come voi mi sono sentito togliere i vestiti di dosso
 E quando mi hanno dato in mano la mia vergogna
 Ho mangiato vergogna ogni giorno***

...
***Ma io come voi sono tornata alla scienza del dolore dell'uomo
 che è la scienza mia***

Alda Merini

quando ha cominciato ad aumentare di peso, in fretta, un chilo dopo l'altro e non sapeva perché, vedeva il suo corpo cambiare, espandersi. Era l'effetto di un antidepressivo, non l'avevano avvertita. Nella "Domanda paziente" sono appunto i pazienti ad intervistare, finalmente, i loro psichiatri (e la puntata finisce spesso con il commento "oggi il mio psichiatra sta meglio!"). Altre interviste dialogano con artisti, e a volte i risultati sono frutto di un incontro speciale, perché un redattore della Psikoradio non è un comune giornalista: la scrittrice Amelie Nothomb ha raccontato che anche lei sente le voci, ha cominciato da bambina; e poi ha regalato alla radio una bella definizione di follia "È come il vento. Immateriale, eppure presente; può essere pericoloso, oppure amico"; la cantante americana Diamanda Galas ha ricordato che è stata in manicomio; e quando un redattore ha chiesto ad Alessandro Bergonzoni come fa a fermare i pensieri nella mente, lo scrittore ha confessato che non sempre ci riesce, anzi, sperava glielo insegnasse lui.

L'arte è un altro tema privilegiato di Psikoradio: sono moltissimi gli artisti che hanno conosciuto la sofferenza psichica. Tanti sono stati anche in manicomio, ma oggi vengono invece ricordati per le loro opere, per le emozioni che riescono a procurare. Così, per esempio, quando c'è stata a Bologna una grande mostra di Annibale Carracci, un'esperta d'arte è venuta in radio a raccontare la profonda depressione che in un periodo ha colpito l'artista, tanto da impedirgli di dipingere, e di come le tracce di questo malessere siano rintracciabili in alcuni quadri. Arte e follia è un binomio spesso usato in modo ideologico. C'è però chi sostiene che, senza la possibilità di accedere all'irrazionale, la creatività non sia possibile.

Di etnopsichiatria parlano esperti e immigrati. Un ospite dell'Africa Centrale ha raccontato che quando un compaesano in Italia sta male, la comunità manda a prendere per lui in Africa un po' di terra vicino alla tomba degli avi; d'altra parte in una puntata il professor Merini, fondatore di un centro di etnopsichiatria a Bologna, sostiene che le patologie psichiatriche degli immigrati nascono soprattutto dallo strazio del distacco, dai rifiuti, dallo spaesamento. E racconta di quando le sue cure si sono intrecciate con quelle dei guaritori dei luoghi d'origine, con buoni risultati.

Psikoradio è anche questo: una "palestra della mente", come l'ha definita un redattore, dove chi la fa e chi l'ascolta mette alla prova opinioni e pregiudizi sulla salute e la malattia mentale e, più in generale, sulla cultura che circonda i temi "psi".

Il lavoro culturale contro gli stereotipi, contro lo stigma che circonda la malattia psichica, è uno degli obiettivi principali di Psicoradio, che nasce all'interno di "Arte e Salute": un progetto più ampio, iniziato quasi dieci anni fa dal Dipartimento di salute mentale di Bologna, e che oggi conta anche su una associazione ONLUS omonima.

L'idea di partenza è apparentemente semplice: in alcuni pazienti psichiatrici l'intelligenza, la sensibilità ed i talenti vengono nascosti, ma non annullati dal disturbo mentale. È dunque possibile risvegliare queste componenti fondamentali della personalità con una formazione in grado di riattivare capacità, saperi, curiosità, stimoli intellettuali, per favorire un processo di reinserimento nel lavoro e nella vita. Non si tratta di arte terapia, che ha obiettivi e metodi diversi; si tratta di formazione professionale in campo culturale e artistico. Poco a poco la persona smette di identificarsi solo con la sua malattia, e comincia a sentirsi redattore radiofonico, attore...

Con questi obiettivi, Arte e Salute ha realizzato, a partire dal 2000 una compagnia teatrale che, dopo una selezione ed un

corso professionale "normale", oggi lavora con uno dei principali teatri di prosa di Bologna, l'Arena del Sole. In un'edizione, ha vinto il premio teatrale Ubu. E poi ci sono una compagnia di arte burattinaia, e la Psicoradio.

I progetti sono accomunati da alcuni principi. I pazienti che parteciperanno sono selezionati per i loro potenziali talenti da professionisti esterni alla psichiatria: registi teatrali e burattinai, esperti di comunicazione per la radio. Il corso di formazione si avvale di docenze professionali; i prodotti finali (i programmi radiofonici, gli spettacoli), devono avere una qualità ed un valore in sé, e non solo per le potenzialità riabilitative, perché proprio la loro validità è un messaggio importante contro gli stereotipi che condannano chi soffre di disturbi psichici.

L'ultimo progetto realizzato da Arte e Salute è appunto Psicoradio, nata due anni fa come corso di formazione-redazione per 12 pazienti. L'ipotesi su cui si basa è che una comunicazione radiofonica prodotta da pazienti psichiatrici possa raggiungere, se realizzata con criteri non amatoriali, obiettivi importanti dal punto di vista sociale, oltre a fornire una potenziale prospettiva

di lavoro a chi la realizza. Rispetto ad alcuni territori, (lo star bene/star male, la differenza, la malinconia, la fantasia, il sogno, e quindi i temi della psichiatria, del disagio sociale, dell'arte ecc.) la sensibilità di chi ha vissuto o vive la sofferenza psichica può produrre, se opportunamente formata, una comunicazione interessante, meno prevedibile, che offre a chi ascolta elementi originali e competenti.

Una comunicazione che diventa anche molto rassicurante, perché ribalta lo stereotipo della pericolosità e inutilità sociale del paziente psichiatrico. Lo stereotipo diffuso descrive infatti il malato mentale come una persona incapace, confusa, pericolosa. Il paziente-redattore realizza invece programmi radiofonici con informazioni, punti di vista e capacità interpretative utili.

Quando una persona ascolta un programma realizzato in modo competente, non amatoriale, e sorride per una battuta ironica, si sorprende per qualcosa che non conosceva, o si emoziona per una poesia, quando inizia a riconoscere le voci dei redattori, qualche loro nome, qualche loro passione, l'hip-hop, il calcio, la chitarra... Forse, poco a poco e inconsapevolmente, può cominciare a cambiare idea sui pazienti psichiatrici, perché è entrato in contatto con l'altro, che non è più una realtà astratta e temibile, ma l'ironia di Massimo e la bella voce roca di Giovanna.

Percorsi di "ordinaria follia"

Un trentennio è trascorso anche da un'altra legge, la n.517/77 sull'integrazione scolastica degli alunni con disabilità. Ma in tanti anni non si è trovato il tempo per racimolare le risorse necessarie per renderla operativa. Come fatto notare dagli addetti ai lavori, la questione è creare un sistema scolastico in grado di puntare sull'istruzione dei disabili ponendo l'attenzione sugli insegnanti di sostegno. Un rapporto in tal senso, indicato dall'Anffas, l'ente che sostiene e aiuta le famiglie con persone affette da disabilità intellettiva, calcola siano 1 ogni 138 alunni. Una classe di centinaia di bambini e ragazzi, che avrebbero bisogno di singola e specifica attenzione e che vengono lasciati soli. Spesso la cronaca diventa la cartina al tornasole di un allontanamento forzato. Come il caso di un anno fa verificatosi a Ragusa, protagonista un tredicenne con disabilità, accusato di aver aggredito compagni e professori. Dopo uno "sciopero bianco" proclamato dai genitori degli altri alunni, la vicenda si è conclusa nel modo meno proficuo, con una richiesta di affidamento ad una struttura specializzata per il ragazzino "folle" ed una madre sempre più sola nella cura del proprio figlio.

La disabilità intellettiva diventa condizione di doppia debolezza. Anche nell'accesso ai diritti basilari, come l'assegnazione del grado di invalidità. E può capitare che un familiare, come reso noto da Anffas, si debba sostituire al disabile persino di fronte ai medici della commissione competente per decidere del futuro del giovane con una affezione mentale.

Tra mancanze e lacune amministrative, un aiuto ai ragazzi e alle famiglie arriva da internet. Sul web sono tanti i siti che, con un botta e risposta preconfezionato, danno qualche indicazione e sciolgono tanti dubbi, rassicurando le famiglie e indicando virtualmente come muoversi per comprendere meglio la condizione e le potenzialità di questi bambini e giovani.

A volte basta scoprire una passione o una tendenza naturale, e il gioco è fatto. Un'iniziale aggressività, come per tutti, può essere controllata con l'allenamento e la pratica dello sport. Lo sanno bene gli organizzatori e partecipanti ai giochi dello Special Olympics, che nell'ultima edizione di Biella ha visto la presenza di 3000 atleti disabili. Di fronte all'impegno e alla tenacia necessari nello sport e nell'agonismo, le diversità si normalizzano e questi caparbi sportivi possono ottenere il lasciapassare per essere finalmente cittadini accettati e apprezzati.

Una filosofia simile è quella che sorregge l'ambizioso progetto di Psicoradio. Un'emittente radiofonica con una redazione volutamente fuori dal comune, in cui lavorano pazienti psichiatrici in veste di redattori e speaker. L'idea, nata e sviluppata su incarico del Dipartimento di Salute Mentale di Bologna e della onlus Arte e Salute, punta sul prezioso strumento della radio. Non solo per giungere meglio dentro le case degli ascoltatori, nella loro quotidianità, e sfatare tutti i tabù che si sono fissati nel tempo, ma anche per offrire un'occasione di lavoro e mutuoaiuto a tanti pazienti. Cercando, con questo volontariato di nicchia, di diminuire l'elevato tasso di disoccupazione che grava sulle fasce più deboli tra i disabili, naturalmente giovani e donne.

La disabilità trasmessa via onde di frequenza, su Radio Città del Capo di Bologna e su scala nazionale con Popolare Network, è un ponte perfetto con la società, fatto di voci, racconti e umanità che arriva dritto al punto spogliato dalle sovrastrutture. Senza timori, né per il presente, né per il passato. Come in una sfida, la sede della redazione è l'ex manicomio Roncati.

Anna Giuffrida
Giornalista

TEXAS: A MORTE MINORATO MENTALE



Angelo Fioritti

Responsabile Servizio Salute Mentale, Dipendenze patologiche e salute nelle carceri,
Regione Emilia-Romagna.

Salute mentale, ospedali psichiatrici giudiziari e sicurezza

La piena assunzione della responsabilità di cura del paziente psichiatrico autore di reato da parte del Servizio sanitario nazionale è uno degli aspetti più controversi e socialmente sensibili di tutta la questione psichiatrica.

Nel trentennale della legge 180 sono state approvate alcune disposizioni di legge che rendono possibile sanare uno degli aspetti incompiuti della riforma psichiatrica del 1978, vale a dire la piena assunzione della responsabilità di cura del paziente psichiatrico autore di reato da parte del Servizio sanitario nazionale (SSN). Si tratta di uno degli aspetti più controversi e socialmente sensibili di tutta la questione psichiatrica. Fino ad oggi, infatti, le istituzioni deputate alla misura di sicurezza successiva al proscioglimento per infermità mentale, gli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), erano strutture interamente gestite dall'Amministrazione penitenziaria, sia per gli aspetti di sicurezza, sia per gli aspetti di cura. Si tratta di un universo a parte, con scarissimi collegamenti esterni. L'ingresso in queste istituzioni ha sempre segnato una profonda cesura tra il prima ed il dopo del malato di mente, con due diversi e contrapposti modi di curare e gestire la sua malattia.

Le innovazioni di cui parliamo consentono oggi al SSN di riappropriarsi della dimensione di cura all'interno dell'OPG attraverso il trasferimento delle competenze e delle risorse sanitarie dall'Amministrazione penitenziaria ai Servizi sanitari regionali (SSR). Fondamentali sono state al riguardo le seguenti disposizioni normative o giurisprudenziali:

- il DLgs 230/99, che sancì il principio della competenza del SSN nel garantire la salute nelle carceri (ma non negli OPG), trasferì immediatamente la competenza riguardo alle dipendenze patologiche e stabili delle sperimentazioni regionali negli altri settori di intervento;

- la sentenza della Corte Costituzionale n. 253/2003, che ha spezzato l'automatismo tra misura di sicurezza ed OPG, consentendo l'effettuazione della stessa in luoghi alternativi e secondo progettualità da definirsi caso per caso;

- le disposizioni della legge 244/07 (Finanziaria 2008), che hanno stabilito il trasferimento delle funzioni e delle risorse della sanità penitenziaria al SSN;

- il DPCM 1 Aprile 2008, che stabilisce modalità e termini del trasferimento stesso. Il DPCM contiene anche in allegato due linee guida rispettivamente sull'intervento sanitario nelle carceri e sull'intervento finalizzato al superamento dell'OPG.

