

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

**PSICHIATRIA E SALUTE MENTALE:
ORIENTAMENTI BIOETICI**

24 novembre 2000

**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER L'INFORMAZIONE E L'EDITORIA**

SOMMARIO

Presentazione	7
Sintesi e raccomandazioni	11
Contributi:	
<i>Fondamenti bioetici</i> (di Michele Schiavone)	25
<i>La salute mentale nelle carceri e negli Ospedali psichiatrici giudiziari. Porte chiuse, contenzioni, isolamento nei servizi di assistenza psichiatrica. È possibile farne a meno?</i> (di Luigi Benevelli)	39
<i>Obiettivi minimi essenziali nella formazione degli operatori di salute mentale</i> (di Renato Piccione)	55
<i>La salute mentale dell'età evolutiva</i> (di Francesco Montecchi)	59
<i>Le famiglie di fronte alla malattia mentale</i> (di Ernesto Muggia)	67
Riferimenti bibliografici	75
Allegati:	
<i>Intervento alla Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale del Ministro della Sanità, Prof. Umberto Veronesi</i>	85
<i>Intervento alla Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale del Presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica, Prof. Giovanni Berlinguer</i>	91



Hieronymus Bosch (1453 ca. 1516) «La cura della follia».
Museo del Prado, Madrid.

L'arte di Hieronymus Bosch sembra prestarsi, più d'ogni altra, a una grande varietà d'interpretazioni. Nella sua pittura si è potuta cogliere la prefigurazione di certi accostamenti e di simboli che la psicoanalisi tenta oggi di chiarire; si sono viste risponderne precise con la classificazione del mondo elaborata dai teorici dell'alchimia; si è creduto di riconoscere la rappresentazione cifrata del messaggio religioso e utopistico, e dei rituali, della setta degli adamiti. Per alcuni esegeti, essa rivela semplicemente l'ossessione del demoniaco e della stregoneria del tardo medioevo; altri la ritengono espressione di una profonda critica, in chiave satirico-grottesca, dei costumi e degli ordinamenti della sua epoca.

PRESENTAZIONE

A più di vent'anni dall'entrata in vigore della legge n. 180 del 1978, incorporata poco dopo nella legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (n. 833 del 1978), il Comitato Nazionale per la Bioetica ha avvertito l'esigenza di affrontare una nuova riflessione sugli aspetti etici, professionali e sociali della salute mentale e dell'assistenza psichiatrica.

Diverse motivazioni hanno contribuito alla decisione di affrontare l'argomento creando un gruppo di lavoro *ad hoc*. Fra queste, le sollecitazioni rivolte al C.N.B. dalle associazioni dei familiari dei malati mentali e dagli operatori nei servizi, l'approvazione (per la prima volta) da