Tutte queste novità delineano uno scenario fortemente innovativo, con molte po-

tenzialità positive, sia per l'assistenza sanitaria e psichiatrica nelle carceri, sia per le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Oggi, il sistema sanitario e quello penitenziario collaborano a 360° in ogni contesto istituzionale di propria pertinenza per garantire le rispettive funzioni.

Sarà così più facile garantire una reale continuità assistenziale anche alle persone con disturbi mentali che hanno commesso reati. Ciò è al tempo stesso eticamente dovuto e costituisce una migliore garanzia di prevenzione di ulteriori reati rispetto ad un intervento puramente repressivo o custodiale.

In secondo luogo, i contesti di esecuzione della misura di sicurezza (al tempo stesso contesti di cura e riabilitazione) saranno molto più vari ed articolati: carcere, OPG, strutture residenziali ed anche territorio secondo programmi precisi e verificabili. I servizi territoriali dovranno predisporre un'ampia offerta di servizi (strutture e/o programmi) che diano all'interlocutore giudiziario (GIP, giudice di merito, magistrato di sorveglianza) la possibilità di decidere, per ogni cittadino proscioltosi, il luogo idoneo ai fini della cura per l'applicazione della misura di sicurezza, tenuto conto delle ragionevoli esigenze di sicurezza e tutela della collettività.

Non meno importanti saranno gli sviluppi richiesti al personale del DSM. Molti professionisti vedono con timore questi cambiamenti, immaginando di doversi fare carico anche degli aspetti di sicurezza e controllo comportamentale dei pazienti autori di reato. Ciò è effettivamente un rischio che si può correre se non si lavora assieme alla Giustizia nel definire i contesti di cura e di pena. Così come nelle carceri vi sarà una corresponsabilizzazione delle due amministrazioni nel decidere aspetti di cura e di sicurezza, anche all'esterno sanità e giustizia dovranno identificare le soluzioni praticabili per l'effettuazione di programmi alternativi al carcere e all'OPG.

Per quanto attiene specificamente all'istituto dell'OPG, le azioni richieste dal DPCM prevedono il trasferimento delle funzioni, delle risorse e del personale, ma al tempo stesso contengono una progettualità diversa da quella attuale in termini organizzativi e tecnico-professionali, in collegamento con i DSM nazionali.

Il punto di arrivo finale di questo processo deve essere una completa ristrutturazione

della offerta dei servizi da parte dei DSM che metta la Magistratura in condizione di effettuare la misura di sicurezza in contesti sanitari ordinari con garanzie di equità di trattamento rispetto alla popolazione psichiatrica generale. Vengono previste a tal fine tre tappe che potremmo definire sinteticamente:

1. subentro-preparazione, che prevede quattro azioni di una certa complessità da parte delle Regioni e dei Ministeri interessati:

- a. L'istituzione di un programma nazionale e di un comitato paritetico per il monitoraggio della sua realizzazione.

- b. Il subentro delle regioni nella gestione sanitaria degli OPG.

- c. Il subentro delle regioni nella gestione dell'intervento psichiatrico nelle carceri con specifico riferimento all'attività di consulenza e cura, avvio di sezioni a custodia attenuata, reparti di osservazione.

- d. Un programma attivo di dimissioni dall'OPG di concerto con le regioni ed i DSM dei territori di residenza.

2. regionalizzazione dell'OPG che prevede tre azioni di rilevante importanza:

- a. l'utilizzo dell'OPG per macro-regioni, cosa che richiede soprattutto un accordo tra le regioni stesse;

- b. Condivisione con la magistratura giudicante della regolazione dei flussi di ingresso tra OPG, carceri e misure alternative esterne. Ciò presuppone un accordo tra Regioni, DAP e Magistratura sugli invii;

- c. Programmazione regionale e sovra regionale di strutture alternative, compito soprattutto delle regioni e delle aziende, che richiede un notevole sforzo progettuale e di formazione.

3. regionalizzazione del sistema di cura alternativo, con superamento degli attuali OPG.

Come si vede, si tratta di un programma denso ed impegnativo. Se condotto con successo, potrebbe portare ad uno scenario profondamente rinnovato, simile a quello di altri paesi europei, in particolare il Regno Unito, che hanno intrapreso venti anni fa il cammino di affidamento al SSN dell'intervento nelle carceri e negli OPG. L'ingrediente fondamentale per realizzare questa improrogabile riforma è la volontà delle istituzioni di collaborare.

Rossana Carta

Direttore dell'Ufficio esecuzione penale esterna
del Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria della Sardegna.

La nuova cultura antimanicomiale

È sempre più importante la prevenzione, frutto di un impegno implementato e sviluppato sempre più nella comunità locale, nell'ambiente di vita e di lavoro dei cittadini, con interventi rivolti non solo ai malati mentali, ma anche e soprattutto a tutto ciò che si presenta quale minaccia per la salute mentale di tutti.

La Legge 180/78 ha mutato l'approccio verso i malati mentali, riconoscendo la malattia mentale alla stessa stregua delle altre. Ha determinato la fine dei manicomio, chiudendoli ed impedendone la costruzione di altri. Ha riconosciuto dignità e cittadinanza a coloro che erano affetti da disagio mentale. Tale legge ha abolito la pericolosità sociale, sostituendo il modello manicomiale di assistenza psichiatrica fondato sulla segregazione del malato di mente per privilegiare l'intervento sociale-territoriale.

Sono trascorsi 30 anni dall'entrata in vigore della legge. Merita effettuare una riflessione e soffermarsi sui cambiamenti e sulla realizzazione di quanto previsto.

Solo nel 1994 si è giunti al Progetto Obiettivo che identificava quali strutture dovevano attivarsi a livello nazionale e dare inizio all'organizzazione di sistema dei servizi di assistenza psichiatrica. Da più parti provengono critiche alla grave carenza della legge 180, la quale non ha previsto adeguate misure d'intervento per il "dopo chiusura dei manicomio". Ci si è limitati a trasferire le competenze al territorio, alle Regioni, "psichiatria territoriale", senza che queste fossero pronte.

L'assistenza socio sanitaria è passata dallo Stato ai familiari, su cui grava concretamente il carico del proprio congiunto malato.

La qualità dei servizi, dunque, necessita di linee strategiche da perseguire e di un'intervento istituzionale per la realizzazione ottimale di servizi alle persone per la piena integrazione socio-sanitaria.

La nuova cultura antimanicomiale determina l'attuazione del decentramento, la territorialità, il lavoro in equipe, la riqualificazione degli operatori addetti al trattamento dei cittadini sofferenti in ogni livello e grado di intervento: ospedale, ambulatorio, domicilio, strutture d'accoglienza.

La strada da seguire è la prevenzione, con il lavoro che sia implementato e sviluppato sempre più nella comunità locale, nell'ambiente di vita e di lavoro dei cittadini. Lavoro ed interventi rivol-

ti non solo ai malati mentali, ma anche a tutto ciò che si presenta quale minaccia per la salute mentale di tutti.

Partire quindi dall'organizzazione sanitaria di base, non dall'Ospedale Psichiatrico, offrendo alternative al ricovero che siano presupposto di accoglienza ed integrazione socio-sanitaria. Un vero servizio individualizzato alla persona e per la persona, attraverso un vero processo d'aiuto.

Tutto ciò pare semplice a dirsi, ma è ben più problematico a farsi, vista la specificità del malato e considerati i presupposti in norma. Spesso, infatti, il problema non sta nella mancanza di strutture. Anche se queste esistono, se il malato non ci vuole andare, nessuno, così recita la normativa vigente, lo può obbligare. Un vero dramma sociale che investe le famiglie con un malato di mente in casa.

È fondamentale che il malato venga curato e non resti in balia di sé stesso. Bisogna trovare una soluzione a ciò che la norma oggi detta, perché costui, se patologicamente compromesso, non è in grado di stabilire che è giusto curarsi e non è giusto non curarsi.

La cronaca quotidiana è ricca di esempi. Non trascorre giorno nel nostro paese senza eventi critici che richiamano stragi, morti ammazzati dal figlio, dalla madre, dal padre, dalla fidanzata, dal collega di lavoro, dal vicino di casa..., perché pare, così recitano i giornalisti, fosse affetto da sindrome depressiva. Per non parlare dei suicidi. Non si interviene in termini di prevenzione. I medici del CSM non vanno al domicilio come il medico di base, i malati sono in balia di sé stessi e in carico alle proprie famiglie, vittime privilegiate che nulla possono per far capire al congiunto che si deve curare.

Il risultato finale è sotto gli occhi di tutti noi che operiamo nel pianeta carcere e ci occupiamo di esecuzione della pena. Gli Istituti Penitenziari hanno sostituito i manicomio. Gravissimo per la carenza di cure. Contrariamente a ciò che pensa la

EVIDENZE



gente comune, sarebbe meno grave se i malati fossero ristretti in strutture dove poterli curare.

Un esempio per tutti è il "caso Izzo", il mostro del Circeo. Fu condannato all'ergastolo e non gli fu applicata la misura di sicurezza dell'OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario). Dopo 30 anni di carcere senza cure, ma di buon comportamento penitenziario, gli è stata concessa la semilibertà. Dopo un tempo brevissimo ha ucciso altre due donne.

Ha ripetuto lo stesso gesto compulsivo del 1975, perché gli si sono presentate le stesse circostanze: la vicinanza con le donne.

Nessuno ha posto l'accento sul fatto che costui è un malato di mente ed in quanto tale dev'essere curato. È solo un criminale. Ma qualcuno ancora oggi sostiene che la malattia mentale non esiste.

Però i testi scientifici affermano che il cervello è un organo. Ai sensi di quanto regolamentato, non si ammala mai!

Liliana Loretto

Professore associato alla Cattedra di Psichiatria dell'Università di Sassari,

Coordinatore Sezione Sardegna Società Italiana di Psichiatria, Presidente Società Italiana di Psicopatologia Forense.

I tanti nomi dei nuovi manicomi

All'apertura verso una assistenza attenta alle problematiche sociali si è associata una marcata riduzione dell'assistenza medicalizzata. I posti letto per acuti nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, carenti rispetto al Progetto obiettivo nazionale, sono stati ulteriormente ridotti. Gli accessi alle comunità sono stati bloccati in numerose Asl.

C'è qualcosa di nuovo eppure di antico nello scenario della assistenza psichiatrica in Sardegna.

Di nuovo c'è un vento dell'est, o meglio, una bora triestina che ha portato un cambiamento sui modelli assistenziali, orientandoli prevalentemente sul sociale. Cosa lodevole che si è inserita in una lacuna esistente da anni. Purtroppo, ad un'apertura verso un'assistenza attenta alle problematiche sociali, si è associata una marcata e grave riduzione dell'assistenza medicalizzata. I posti letto per acuti nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), già carenti rispetto al Progetto Obiettivo Nazionale, sono stati ulteriormente ridotti. Gli accessi alle comunità, in numerose ASL, sono stati bloccati. Il tutto avvolto in una nuvola di mistificazione, in cui viene sbandierato un incremento dei posti letto negli SPDC (previsto nel recente piano sanitario regionale) mentre, nella realtà, si assiste ad una riduzione. Si mantiene ed amplifica un disagio cronico per operatori, pazienti e familiari, che continuano a vivere il momento del ricovero con estremo affanno. Tutto ciò all'insegna di una procedura, ormai tristemente nota, in base alla quale le parole-promesse di politici e amministratori non coincidono con la realtà e la realizzazione di progetti futuri viene preceduta dalla distruzione di ciò che già esiste.

Di antico c'è la riapertura dei manicomi, mascherata dietro la trovata dei Centri di Salute Mentale-24 ore (CSM-24 ore) con posti letto. Tali centri, presentati come innovativi nell'ambito dell'assistenza psichiatrica, in quanto dovrebbero garantire "ospitalità sanitaria diurna e notturna", chiariscono molto poco quale possa essere il loro reale mandato, se sanitario o socioassistenziale. Se l'intervento dovesse essere di tipo sanitario, rischierebbe di esserlo in un luogo non idoneo e soprattutto non conforme alle garanzie per la sicurezza del paziente (la legge prevede ricoveri negli SPDC all'interno degli ospedali generali). Se l'ospitalità dovesse essere socioassistenziale, si configurerebbe un uso improprio del CSM. La "presa in carico" del paziente diviene una presa in carico totalizzante e istituzionalizzante (come ai tempi dei manicomi) in cui, "todos caballeros", gli operatori del centro si occupano del paziente con aspecificità dei ruoli, annientando la relazione individuale psichiatra-paziente, che tanto peso ha nel risultato della terapia. Inoltre, i CSM-24 ore sono previsti nei padiglioni, ristrutturati, dei vecchi Ospedali Psichiatrici

(di Cagliari e di Sassari), azzerando con un colpo di spugna una riforma che ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici. In particolare, il CSM-24 ore con posti letto di Cagliari, ubicato nel vecchio manicomio di Villa Clara, viene proposto e difeso come "sfida allo stigma che vedeva in quelle strutture il luogo dei matti", con totale sprezzo delle sofferenze e dei fantasmi che il varcare le soglie del parco di Villa Clara evoca, ancora oggi, nei cittadini.

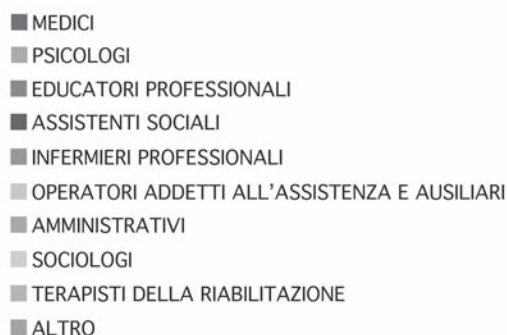
Infine, i CSM-24 prevalentemente tarati per le psicosi trascurano magistralmente le patologie psichiatriche gravi non psicotiche (disturbi di panico, disturbi del comportamento alimentare), rimandate alle cure dei privati e gli interventi di prevenzione. Ed ecco che, dietro un cambiamento per la salute mentale progressista ed innovativo, si cela un insidioso piano pseudo-progressista e neomanicomiale. I malati di mente ritornano ad essere pazienti "diversi", curati in "luoghi diversi" e la psichiatria si allontana sempre più dalla medicina e dalla prevenzione.

Tutto ciò ed altro ancora, con la complicità di molti politici, più affezionati alla loro poltrona che all'interesse dei cittadini e di alcuni colleghi pronti a salire sul carro del vincitore in attesa di una promozione.

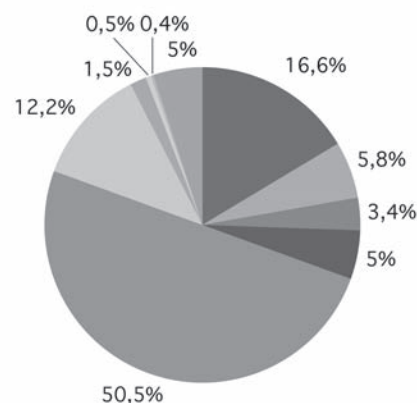
Il bello è che questo modello dovrebbe essere esportato in tutta Italia...

...e le stelle stanno a guardare!

DSM: Risorse umane e componenti organizzative dei dipartimenti di salute mentale in Italia



DSM: DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
FONTE: OMS - PROGETTO OBIETTIVO '98/2000



Emilio Lupo
Segretario Nazionale di Psichiatria Democratica.

C'è qualcosa di nuovo, anzi d'antico...

Mentre si avanzavano proposte di riforma della legge 180/78, in una sorta di rituale a cui soggiacere ogni qualvolta si insedi un nuovo governo, noi proviamo a declinare il fare/pensare di quanti si richiamano a Psichiatria Democratica.

E proprio perché non ci piacciono le vie brevi e le semplificazioni populiste, lo facciamo cominciando sempre dal "che fare?": con gli utenti, gli altri attori (famiglie, enti locali, volontariato, mondo del lavoro, della cooperazione, dell'artigianato, della scuola etc.) la fatica dei Servizi pubblici di Salute Mentale. Insieme per pensare a come costruire un progetto di uscita dal circuito psichiatrico per quanti esprimono disagio, in alternativa alle scorciatoie legislative proposte oggi (o minacciate da sempre) che, se percorse, ci faranno correre il rischio di una nuova segregazione.

Il difficile è tessere, quotidianamente e pazientemente, percorsi di inclusione sociale, mettendo in campo progetti operativi, energie e intelligenze, affinché non siano lasciate sole, mai, le persone che stanno male, mentre, a nostro avviso, si fa sempre più pressante l'esigenza di rendere effettivo un loro nuovo protagonismo.

Riteniamo non porti a nulla di concreto, con le urgenze/emergenze, che nel tempo hanno partorito quella psichiatria dei lutti che tende a rendere come preminente e centrale non la qualità della vita delle persone in difficoltà (con i progetti da rendere effettivi e le risorse da reperire), ma il tema della cosiddetta pericolosità. Tema, questo, che è oggi sostenuto attraverso il martellamento mediatico che tende a bollare, come problema di sicurezza tout court, ogni forma non omologabile: dagli immigrati ai rom, andando giù giù, fino ai matti!

Per la verità, c'è qualcosa di antico anche nelle nostre proposte. Non fosse altro perché da anni - così come risulta nelle risoluzioni conclusive dei nostri documenti congressuali - andiamo ribadendo che è solo il primato delle pratiche ed il grande rigore scientifico che porta con sé, che può tracciare il cammino della cura. Non altro. E quando diciamo primato delle pratiche ci riferiamo alla gran messe di esperienze sviluppatesi nel Paese ed alla storia dei Servizi e degli uomini e donne che li hanno attraversati. A quanto essi hanno promosso e verificato con cura e competenza in tutti questi anni.

Ci riferiamo, insomma, a quell'enorme patrimonio collettivo costituito da quanto è stato realizzato, dal 1978, in tante realtà italiane e che conferma, in maniera chiara e netta, come il pro-

muovere una Salute Mentale nella comunità - che è dura, faticosa e non ha scorciatoie - rimanga la strada maestra da percorrere.

Perciò ci lasciano molto perplessi quelle posizioni di Associazioni di categoria che si sono espresse per un "ammodernamento" della 180/78: cosa mai c'è da rinnovare in una legge che sancisce la chiusura dei luoghi di cura chiamati manicomi e nel ritenere essenziali le pratiche territoriali? Ma, si sa, ognuno poi sceglie ciò che meglio crede.

Psichiatria Democratica intende mantenere e sviluppare sempre più la propria scelta di fondo, ovvero che la deistituzionalizzazione permanente rimane il riferimento paradigmatico del lavoro territoriale.

Per brevità, proverò ad esplicitare alcune nostre opzioni e campi di intervento:

Per PD la Salute Mentale significa:

- a) "prendersi cura della persona, della sua storia e del suo contesto";
- b) "riattivazione di risorse collettive a sostegno della crisi individuale";
- c) "accoglienza, condivisione del disagio, rapporti reciproci di aiuto con gli utenti ed i loro familiari";
- d) "riappropriazione di relazioni significative e di potere sociale";
- e) "partecipazione allargata ai percorsi di cura di nuovi soggetti sociali ed istituzionali".

Risulta probabilmente più chiaro così, il perché del nostro atteggiamento ostativo nei confronti dei controriformatori: ci pare, difatti, prevalente da parte loro, più il bisogno di una contrapposizione di tipo ideologico che un confronto sulle cose fatte e sulle tante altre ancora da fare; essi sembrano più interessati a negare la storia di questi trent'anni, che a discutere su come migliorare, sempre più, il Servizio pubblico ed integrarlo con quanto si muove e pulsa intorno ad esso.

Siamo malevoli se riscontriamo nelle proposte - vecchie e nuove - il tentativo teso ad un forte ridimensionamento della centralità del Servizio pubblico a favore del privato?

Per Psichiatria Democratica, quel fare e pensare significa l'esserci come dovere pubblico, innanzitutto, ed in forma piena attraverso progetti/percorso che si sostanzino, tra l'altro, in:

- Potenziamento degli organici, con personale multidisciplinare sempre più formato alle nuove esigenze, moltiplicazione dei Centri di Salute Mentale attivi nelle 24/h ed incremento delle attività domiciliari e territoriali, in genere;

- Rendere operativi i Centri Diurni di riabilitazione in ciascun Distretto socio - sanitario, facendo in modo che essi siano inseriti nel contesto nel quale insistono, con propensione a rendere effettive e praticabili le istanze di inserimento lavorativo non occasionale ma continuativo;

- Promuovere la crescita di esperienze per l'accoglienza abitativa territoriale, capace di rispondere alle molteplici e diversificate esigenze degli utenti. Pensare a dotare ogni realtà di case - famiglia, gruppi/appartamento, case - supportate etc., in sintonia con gli enti pubblici, così da poter costantemente modulare il bisogno effettivo di risorse da mettere in campo. Vanno altresì sperimentate - utilizzando risorse certe ed adeguate - forme alternative di residenzialità, anche supportate, dove necessario, e nell'ambito di progetti individualizzati, nell'arco della giornata; va favorito, inoltre, l'affido etero - familiare, potendo contare sul sostegno formativo ed economico alle famiglie;

- Sviluppo di progetti - sperimentali ed a tempo - di sostegno, al domicilio, per persone in difficoltà nell'uso della casa e dei servizi, attraverso l'utilizzo di fondi vincolati. Ad esempio: a) introdurre la figura del tutor al domicilio (i progetti dovranno, ovviamente, essere elaborati e seguiti dal C.S.M.); b) realizzazione di programmi di formazione/lavoro a favore degli utenti dei Servizi, mediante intesa tra le Aziende Sanitarie, le organizzazioni del lavoro (dagli artigiani, agli industriali, dal privato sociale accreditato agli Enti Locali e così via), rendendo operativo un vero e proprio "Patto per il lavoro" a dimensione territoriale e regionale.

Ulteriori risorse dovranno essere reperite anche attraverso la messa a reddito del cospicuo patrimonio immobiliare degli ex Ospedali Psichiatrici, così come previsto per legge;

- Costituzione di équipe integrate, da impegnare nell'area del disagio adolescenziale;

- Sviluppo degli interventi di aiuto psicologico, con particolare interesse alla promozione di iniziative di auto mutuo-aiuto;

- Definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Come si vede, nel divenire continuo della Salute Mentale vi è tanto da fare: non resta che augurarsi che si investa piuttosto che tagliare in questo delicato ed importante settore, impegnandosi sulle cose da realizzare, per e con gli utenti, piuttosto che riaprire crociate.

Maria Luisa Zardini

Presidente A.R.A.P. - Associazione per la Riforma dell'Assistenza Psichiatrica.

La legge antimanicomi

La legge n.180/833 del 1978 decretò il "superamento degli ospedali psichiatrici" attribuendo la realizzazione degli "interventi di prevenzione, cura e riabilitazione" ai "servizi e presidi psichiatrici territoriali extra ospedalieri". La legge si esprimeva in modo molto chiaro su ciò che doveva essere abolito, ma poco o nulla diceva su ciò che si sarebbe dovuto fare. Tanto meno faceva cenno alla copertura economica necessaria alla riorganizzazione del settore psichiatrico e alla realizzazione delle strutture necessarie.

Atteggiamenti ideologici, propri soprattutto della Sinistra, hanno trattenuto la progettazione di riforme su servizi e strutture. Il primo "Progetto Obiettivo Nazionale" per la Salute Mentale risale al 1994, a ben sedici anni dalla riforma. Seguirono, a cadenza triennale, altri progetti. Benché lodevoli negli intenti e ambiziosi nelle proposte, non ebbero carattere vincolante per le Amministrazioni Locali e mancarono delle indicazioni sulle risorse economiche.

Trent'anni di convegni nazionali, regionali e dichiarazioni di principio non crearono, anzi vietarono l'attuazione di strutture e servizi adeguati per la funzionalità dell'assistenza ai malati. Si mise in pratica l'ideologia dell'antipsichiatria, che vuole i malati di mente nella società e più specificamente nella famiglia, secondo alcuni vera fucina della malattia stessa. Ancora oggi viene proibita la cura del malato non consenziente, anche se grave.

I risultati di tale decisione sono stati un notevole incremento di morti a causa di disturbi psichici. Una ricerca dell'Eurisko del 2001 ha calcolato in circa 4000 il numero di persone uccise da pazienti psicotici.

Oggi è scientificamente provato che le cause dei disturbi mentali sono prevalentemente di natura organica. Il cervello è un organo, più complesso di altri, con proprie cellule e proprie funzioni e può ammalarsi, come qualsiasi altro organo. Fra le malattie del cervello la schizofrenia è una delle più gravi. Non dà ai malati la percezione della propria condizione e quindi gli schizofrenici spesso rifiutano le cure.

A livello mondiale la percentuale degli schizofrenici si aggira sull'1,5% della popolazione: è quindi evidente che le principali cause di questa patologia non sono di natura sociale, contrariamente a quanto sostenevano i fautori della legge 180/833. Molto più alta è la percentuale di malattie come il disturbo bipolare, le depressioni gravi, i disturbi ossessivo-compulsivi, la doppia diagnosi ed altre, che raggiungono il 15 % della popolazione.

Per tutte le patologie e sintomatologie degli organi del nostro corpo ci sono divisioni negli ospedali generali, cliniche pubbliche e private. Non così per l'organo più importante del nostro corpo, il cervello.

Per i fautori della L. 180 il cervello non deve ammalarsi.

La mancanza di cure adeguate aumenta lo stigma, in quanto la malattia mentale presenta sintomi discriminanti. I familiari tendono spesso a nascondere la propria disperazione, terribile, umiliante, silenziosa, strisciante.

La nostra esperienza di Associazione di familiari di malati mentali evidenzia che, tra i malati gravi, i non consenzienti costituiscono la maggioranza. La convivenza con il malato psichico trasforma la vita dei parenti in un inferno.

Ecco due esempi fra i meno tragici.

R., figlio di una donna 70 enne diabetica e infartuata, minaccia di ucciderla con una siringa piena di aria appoggiandola al collo in modo minaccioso e insultandola continuamente. I carabinieri chiamati suggeriscono di far curare il malato oppure di avviare una denuncia.

Qualche nostro socio, costretto dall'impossibilità di continuare a convivere con l'aggressività del congiunto malato, lo ha fatto: con rammarico ha denunciato il proprio figlio schizofrenico, pur sapendo che l'aggressività era solo il risultato della malattia. Malattia non curata per legge.

Paola, schizofrenica grave, figlia di due pensionati, vive per

le strade di Roma. Spesso i Carabinieri o conoscenti, durante la notte, chiamano i genitori affinché la riportino a casa. Dopo pochi giorni ricomincia a girovagare per le strade. Rimane incinta. Nasce un figlio che non viene affidato all'ammalata e neppure ai suoi genitori, troppo vecchi. Viene affidato ad altri. E la vita randagia dell'ammalata continua.

Dati recenti comunicano il risultato di un'indagine sul nostro sistema carcerario, che vede il 20% dei detenuti affetti da disturbi mentali. Le autorità sanitarie e giudiziarie dovrebbero interrogarsi se sia legittimo non curare e abbandonare a loro stessi i più bisognosi fra i malati, gli schizofrenici. Quegli stessi malati che, quando curati, avevano dimostrato d'aver ripreso una vita normale ed equilibrata, recuperando l'affettività verso i propri congiunti e parenti.

La conclusione di un'indagine conoscitiva alla quale era giunta la XII^a Commissione di Igiene del Senato della XIV^a legislatura sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia è stata che: "gli obiettivi della legge 180 di tutelare i diritti del paziente, favorire il recupero sociale e promuovere un modello assistenziale allargato sul territorio sono rimasti sostanzialmente inattuati".

L'attuazione di servizi indispensabili ed efficienti è lasciata alla buona volontà di alcune amministrazioni locali. Si tratta di eccezioni. L'ARAP e le Associazioni aderenti alla FISAM, Federazione di Associazioni con lo stesso scopo dell'ARAP, hanno molti soci in tutte le Regioni d'Italia a testimonianza dell'inefficienza dell'assistenza psichiatrica e dell'esigenza di una riforma.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) ha dato vita ad un progetto denominato ESEMeD per tracciare un quadro della prevalenza dei disturbi mentali e dei fattori a rischio. Sono state intervistate oltre 6000 persone adulte. Sono stati rilevati i seguenti risultati.

I problemi di salute mentale rappresentano quasi il 20% del totale delle malattie. Almeno 1 persona su 4, in una specifica fase della propria vita, soffre a causa di un problema mentale. Circa la metà delle persone che soffrono di depressione non vengono mai curate. Una percentuale compresa fra il 44 e il 70% di coloro che soffrono di problemi mentali non si è mai sottoposta ad alcuna terapia. Anche per i giovani il prezzo della malattia mentale è altissimo, specie se trascurata. I ricercatori dell'Istituto americano per la Salute Mentale (NIMH) hanno constatato che la metà delle malattie mentali che si protraggono per tutta la vita iniziano già verso i 14 anni e che, nonostante l'esistenza di terapie efficaci, passano molti anni o addirittura decenni tra l'insorgenza dei primi sintomi e l'assunzione delle terapie. Le ricerche hanno inoltre dimostrato che la malattia mentale non trattata può sfociare in patologie più gravi o facilitare l'insorgenza di altre psicopatologie. L'atmosfera familiare diventa talmente alienante e invivibile, che spesso si ammalano gli stessi familiari.

L'esperienza dell'ARAP, maturata in trent'anni di attività attraverso il Centro d'Ascolto, ci dice che neppure per i pazienti psichiatrici disposti ad essere ricoverati in una comunità terapeutica o in una casa alloggio si trova la soluzione: le strutture sono poche, i letti pochissimi. Al di fuori del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), l'attuale legge non prevede un luogo ove poter curare per il tempo necessario il malato di mente, anche se bisognoso di diagnosi e di cura prolungata in luogo adeguato, osservato da personale specializzato.

Possiamo così riassumere i punti cruciali non risolti:

- la psichiatria non è sentita in Italia una priorità. In Inghilterra, viceversa, è posta alla pari di altre importanti discipline mediche (oncologia, cardiologia). Lo Stato italiano si è disimpegnato in relazione al problema;

- Scarsità di fondi (la sua entità finanziaria nel Libro Verde sulla Salute Mentale edito dalla commissione della Comunità Europea nel 2005 non è neppure indicata). Nel raffronto con altri paesi, la percentuale di spesa sanitaria destinata in Italia alla salute mentale è notevolmente inferiore.

- Impossibilità di curare in modo adeguato le fasi acute della malattia. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) previsto dalla Legge 180/83 è, di fatto, una misura dell'ultimo momento, che risulta terribilmente avvilente, inutile e spesso controproducente sia per il malato, sia per la famiglia. La permanenza del malato nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura è limitata a pochi giorni. I letti sono limitati. L'ambiente è sovraffollato e disagiato. C'è una grande fretta di rimandare a casa il malato.

- Per la fascia di utenza più grave e bisognosa, per la quale si renda necessario un prolungamento del trattamento intensivo oltre la fase acuta, la legge non prevede specifiche strutture con precisi standard, lasciando alle iniziative delle amministrazioni locali totale discrezionalità. Conseguenza una grave carenza nel settore, l'abbandono dei pazienti, il loro carico interamente alle famiglie. Laddove l'amministrazione si proponga con saggezza e si renda disponibile ad intervenire con impegno ed investimenti adeguati, è la legislazione a vanificare ogni sforzo. Gran parte dei pazienti psicotici, tossicodipendenti o con "doppia diagnosi" rifugge il percorso riabilitativo a cui è fortunatamente approdato, poiché quest'ultimo richiede un processo di recupero talora lento e in ogni caso impegnativo. Ma non essendoci in Italia la possibilità di obbligare il paziente alla residenza comunitaria (salvo non abbia già commesso dei crimini) questi abbandona la comunità per tornare puntualmente in famiglia ad arrecare inevitabilmente scompiglio e sofferenza.

- Nessuna risposta per i "non consenzienti": i familiari che chiedono aiuto ai Centri di Salute Mentale (CSM) possono sentirsi dire che "è diritto del malato finire sotto i ponti". È una risposta barbara, cinica, che non può più essere accettata;

- Negazione della cronicità, quindi mancanza di strutture adeguate;

- Negazione della pericolosità come "caratteristica e sintomo di forme di malattia mentale", come dice il prof. Vittorio Andreoli;

- Insufficienza di strutture per la riabilitazione e l'inserimento lavorativo;

- Mancanza di una "presa in carico" del malato di mente, in ogni fase della sua malattia: cura, riabilitazione, inserimento sociale e lavorativo.

Eppure, malgrado la mancanza di strutture e budget per la loro realizzazione, ci sono oggi operatori validi ed umani che si dedicano interamente ai malati. La loro dedizione viene però invalidata dalla mancanza del sostegno amministrativo dei progetti e delle strutture e dall'inadeguatezza della legislazione vigente. Essa vanifica gli sforzi -talora incredibili- del personale sanitario, le cui competenze vengono spesso sottovalutate, quando non francamente umiliate.

Il tempo dei manicomi è finito, ma deve finire anche il tempo dell'indifferenza e dell'ipocrisia. Della mancanza di aiuto ai malati e ai familiari. Deve finire la logica del "letto di Procuste" per la quale, invece di adattare la legislazione alle reali esigenze dei malati, si cerca con cinica insensibilità e stupida ottusità di rinchiudere forzatamente ed adattare i sofferenti dentro la scatola dell'ideologia (dietro la quale, quasi immancabilmente, si muovono curiosamente grossi interessi economici personali). Milioni di persone

sono coinvolte nel problema della malattia mentale. In questi 30 anni quanti giovani sono diventati cronici o sono morti perché non si è intervenuto adeguatamente ed in tempo utile? E chi è responsabile del NULLA di fatto?

Prima di rivolgersi alla nostra associazione, i nostri soci erano ricorsi ai Centri di Salute Mentale esponendo la situazione patologica del proprio congiunto, ricevendo, spesso, risposte tanto stereotipate quanto inutili: l'operatore ripeteva di non poter fare niente se il malato non si recava volontariamente al Centro.

Eppure, oggi esiste una vasta gamma di medicinali per far fronte alle varie forme di malattie mentali che rappresentano un valido sostegno.

Oltre alle varie strutture psichiatriche, la nuova legge deve prevedere la presa in carico del malato con visite domiciliari a coloro che possono vivere in famiglia o da soli. Se la cura prescritta non viene assunta, se il malato viene lasciato solo, inevitabilmente ritorna in fase acuta e quindi necessita di una nuova ospedalizzazione. Si resta quindi sempre all'interno di quel perverso giro di giostra rappresentato dalla cosiddetta "posta girevole".

Fra psichiatria e psicologia

Coerentemente con il rifiuto di una visione unitaria della disciplina psicologica, Gian Franco Minguzzi, psichiatra, percettologo, docente di psicologia, segretario di Psichiatria Democratica e "co-pensatore" della Legge 180, aveva rifiutato, all'inizio degli anni '80 di aderire al costituendo Dipartimento di Psicologia dell'Ateneo bolognese nel quale insegnava, preferendo afferire, e motivando la scelta in più di una occasione, per quel che riguardava la sua attività di ricerca accademica, al Dipartimento di Filosofia del medesimo Ateneo.

Scriveva nel 1974 con il preciso intento di mantenere vivace un dibattito già iniziato negli anni Gian Franco Minguzzi "chi sono queste persone il cui ruolo professionale è nuovo per l'Italia? Quali sono i loro compiti? Quali i loro problemi?"

Trenta anni fa, quando si lavorava negli Ospedali Psichiatrici e si concordava nella necessità di modificare le modalità di trattamento del disagio psichico, più figure si adoperarono nella riflessione del come ciò avrebbe potuto essere possibile: erano laureati in medicina, filosofia, sociologia, erano infermieri, assistenti, figure professionali molto sfaccettate quelle che hanno portato un contributo diretto alla riforma e alla pratica successiva del lavoro di équipe nei servizi di Salute Mentale. Essi hanno rivestito un ruolo "nuovo" e rivestono un ruolo particolare nella mappa dei ruoli della macchina organizzativa riferita al disagio psichico.

Nel manicomio degli anni '70 non esistevano psicologi ma solo medici psichiatri, infermieri psichiatrici, inservienti, pazienti. Lo psicologo, infatti, esiste come figura professionale solo da quando è stato approvato nel 1989 l'ordine degli psicologi. La figura di psicologo di comunità attento oggi allo sviluppo di reti sociali che rispondono al bisogno di costruire nuovi percorsi di socialità, in linea proprio con i punti fermi sanciti dalla Legge 180. Una figura di esperto che interpretando quelle forme di disagio diffuso che poco avevano a che fare con la sola patologia psichiatrica organizza insieme alle équipe multiprofessionali azioni finalizzate a prevenire forme di disagio severo e promuovere salute. Sono molti oggi gli psicologi che hanno incominciato a fare pratica, parola assai nota ai promotori del cambiamento, sul territorio accanto ai famigliari e ai pazienti che dovevano reinventarsi un modo altro di convivere con la propria sofferenza, sia essa diretta come portatori di disagio o come famigliari di sofferenti psichiatrici. In questi 30 anni, al di fuori delle mura psichiatriche, attraverso percorsi di ricerca, finanziati fino a pochi anni fa dagli organi competenti (CNR, OMS, Ministero della Ricerca, ecc), sono state progettate e ricercate azioni finalizzate a rispondere ai bisogni dei gruppi e degli individui impegnandosi su campi ancora oggi fondamentali quali la dialettica che si instaura fra partecipazione e gestione sociale nell'ambito della salute mentale con ricerche sulla rappresentazione sociale del malato e della malattia mentale, la valutazione della qualità dei servizi di psicoterapia nel pubblico e nel privato, le modalità di manifestazioni e funzionamento dei comportamenti umani, mantenendo alta l'attenzione sui rischi sottesi alla mancanza di riflessione sui confini che esistono fra intervento sociale e sanitario, sul senso della prevenzione, sulle nuove forme di manifestazione di disagio psichico, sulle modalità attuali di inclusione ed esclusione sociale, sul significato di promozione della salute, ecc...

Accanto a questa figura di psicologo che lavora oggi in accordo con le altre figure professionali e risorse umane impegnate nei Dipartimenti di Salute Mentale per progettare e realizzare progetti di intervento nell'ambito della Salute Mentale non va dimenticato lo psicologo "ricercatore di base", lo psicologo attento allo studio dei processi mentali, lo psicologo che fa pratica clinica e verifica contestualmente, alla luce dei contributi più recenti nell'ambito della cognizione, dei processi mentali, delle neuroscienze nuove forme di sapere rivolte ad una migliore conoscenza dei comportamenti umani ed un loro trattamento lì dove questi dovessero essere fonte di disagio.

Silvana Contento
Presidente Istituzione Gian Franco Minguzzi
Provincia di Bologna

Gisella Trincas

Presidente UNASAM (Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale).

Volevamo che i nostri cari fossero aiutati

Ciò che è accaduto negli anni successivi all'approvazione della Legge 180 è chiaro a tutti: non si voleva attuarla. Evidentemente qualcuno ci perdeva, o vi erano interessi economici e politici che cozzavano con gli interessi della collettività, con il bene pubblico, con la "salute pubblica". Furono anni molto difficili perché i manicomi venivano "svuotati" selvaggiamente e nel territorio non nascevano nuovi servizi.

Le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale, emanate dal Ministero della Salute nel marzo scorso e approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, fanno proprie le indicazioni formulate dalla Conferenza di Helsinki e contenute nel Libro Verde della Commissione Europea. I due documenti pongono l'accento sulla validità etica e sull'efficacia dell'esperienza italiana. La nostra Legge 180, inglobata nella Legge di Riforma Sanitaria n° 833 del 1978, è infatti legge di grande civiltà, che ha avviato un percorso di trasformazione culturale e pratico dal quale è impensabile poter tornare indietro. Non si tratta solo di "chiudere i manicomi", ma di spostare l'attenzione dalla malattia alla persona sofferente, al suo contesto di vita, ai suoi bisogni, alla ripresa possibile. Il lungo e complesso processo sociale che ha portato all'approvazione della Legge di Riforma Sanitaria è stato possibile non solo grazie al movimento antistituzionale guidato da Franco Basaglia, ma anche alla partecipazione del movimento degli studenti, dei lavoratori, delle donne. I principi e gli obiettivi della Legge di Riforma, a trenta anni dalla sua promulgazione, non sono del tutto concretamente attuati, ma mantengono tutta la loro forza e validità, in quanto principi sanciti dalla nostra Carta Costituzionale.

Oggi, a 60 anni dalla nostra Costituzione e 30 dalla Legge di Riforma Sanitaria, analizzare i progressi fatti con la dovuta obiettività, è doveroso e necessario. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ha consentito l'accesso al diritto alla "tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana e il complesso delle funzioni, delle strutture e delle attività sono destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali, assicurando l'uguaglianza dei cittadini.

Tra gli obiettivi da perseguire, la Legge di Riforma Sanitaria indica con chiarezza: "la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discri-

minazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e favorendo il recupero ed il reinserimento sociale delle persone colpite da sofferenza mentale".

Gli artt. 33, 34, 35, 64, 65, 66 affrontano specificatamente le questioni della salute mentale indicate dalla Legge 180, definendo percorsi e responsabilità istituzionali. Spetta alle Regioni disciplinare l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale. Di norma tali interventi sono attuati dai servizi e presidi territoriali non ospedalieri.

Ciò che è accaduto negli anni, subito dopo l'approvazione della Legge di Riforma Sanitaria, è chiaro a tutti: non si voleva attuarla.

Evidentemente, qualcuno ci perdeva. Vi erano interessi economici e politici che cozzavano con gli interessi della collettività, con il bene pubblico. Con la "Salute Pubblica".

Furono anni molto difficili perché i Manicomi venivano "svuotati" selvaggiamente e nel territorio non nascevano i nuovi servizi.

I Manicomi venivano "alleggeriti" ma non chiusi e le condizioni di vita delle persone che ancora vi erano internate peggioravano vergognosamente. Ciò che stava accadendo era indegno di un Paese civile, come dimostrato dalle inchieste giornalistiche e parlamentari degli anni 80 e 90 (suggerisco la lettura di "Manicomio Italia" di Franco Stefanoni - Editori Riuniti). Qualcuno, pretestuosamente, attribuiva la responsabilità alla Legge 180, ma noi familiari sapevamo bene che così non era ed è da questo tentativo di strumentalizzazione che parte la storia del nostro movimento. Noi non volevamo il manicomio. Volevamo per noi una "normalità di vita" che non costasse l'internamento dei nostri cari.

Volevamo che fossero aiutati, che avessero le giuste cure, che potessero venir fuori da una situazione che pareva senza via d'uscita.

E volevamo, così come in-

dicava la Legge di Riforma Sanitaria, che nel "territorio" si sviluppasse i servizi, le "case famiglia". Volevamo che i nostri cari non venissero "deportati" in altre regioni, lontani dalle loro case, dai loro affetti.

Per noi, ciò che accadeva in alcuni luoghi simbolo, grazie allo straordinario lavoro portato avanti da coraggiosi e instancabili operatori della salute mentale (Trieste, Gorizia, Arezzo, Imola, Perugia, Modena, Reggio Emilia, Merano, Napoli, Pordenone, Ales, Torino, Mantova, Roma, e altri ancora) era la dimostrazione pratica che, se si voleva, la Legge di Riforma poteva essere applicata in tutto il Paese. Era chiaro che quelle pratiche cambiavano la qualità della vita delle persone, che la sofferenza mentale era una condizione umana con la quale si poteva convivere, se adeguatamente sostenuti e compresi.

Il nostro impegno è partito nelle nostre città, dalle nostre storie personali, dalla costruzione delle Associazioni quale strumento di partecipazione, di condivisione e crescita collettiva.

Nel 1986, le nostre prime Associazioni dei familiari (nove, sparse sul territorio nazionale), si costituiscono in Coordinamento Nazionale e promuovono in tutto il Paese un'intensa attività di partecipazione politica che coinvolge migliaia di famiglie. È svelato l'inganno. Sono chiare le inadempienze e le responsabilità istituzionali.

Nel 1993 il Coordinamento promuove la nascita dell'Unione Nazionale delle Associazioni dei Familiari, che si sviluppa velocemente sull'intero territorio nazionale. Il confronto istituzionale si fa più serrato e



si sposta su più livelli. Le nostre proposte divengono più concrete e chiare. Partecipiamo alla Commissione Ministeriale per il superamento degli Ospedali Psichiatrici, ai lavori delle Commissioni Parlamentari, sosteniamo fortemente l'iter di approvazione dei Progetti Obiettivo Nazionali Salute Mentale. Sperimentiamo noi stessi percorsi concreti di "buone pratiche", promuovendo piccole residenze, cooperative sociali, l'auto-aiuto, laboratori culturali, attività formativa, centri di ascolto... Si tratta dell'Organizzazione maggiormente rappresentativa delle famiglie Italiane, sia in termini di "storia", sia in termini di rappresentanza effettiva: 160 Associazioni impegnate in 19 Regioni, oltre 15.000 famiglie associate.

I rapporti internazionali si sviluppano con l'adesione all'EUFAMI (Organizzazione Europea delle Associazioni dei familiari), la collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Associazione Mondiale di Riabilitazione Psicosociale (WAPR).

Sollecitiamo l'attuazione di piani di intervento per la realizzazione dei servizi territoriali di salute mentale capaci di farsi carico della domanda di salute della comunità

nelle 24 ore; il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e di tutti i luoghi di internamento.

Oggi, nonostante l'impegno di tanti (operatori, amministratori, familiari, volontari, utenti dei servizi, operatori, sindacati), permangono delle situazioni assolutamente inaccettabili e in contrasto con le norme nazionali e comunitarie che abbiamo condiviso:

- Cliniche psichiatriche private che assorbono una quantità mostruosa di risorse pubbliche senza garantire esiti positivi;

- Una miriade di istituti e strutture residenziali fuori da qualunque controllo sulla qualità della vita delle persone che vi sono accolte e sull'efficacia degli interventi;

- Un numero elevato di Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura in cui vengono violati i diritti umani (contenzione fisica, porte chiuse, elettroshock e forte contenimento farmacologico);

- Tanti servizi territoriali di salute mentale che faticano a garantire programmi di intervento che restituiscano speranza di guarigione alle persone con sofferenza mentale;

- Difficoltà oggettiva di tanti servizi di salute mentale a considerare "risorse" le persone e le famiglie nel processo della "presa in cura". Questo si traduce in un intervento prevalentemente ambulatoriale/farmacologico che "scarica" sulla famiglia il peso maggiore dell'assistenza, compromettendo la possibilità di ripresa della persona.

- Non solo gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari non sono stati superati ma, in alcuni, aumenta in maniera molto preoccupante il numero degli internati.

C'è quindi ancora molto da fare e, riferendoci alle Linee di Indirizzo emanate dal Ministero della Salute, ci pare utile sottolineare un punto strategico:

"Promuovere la salute mentale nella comunità: ...In una società che presenta una maggiore domanda di salute mentale, l'intera collettività è chiamata a rispondere integrando politiche per la salute, per l'istruzione, per il lavoro, per la tutela sociale, per le pari opportunità e per il contrasto alla povertà ed all'emarginazione. La costruzione di un nuovo welfare di comunità non può non comprendere una politica di salute mentale integrata con tutte le altre politiche sociali e questo ad ogni livello istituzionale...Tutti i livelli della pubblica amministrazione e del mondo professionale sono coinvolti: ministeri, regioni, autonomie locali, aziende sanitarie, professionisti delle agenzie sanitarie e sociali del territorio, terzo settore, volontariato ed associazioni di utenti e familiari... Le regioni e le province autonome devono esplicitare come intendono realizzare gli obiettivi strategici richiesti dal presente piano nel triennio, attraverso un proprio Progetto Obiettivo, dal quale risultino evidenti sia le forme organizzative istituzionali della programmazione e della assistenza, sia il ruolo effettivo che le attività integrate di salute mentale dell'adulto e dell'infanzia hanno nei territori locali.

Tra le priorità individuate: centralità dei diritti sociali e di cittadinanza, in particolare quelli relativi alla cura delle persone affette da disturbi psichiatrici, in primo luogo da quelli più invalidanti, a sostegno di un approccio clinico non violento e non intrusivo, nella sfera della mente e del corpo, ma altamente responsabile sotto il profilo tecnico ed etico"

È chiaro quanto sia determinante, in questo percorso di cambiamento e di trasformazione dei servizi, che i familiari e le persone che vivono l'esperienza della sofferenza mentale non abbassino il livello di guardia. Che si facciano parte attiva nel processo di cura, che conoscano quanto di importante sta avvenendo in tante parti del Paese (consiglio di visitare il sito www.formsalutementale.it), dove si privilegiano i percorsi di cura personalizzati, l'abitare assistito, il sostegno al lavoro, nel rispetto della dignità umana e nella libertà.

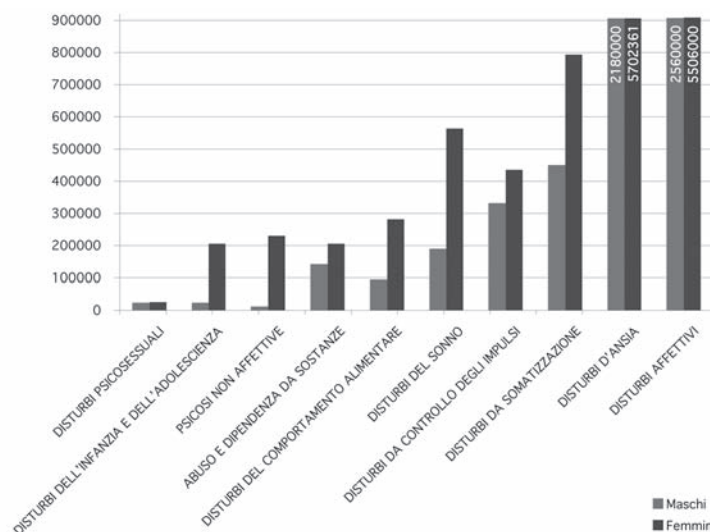
Interdizione ed inabilitazione

L'interdizione e l'inabilitazione sono degli strumenti istituiti dal legislatore per tutelare le persone che sono diventate incapaci di curare i propri interessi. La logica legislativa è di evitare che soggetti con infermità mentale possano compiere atti pregiudizievoli. Questi istituti limitano però totalmente o parzialmente la capacità giuridica di agire.

L'interdizione viene applicata dal magistrato se alla persona viene definita l'incapacità assoluta, mentre l'inabilitazione si applica quando l'infermità mentale riduce solo parzialmente le capacità del soggetto. L'interdizione è applicabile alle persone maggiorenni, determina un'incapacità a compiere atti giuridici identica a quella in cui si trova il minore. Gli atti legali e giuridici di competenza all'interdetto vengono delegati dal magistrato ad un tutore (art. 427 c.c.) scelto fra il coniuge non separato o divorziato, il padre, la madre, un figlio maggiorenne. In casi in cui non sia possibile trovare un parente disponibile viene designata una persona con testamento dal genitore superstite. L'inabilitato non necessita invece del tutore ma deve per legge essere assistito da un curatore nel compimento di atti di particolare rilevanza. L'azione di inabilitazione o interdizione può essere promossa, secondo l'articolo 417 del Codice Civile, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal tutore o curatore o dal Pubblico Ministero.

A.G.

Prevalenza dei disturbi psichiatrici in Italia



FONTE: ISS - PRIMA CONFERENZA NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE (GENNAIO 2001)

Mario Novello
Direttore del Dipartimento di Salute Mentale
Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli".

Storia ed evoluzione della riforma psichiatrica

La perizia psichiatrica smise di essere un semplice ed opaco ingranaggio di un meccanismo procedurale automatico che smistava gli internamenti riproducendo le categorie (mentali/culturali/istituzionali) di incapacità e di pericolosità ma divenne uno strumento sensibile di comprensione di storie personali e di fatti-reato, di individuazione ed orientamento di pratiche di reintegrazione e di riabilitazione.

La problematica inerente l'Amministrazione di Sostegno, pur presente nel diritto europeo, è maturata nell'ambito dell'esperienza di superamento dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale (O.P.P.) di Trieste e delle culture e pratiche manicomiali che Franco Basaglia aveva avviato nel 1971, a prosecuzione dell'esperienza di Gorizia.

Il superamento dell'O.P.P. metteva in discussione l'intero impianto legislativo vigente, che si fondava sulla L. 36 del 1904 e che trovava coerente riscontro nel Codice Penale e nel Codice Civile.

L'art. 1 della legge recitava "Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo...". La persona veniva internata - sostanzialmente per sempre - con un decreto di internamento definitivo del Tribunale e veniva interdetta. Scopo della legge non era la cura, ma l'internamento degli alienati nell'illusione di poter proteggere la società da presunti pericoli e dalla follia che veniva altrettanto illusoriamente razionalizzata nella malattia e segregata.

Il Codice Penale del 1930 aveva introdotto o rafforzato le misure di sicurezza presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G.) attraverso la codificazione di un complesso sistema di automatismi che si legittimavano con la presunzione di incapacità di intendere e volere e di pericolosità sociale, inducendo le già dure logiche di internamento e rafforzando lo stereotipo del pazzo criminale e della follia come potenziale criminalità. Gli artt. 414 e 415 C.C. riflettevano a livello civilistico la stessa concezione politico-culturale. Era complessivamente un sistema coerente ed organico.

La Costituzione della Repubblica Italiana ha posto su basi completamente nuove e diverse la questione dei diritti fondamentali della persona, dell'accesso ai diritti di cittadinanza, della promozione a tale accesso per tutti i cittadini e quindi anche per le persone con disturbo mentale.

La L. 431/68 ha aperto un primo spiraglio nel precedente sistema così monolitico prevedendo la possibilità di accesso volontario alle cure psichiatriche per ogni cit-

tadino, anche per le persone internate in O.P.P., qualora ve ne fossero le condizioni, senza che il loro nome venisse iscritto nel Registro degli alienati che si trovava nelle Questure.

La sentenza 25 gennaio 2005- 8 marzo 2005 n. 9163 della Suprema Corte di Cassazione - Sezioni Unite Penali in alcuni passaggi evidenzia il radicale cambiamento di prospettiva politico-giuridica compiuto con la Costituzione della Repubblica.

L'impianto legislativo e culturale della L.36/1904 è stato completamente rovesciato dalla L. 180/78 che ha riconosciuto e raccolto alcune esperienze di cambiamento organizzativo, pratico e culturale in corso in Italia, ma, soprattutto, a Trieste.

Alcuni esponenti della Magistratura triestina hanno chiesto agli psichiatri che avevano contribuito con il loro lavoro ad un così profondo cambiamento legislativo di misurarsi con la questione psichiatria-giustizia nella nuova prospettiva che la L. 180/78 aveva aperto.

L'invito era stato raccolto anche perché, dopo l'affermata abolizione dei manicomi, rimaneva completamente aperta e quasi oscurata la questione degli O.P.G., delle norme e delle culture che li sostenevano, e la questione dell'interdizione-inabilitazione.

Fino al 1982, ma anche in seguito, il lavoro peritale era orientato alla rivisitazione critica degli stereotipi e dei pregiudizi che i tradizionali saperi psichiatrici, intrinsecamente manicomiali, riproponevano come "scienza", alimentando gli automatismi procedurali e le presunzioni di incapacità di intendere e volere e di pericolosità. Essendo il sistema rigido e bloccato sotto un profilo procedurale, il contributo possibile - culturalmente ed eticamente dovuto - consisteva nella proposizione di nuove e più complesse conoscenze e comprensioni delle persone e delle loro storie, più aderenti alla realtà. Venivano rivisitate la concezione della malattia, il suo rapporto con le storie personali e sociali delle persone, la sua idoneità per lo più non assoluta a determinare le azioni delle persone e a condizionarne la responsabilità. Veniva evidenziato che la malattia non costituisce

l'attributo unico, totalizzante e qualificante di una persona che diventa malato di mente. Veniva rivisitata alla luce di nuove conoscenze e di nuove esperienze la concezione della pericolosità sociale, non più attribuito esclusivamente intrinseco della persona malata, ma risultante di variabili personali e di contesto, su ognuna delle quali era possibile intervenire positivamente.

Il lavoro nel territorio e nella comunità evidenziava che le persone, ancorché portatrici di un disturbo mentale, avevano risorse positive da mettere in gioco nel campo della vita e delle relazioni. Pur necessitando spesso di aiuto, avevano capacità di agire a vari livelli, in diversi campi. Nella pratica, nella comunità, ovvero in una realtà non istituzionale, era evidente che non erano totalmente ed assolutamente incapaci come invece l'internamento manicomiale, i suoi presupposti, le sue regole, i suoi condizionamenti, i suoi effetti, avevano imposto ed in parte prodotto all'interno del recinto istituzionale.

Con la sentenza n. 139, la Corte Costituzionale nel 1982 ha cominciato ad intaccare il meccanismo della presunzione di pericolosità e ha imposto la verifica della permanenza o meno di una condizione di pericolosità in una persona prosciolta per vizio di mente. Altre importanti sentenze sono seguite negli anni fino alla più recente e molto importante sentenza n. 253/2003. Sentenze sempre orientate alla critica delle presunzioni e degli automatismi procedurali ed al riconoscimento dei diritti fondamentali della persona attraverso il riconoscimento della reale condizione nel concreto caso specifico, prendendo atto che un'adeguata presa in carico era efficace e configurava il diritto alla salute.

Il lavoro di salute mentale che si sviluppava nella comunità poteva essere compiuto anche nei confronti delle persone con disturbo mentale che avevano commesso reato. Ovvero, era possibile operare con maggiore consapevolezza ed incisività anche sulla questione della pericolosità, sia nella pratica, sia nella teoria, senza scivolare nell'ideologia (nel 1985 il gruppo di Trieste fu invitato come interlocutore dalla Società di

Psichiatria Forense in un Convegno a Gargnano).

La perizia psichiatrica smise di essere un semplice ed opaco ingranaggio di un meccanismo procedurale automatico che smistava gli internamenti riproducendo le categorie (mentali/culturali/istituzionali) di incapacità e di pericolosità, ma divenne uno strumento sensibile di comprensione di storie personali e di fatti-reato, di individuazione ed orientamento di pratiche di reintegrazione e di riabilitazione, rimettendo a fuoco il delicato equilibrio tra diritti e doveri, comprensione (delle storie e del divenire della persona), determinismo (della malattia) e responsabilità (personale). La perizia come strumento di conoscenza e di cambiamento, di restituzione di diritti e di doveri, di individuazione dei livelli di responsabilità (e poi della capacità di stare in giudizio, del diritto di stare in giudizio, quando possibile).

Il c.d. malato di mente non è più soltanto la sua malattia, non viene più identificato con la sua malattia, ma è una persona che, pur afflitta da un disturbo mentale che lo può variamente limitare e condizionare, dimostra di possedere capacità molteplici. Nella concretezza della vita quotidiana dimostra di non essere una persona totalmente incapace come stereotipi e pregiudizi, tradotti in leggi, organizzazioni istituzionali e "comune sentire", hanno imposto per tanto tempo, creando un condizionamento effettivo.

Il primo snodo fondamentale è stato ed è quello del giudizio di incapacità, giudizio che innanzitutto nullifica la persona e ne sancisce l'irresponsabilità assoluta, condizione che, in generale, non trova riscontro nella realtà, se non eccezionalmente, e secondariamente implica che un altro, persona o istituzione, si sostituisca a lei e ne diventi responsabile in sua vece e ne risponda.

Per rappresentare criticamente le nuove problematiche, le nuove esperienze e le prospettive che si aprivano con il percorso avviato, nel 1984 il prof. Cendon, insieme al Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, ha organizzato un Convegno sulla capacità di intendere e di volere in ambito penale. Anche nel panorama nazionale si era aperto un primo spiraglio sulla compatibilità nel caso concreto di infermità di mente e responsabilità penale (prof. G.L. Ponti).

Il passaggio successivo - dall'incapacità e dall'irresponsabilità in ambito penale a quella in ambito civile - è maturato con un approccio critico all'istituto dell'interdizione (art. 414 C.C.) e dell'inabilitazione (art. 415 C.C.).

Nel 1986 il prof. Cendon, in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, ha organizzato il Convegno di Studi "Un Altro Diritto per il Malato di Mente. Esperienze e Soggetti della Trasformazione" e ha presentato e discusso la prima stesura del progetto di legge relativa alla Amministrazione di Sostegno.

A cosa servono oggi i "ludica"

La salute mentale in zone di guerre recenti

"Li chiamavano ludica (manicomi) fino a qualche anno fa e qualcuno li chiama ancora così. Ma noi no. A noi non piace questo nome: qui dentro non ci sono ludi (matti), ma persone. Miša Glavonji è di Belgrado, è medico psichiatra e uno dei responsabili del centro di salute mentale Laza Lazarevic, è uno dei testimoni diretti della grande transizione che sta vivendo il suo paese, la Serbia, in questi ultimi anni: cambiamenti istituzionali, politici, economici. Ma anche e soprattutto cambiamenti sociali. Se ne accorge proprio dal suo lavoro, al centro di salute mentale di Belgrado. "Questo centro esiste da 145 anni, prova solo a immaginare quanto il nostro mondo e il nostro paese è cambiato da allora. E anche i pazienti del Laza sono cambiati". Molti studi, infatti, concordano su una cosa: ci sono degli elementi sociali, i cosiddetti fattori di vulnerabilità, che possono rendere più ampio e diffuso il fenomeno del disagio mentale.

La sofferenza psichica, cioè, cresce notevolmente quando sono messe in discussione le basi della propria identità culturale, quando si perde lo status precedente, quando il supporto sociale è assente o inadeguato, quando si è costretti forzatamente a migrare, se si devono affrontare gravi lutti. È facile allora capire perché il problema del disagio mentale sia così diffuso in un paese come la Serbia. Sono proprio gli avvenimenti capitati a questo paese negli ultimi 15 anni ad esasperare i suoi "fattori di vulnerabilità": il collasso di un intero sistema politico ed economico, l'esplosione della conflittualità etnica, le vittime della guerra, le migliaia di profughi e di rifugiati, la debolezza del nuovo Stato e delle sue strutture, l'indebolimento delle reti parentali e sociali.

Con Miša lavora anche Dragana Stankovi, psicologa specializzata. "Quello che più colpisce noi operatori dei centri di salute mentale è l'onda lunga della tensione degli anni scorsi, e quanto questa stia influenzando la vita della gente comune. Paradossalmente, c'erano meno pazienti ricoverati al Laza quando c'erano guerre in tutti i Balcani: la gente era più attiva, pensava a come sopravvivere. Oggi invece tutto è depresso, tutto è apatico". Questa apatia generalizzata ha un duplice effetto: da un lato la mancanza di sostegno (istituzionale, sociale, familiare) alle fasce più deboli ha aumentato il numero delle persone da ricoverare ed ha accentuato lo stato di indigenza e solitudine di chi ricoverato lo era già. Dall'altro, sono crollate le motivazioni professionali di operatori e infermieri, che si sentono abbandonati proprio come i loro pazienti.

"Oramai agli ospedali psichiatrici si rivolgono tutti coloro che hanno problemi di povertà economica, relazionale o sociale", continua Dragana. Ed anche le statistiche supportano questa considerazione: si calcola che all'interno delle strutture manicomiali della Serbia almeno il 25% dei ricoverati non presenti patologie che ne giustifichino il ricovero (in alcuni casi si arriva addirittura al 45%). Gli ospedali psichiatrici sono dei "recipienti per rifiuti" della società.

Con l'obiettivo di diffondere un modello organizzativo nuovo e sostenibile a livello nazionale, regionale e locale, è nato un anno fa il Centro di salute mentale Medijana a Niš, nel sud della Serbia. Il progetto, fortemente sostenuto da Caritas Italiana e da Caritas Serbia e Montenegro, nasce come vera e propria opera-segno: un nuovo modo di affrontare la tematica della salute mentale, dove il paziente viene trattato non solo dal punto di vista medico, ma anche personale. È un modello nuovo per il paese, poiché le forme di trattamento sono tutte alternative al tradizionale ricovero ospedaliero. Ed è l'intera comunità sociale a venire responsabilizzata nella cura dei suoi elementi più deboli.

Approdo finale di questo cammino comune tra pazienti, operatori e comunità dovrebbe essere il reinserimento del paziente stesso nel suo ambiente familiare, sociale e lavorativo: il Medijana vuole dimostrare che i centri di salute mentale devono essere un luogo di passaggio e una sistemazione provvisoria, non un punto di approdo ed una sistemazione definitiva.

Grazie alla spinta data dagli incontri, organizzati da Caritas Italiana tra leader politici, direttori e medici dei centri psichiatrici di tutta la Serbia, è stata creata presso il Ministero della Salute una Commissione Nazionale per la Salute Mentale: operatori del settore e uomini delle istituzioni stanno provando a rimuovere gli ostacoli alla crescita di esperienze così positive, creando un fertile terreno legislativo e sociale per affrontare i problemi della salute mentale.

Le premesse buone sembrano dunque esserci tutte: società civile, medici e istituzioni che remano nella stessa direzione per aiutare nella maniera migliore chi è più debole ed emarginato socialmente. Perdere un'occasione del genere sarebbe da manicomio.

Daniele Bombardi

Coordinatore progetti di Caritas Italiana in Serbia e Bosnia Erzegovina.

Paolo Cendon

Professore ordinario di Istituzioni di diritto privato all'Università di Trieste.

Non abbandonarmi, non mortificarmi

Il mondo non è fatto unicamente di soggetti sani al 100%, oppure malati di mente al 100%. Innumerevoli sono gli esseri umani che sul piano dell'intendere o del volere si collocano a metà strada, che stanno psichicamente "così così".



1. Poche altre discipline, fra quelle introdotte di recente in Italia, si presentano agli occhi del lettore con un volto promettente e, al tempo stesso, sofferto quanto l'amministrazione di sostegno. Così già a ripensare le tappe che separano, cronologicamente, la redazione del primo progetto rispetto alle ultime fasi dell'approvazione parlamentare: un arco di più di quindici anni fra la data del famoso convegno triestino del 1986 e il voto conclusivo del Senato, pochi giorni prima del Natale 2003. Con un'altalena di successi contingenti (al Consiglio dei ministri, in qualcuna delle commissioni, in questa o quell'aula) e puntuali delusioni alla scadenza dei lavori; rimbalzando fra una legislatura e l'altra, ogni volta a ricominciare!

Un testo messo a punto, come spesso accade alle normative sui soggetti deboli, con grandi aspettative e fervente attenzione. Seguito poi nel cammino romano, passo dopo passo, soprattutto dagli addetti ai lavori, oltre che da rari politici sensibili, con rischi di insabbiamento a ogni occasione, anche durante il triennio 2001/2003. Con un'approvazione giunta infine all'unanimità, in termini pressoché fortunosi, rocamboleschi.

Anche il debutto applicativo della legge, se si guarda alle diverse zone del paese, non può dirsi avvenuto all'insegna della scioltezza, del massimo di uniformità e di concordia: con due ordini di riscontri che, nei commenti dottrinari, presso gli operatori socio-sanitari e nelle cronache dei giudici tutelari, mostrano frequentemente di intrecciarsi.

Da un lato, la presa d'atto delle tante mancanze di contorno, nell'apparato circostante all'A.d.S., sotto il profilo gestionale/organizzativo: ritardi e contraddizioni lungo il territorio, vastità della clientela, ma esiguità numerica dei giudici tutelari; complessità del lavoro istruttorio e frequente inadeguatezza dei servizi sociosanitari, fabbisogno di amministratori di sostegno al di fuori della famiglia e difficoltà di reperirli, volontariato generoso ma spesso impreparato. E così via.

Dall'altro lato, la sensazione, diffusa presso molti osservatori, di un "fai-da-te" eccessivo a livello di conduzione giudiziale, città per città, talvolta stanza per stanza dello stesso corridoio. Qua propensione a deburocratizzare il più possibile, là inclinazioni al formalismo e alla pignoleria; da un canto giudici decisi a investire ogni energia personale sul nuovo fronte, dall'altro magistrati fermi a una denuncia circa i "velleitarismi" della svolta, pronti a passare ogni "patata bollente" a qualcun altro. Per un verso interdizioni che continuano a pieno ritmo, per l'altro amministrazioni di sostegno istituite nel 100% dei casi, gravi o meno gravi.

2. Nessun dubbio circa i tratti disciplinari in cui l'essenza della riforma va ravvisata: è il legislatore stesso ad enunciarli apertamente, con una proclamazione "intrecciata" entro la medesima disposizione, quella in cui vengono definiti gli obiettivi generali del provvedimento, all'art.1.

Il primo caposaldo (sancito con la formula "finalità di tutelare ... le persone prive in tutto o in parte di autonomia") è un tutt'uno con il no che si proclama dinanzi a ogni situazione di abbandono, per i soggetti versanti in difficoltà, portatori cioè di un disagio tale da insidiare, nella quotidianità, il concreto esercizio di questo o quel diritto civile.

Il secondo (ritrovabile nella frase "con la minore limitazione possibile della capacità di agire") è costituito dal no che la legge pronuncia rispetto a qualsiasi proposta o via d'uscita giudiziale tale da annunciarci - suscettibile comunque di essere vissuta - come oppressiva e mortificatoria per l'interessato.

A questi due fuochi di partenza è riconducibile, capoverso per capoverso, il resto dell'intera normativa.

Circa poi il coordinamento fra l'un momento e l'altro, in ordine alle opzioni

da preferire sul terreno ermeneutico, i binari per l'interprete si lasciano cogliere facilmente:

(a) gli esiti di cui alla novella si presentano, in the book, riportabili più marcatamente al raggio d'azione del primo canone, mentre altre misure sembrano rientrare soprattutto nell'ambito precettivo del secondo, le direttrici di cui all'art. 1 appaiono largamente compatibili fra di loro, tendendo anzi ad influenzarsi in maniera vicendevole (ciò che è "abbandonico" diventa alla lunga "avvilente" per la persona, e viceversa). Nei passaggi migliori della legge, ciascuna lascia ben trasparire il proprio timbro d'origine; (b) agli effetti applicativi, ambedue i "no" di cui all'art. 1 dovranno atteggiarsi, in via congiuntiva, quali "filtri generali di ammissibilità". Ciascuna indicazione dotata di un suo autonomo potere di veto, nel senso della sicura contrarietà alla vis ac voluntas legislativa per ogni conclusione fedele ad uno dei due imperativi, ma contraria all'altro.

3. Quanto al primo principio, siamo di fronte ad un intervento a largo spettro, fortemente secolarizzato nei suoi passaggi, e ciò anzitutto dal punto di vista soggettivo, con riguardo al target di persone cui il nuovo presidio risulta destinato. Il diritto privato non può limitarsi, ecco la traccia da cui il legislatore muove, a prendere in considerazione e salvaguardare la sola "clientela pesante", gli individui schiacciati, senza tregua e per sempre, lungo le soglie estreme della disgrazia o dell'inettitudine. Creature impossibilitate a fare alcunché nella loro vita o destinate, ben che vada, a combinare periodicamente disastri (a se stessi, ai familiari, a chi sta loro accanto). Non esistono sulla terra soltanto situazioni del genere.

Il mondo non è fatto unicamente di soggetti sani al 100%, oppure malati "di testa" al 100%. Innumerevoli sono gli esseri umani che sul piano dell'intendere o del volere si collocano a metà strada, che stanno psichicamente "così così": bene una settimana e male quella dopo, lucidi per un verso e distratti per l'altro, quasi vitali, smaniosi e là invece torpidi o rassegnati, assenti e presenti al tempo stesso. Idem per l'area della c.d. devianza: alcolisti, anziani della quarta età, morenti, visionari, down, handicappati, parkinsoniani, oppure barboni, sofferenti del morbo di Alzheimer, maniaci del sesso, oligofrenici, vittime di un ictus, giocatori, o an-

cora pazienti in SVP, tossicodipendenti, coatti e anancastici, eremiti, seguaci di una setta e così via. Basta guardarsi intorno, sfogliare le statistiche di settore. V'è, anche all'interno di fasce del genere, chi ha perduto le forze al 100%, non ha più il lume degli occhi, conclude poco o nulla di buono e ci sono invece le persone (la grande maggioranza) che non appaiono toccate dalla sorte fino a quel punto - e a cui necessita però occasionalmente qualche ausilio.

C'è chi funziona su alcuni versanti e non su altri. Reagisce bene di qua e male di là. È troppo ingenuo, ha scarsa memoria, si lascia spesso imbrogliare, sbaglia due conti su tre, sembra cavarsela da solo, ma in realtà perde regolarmente fatture e bollette, sottovaluta i pericoli, trascura i suoi bisogni, manca d'iniziativa o di feedback. Non vuole ammettere le proprie goffaggini, incespica, vive di ricordi, tradisce segreti mancamenti che lo isolano ogni tanto dal resto del mondo. Non gli servirà un appoggio 24 ore al giorno, dal diritto privato. Ma ha pur sempre necessità di essere supportato, contingentemente, tanto quanto richiede il suo benessere.

4. È per rovesciare il vecchio sistema che il progetto sull'amministrazione di sostegno, tra la metà degli anni '80 e i primi anni '90, verrà formalmente messo in campo: il no alla dismissione sistematica rispetto ai soggetti "deboli". L'assunzione di impegni di copertura/puntello (sulla falsariga già collaudata nella legge 180) diventa, anche per il legislatore italiano, l'oggetto di un'esplicita linea di interventi.

- Colmare anzitutto il "grande vuoto" di salvaguardia, sul terreno civilistico: mai più in futuro zone di nessuno fra il piano delle istanze gestionali, grandi e piccole, della vita di una persona che non stia né bene né male del tutto e quello delle

possibilità formali di esaudimento.

Vi sarà uno strumento atto a plasmarci d'ora in poi, tecnicamente, sui deficit funzionali di quel destinatario (il "vestito su misura"). I vuoti di reazione o di prontezza saranno colmati tempestivamente, a livello patrimoniale e non, da qualcuno titolato per farlo.

- Al bando le mezze finzioni di capacità negoziale: a fronteggiare le scadenze in agenda sarà un vicario di nuovo tipo, ammesso al compimento di determinati atti o contratti sulla base di un provvedimento specifico del g.t.

Basta per sempre ad atti imbarazzanti per notai o pubblici ufficiali in contesti di clienti sospesi fra lucidità e turbe psichiche, senza vie d'uscita appropriate e sullo sfondo di operazioni giuridiche urgenti. Con parenti magari voraci o indigenti e sottoscrizioni e rogiti tanto essenziali, quanto formalmente arrischiati, imprevedibili.

- Tramontato anche l'azzardo delle gestioni di affari altrui (art. 2029 c.c.), svolte magari con premura, spesso maldestre, nel difetto di istruzioni coerenti, articolate. A sostenere chi è in affanno, provvederà un rappresentante vero e proprio (o un curatore), senza più spazio per "filosofie originali", oppure libere improvvisazioni o esperimenti, su ciò che è meglio per agli altri.

Chi si veda investito del potere, dal magistrato, dovrà seguire i binari che traccia quest'ultimo, secondo cadenze ben precise, al di là di ogni discontinuità o facoltatività e, quando occorra, con obblighi prefissati di inventario e rendiconto.

- La famiglia ancora: finite per sempre le nomine scontate. È probabile sia da cercare lì, in prima battuta, il soggetto cui rimettere gli incarichi del caso; verrà stabilito, comunque, a null'altro guardando se non alla convenienza dell'interessato.

Se è un parente il prescelto del g.t., le at-

tività di cui al decreto non si scosteranno, verosimilmente, da quanto sarebbe stato comunque intrapreso ex art. 2029 c.c., in maniera spontanea. Non è detto però, potrebbe anche andare diversamente, soprattutto con riguardo alle decisioni di maggior peso (specie quelle contrarie all'interesse dei congiunti). E differenti saranno, in ogni caso, le regole da osservare circa i controlli, i tempi della contabilità, le sanzioni dinanzi a irregolarità o negligenze.

- Non più margini di rinvio o accantonamento, infine, per la pubblica amministrazione. Nessuna scusante per le amnesie di tipo politico/istituzionale (così frequenti nel campo del bisogno dei cittadini). Piena consapevolezza, presso il legislatore del 2004, che numerosi sono al mondo i "cani perduti senza collare", che i p.m. possono non saperne nulla, che spesso manca un nucleo domestico alle spalle, che una società evasiva o poco solidale non merita di sopravvivere più di tanto.

L'assunzione dichiarata presso la comunità, allora, di impegni di supporto assiduo, permanente. Assistenti sociali chiamati a bussare alle porte di casa (insistentemente quando occorra), con una segnalazione dei casi che imporrebbero un approdo all'A.d.S. Nuove distribuzioni di lavoro all'interno dei tribunali, cancellerie e ruoli potenziati di tanto. Sinergie da ritoccare nei bilanci degli enti territoriali, raccordi inediti entro i capitoli della l. 328.

Complicità fra il livello dell'assistenza socio-sanitaria e il momento del vicariato civilistico: il tratto individual/negoziale destinato a intrecciarsi sempre più sovente, entro i piani regionali, con quello amministrativo, l'uno concepito come prolungamento dell'altro, utente per utente. Una "presa in carico" collettiva, rigorosamente intesa.

Una testimonianza

Quando la malattia mentale colpisce un minorenne

Spesso si tende a pensare ad un malato psichiatrico adulto lasciato solo a se stesso, in un centro o tutelato dai servizi e dalle asl, ma i malati psichiatrici non sono solo adulti ci sono anche i bambini e i ragazzi che una famiglia ce l'hanno e che si trovano da un giorno all'altro a scontrarsi con una realtà sconosciuta e distruttiva; la malattia mentale fa paura, il bambino viene a volte marchiato e con lui la famiglia, si ha paura dell'anormalità figuriamoci se nel mondo d'oggi dove tutto è rivolto alla più assoluta apparenza non può preoccupare o nella migliore delle ipotesi far pena un ragazzino in preda a crisi, ma i genitori di questi ragazzi non hanno bisogno della pena, né della compassione, né dell'ignoranza ma di strutture, di supporto, di amore.

In Italia ci sono pochissime comunità per bambini con malattie comportamentali e psichiche, nessuno lo sa fintanto che un giorno si trova costretto a cercare un centro dove poter curare il proprio figlio e scoprire che dovrà mandarlo come minimo a 500 km dal produttivo nord est o, come è capitato a me, dall'altra parte dell'Italia, dove ci sono buone strutture ma tu non puoi stare vicino a tuo figlio, stringergli la mano, fargli coraggio, dirgli che tutto finirà presto; un genitore ha bisogno di trovare principalmente dentro di lui il coraggio e la forza, ha bisogno di aiuti importanti da parte dei servizi, di parlare con qualcuno che possa capirlo, che capisca cosa vuol dire da un momento all'altro veder cambiare tuo figlio e perderlo perché qualcosa è scattato nella sua mente, o forse c'è sempre stato ma non sei mai stato in grado di leggerlo, quanti genitori anche di fronte alla realtà della malattia pura si addossano colpe, si assumono responsabilità per non voler vedere la malattia mentale pur di esorcizzare questo male feroce che in molti casi entra nella vita dei pazienti e delle loro famiglie senza più trovare la via d'uscita. L'altro giorno ho letto un libro di Simone Cristicchi sulla malattia mentale e sui vecchi manicomi, mia figlia non crescerà in quei posti, mia figlia vedrà ancora il sole e amerà la vita perché a me il buio della sua mente non fa paura ma se un giorno qualcuno ci chiederà grazie a chi saremo libere e felici potrò solo rispondere grazie a noi stesse che ci siamo aiutate, sostenute, amate, rincorate guardandoci negli occhi e sconfiggendo senza un male che ancora fa così tanta paura.

A. P.

Gloria Carlesso

Giudice civile e tutelare presso il Tribunale di Trieste

Le riflessioni di un giudice tutelare

Gentile Direttore,

mi permetta di inviarLe in luogo di una relazione sull'istituto dell'amministrazione di sostegno, una breve, ma sentita, riflessione su un istituto, introdotto con la legge n.9 gennaio 2004, n.6, che è stato giustamente definito un innovativo strumento di protezione delle persone prive in tutto o in parte della capacità di provvedere autonomamente ai propri interessi.

Tale definizione va confermata, con la convinzione che deriva dall'esperienza sul campo e dopo l'esame di centinaia di casi portati alla mia attenzione.

Si potrebbero enunciare tante differenze rispetto al precedente sistema, ma non volendo annoiarLa con un elenco di articoli e di precetti normativi, tento di farLe percepire la portata di questa rivoluzione con una riflessione che inerte il ruolo del giudice proprio nella sua relazione con la persona destinataria di questa misura.

Prima della legge 6/2004 il giudice (il tribunale in composizione collegiale) doveva solo valutare (generalmente con il supporto di una consulenza medico legale) se la persona fosse "inferma di mente"; l'audizione dell'interessato era contrassegnata da domande volte a saggiare le sue capacità cognitive, il suo orientamento spazio-temporale, il suo senso del denaro, ecc; dagli esiti di questa valutazione conseguiva, come una sorta di effetto automatico, la pronuncia dell'interdizione o dell'inabilitazione, che scendevano sulla testa della persona con un pacchetto preconfezionato di effetti tutti totalmente o parzialmente ablativi della sua capacità di agire.

Dopo la legge 6/2004 il giudice (il giudice tutelare) deve valutare non solo se vi siano infermità o menomazioni, fisiche o psichiche, che impediscano, anche solo in via parziale o temporanea, alla persona di provvedere da sola alla gestione dei propri interessi, ma deve chiedersi anche di cosa abbia bisogno, quali obiettivi intenda perseguire, se una protezione sia necessaria e come possa essere adeguata alla persona.

Lei comprende allora come l'istruttoria di questi procedimenti abbia un respiro e una finalità completamente diversa da prima: la protezione viene infatti elaborata caso per caso con un decreto del giudice tutelare che, proprio considerando ad un tempo infermità e bisogni, indica gli atti che il Beneficiario può compiere con la necessaria assistenza dell'amministratore di sostegno, oppure gli atti che l'amministratore di sostegno può compiere in nome e per conto dell'interessato, come suo rappresentante puro e semplice o come rappresentante con poteri esclusivi (ai quali soltanto corrisponde una limitazione di capacità del beneficiario);

al giudice viene imposto di valutare le esigenze della persona, i suoi bisogni e le sue aspirazioni (che non sempre l'infermità le consente di esprimere), contemperando l'utilità di una protezione/sostegno/rappresentanza con i suoi concreti

interessi, sia nella gestione del suo patrimonio, sia nella cura della sua persona.

Mentre Le scrivo, mi vengono in mente le tante persone che ho conosciuto e ascoltato, nella propria casa o in ospedale, in casa di riposo o in strada, dovunque si trovassero, come prescrive la legge.

L'amministrazione di sostegno impone infatti al giudice di uscire dal proprio ufficio per entrare nella storia di una persona, storia di cui poi deve seguire gli sviluppi, modificando, quando serve, il decreto (aggiungendo o togliendo o cambiando i poteri dell'amministratore di sostegno), in un rapporto che viene mantenuto vivo finché la persona è in vita, oppure fino a quando cessa la causa dell'infermità.

Da quando alle mie funzioni di giudice civile si sono affiancate quelle di giudice tutelare, è come se si fosse allargata in un certo senso la mia famiglia, perché questo ruolo comporta di entrare in una rete di relazioni e di tesserele: con i familiari (quando ci sono) del Beneficiario, con l'amministratore di sostegno (al quale viene chiesto di presentare periodicamente una relazione dell'attività svolta e delle condizioni di vita personale e sociale del Beneficiario, non solo un mero rendiconto contabile), con gli operatori sociali e sanitari, con i responsabili dei servizi alla persona, i quali sono ora direttamente tenuti a segnalare al giudice tutelare o al pubblico ministero le situazioni in cui possa essere opportuna la nomina di un amministratore di sostegno.

Questa legge ha portato con sé vari problemi:

- non sembra ancora spenta l'eco dei nostalgici dell'interdizione e dell'inabilitazione (spesso tuttora applicate a sproposito), né sembrano definitivamente dissipati, viste le differenze che ancora si rilevano tra i tribunali (pur dopo le chiare sentenze della Corte di Cassazione), tutti i dubbi sulla linea di demarcazione tra le misure di protezione attualmente vigenti e sul ruolo e la necessità di un difensore in questo procedimento;

- questa legge ha aumentato, oltre ogni prudente valutazione, il lavoro dei giudici tutelari, rendendone radicalmente insufficienti le forze rispetto alla quantità di casi che si palesano in costante aumento, soprattutto in realtà sociali come quella in cui vivo, dove anziani, disabili e infermi costituiscono una significativa componente della popolazione.

Ma la bellezza di questo istituto sta nel far toccare con mano, ogni giorno, la portata e la possibilità di realizzare principi costituzionali come la dignità della persona, l'uguaglianza, la solidarietà sociale, e nel far sentire al giudice - tessitore di in una rete di operatori e volontari - l'intensità del proprio lavoro come servizio.

Trieste 16 agosto 2008



LU DOT ECA COM UNALE

IL SETTIMO CIELO



Una storia un p'ò strana...

SOLO PERCHE' SONO UN P'Ò
STRANI NON E' DE TO CHE
SIANO MATTI HANNO SO LO
ALESSANDRO MANZO
BESOGNO CHE QUALCUNO LI
AIUTI A NON FAREI MALE
MA E' GIUSTO CHE SIANO LIBERI...



...un giorno qualcuno

decide che il Signor Contrario aveva
la febbre nel cervello e che per questo si
comportava un p'ò strano....

allora questo qualcuno decide di chiuderlo
in una stanza con le grate alle finestre e
di buttare via la chiave.

Ma un bel giorno un Signore trovò la chiave e liberò
tutte le persone che si comportavano
come il Signor Contrario. E tutti furono liberi
di vivere come noi.

QUESTA
PERSONA
VEDE LE
FACEE
SI VE STE
LODO.....
VUOLE
COME LORO.....



LUDOTECA COMUNALE IL SETTIMO CIELO

presso la scuola materna paritaria "M. Immacolata" - via Roma, 7 - Monfalcone
servizio rivolto ai bambini dai 4 ai 10 anni

per informazioni ed iscrizioni rivolgersi a:

Servizio 1 del Comune di Monfalcone - Unità Operativa 4 - Attività Educative tel. 0481 494361

Aiutaci per Aiutare...

Iscriviti anche tu ad @uxilia onlus, editore di Social News
www.auxilia.fvg.it info@auxilia.fvg.it tel. 3476719909

La tessera d'iscrizione annule ad @uxilia onlus come socio sostenitore costa soli 20€! Potrai contribuire anche tu ad aiutare i bambini Italiani e dei Paesi in via di sviluppo. Per tutto l'anno l'iscrizione prevede:

1. la spedizione gratuita a domicilio ogni mese della rivista SocialNews
2. la possibilità di richiedere via email e di ricevere gratuitamente specifiche su argomenti medici, giuridici e psicologici da parte del comitato scientifico dell'associazione (avvocati, medici, psicologi)
3. iscrizione gratuita a corsi e convegni organizzati dall'associazione

Bollettino postale
C/C postale 61925293

Bonifico bancario
IBAN: IT 15 H076 0102
2000 0006 1925 293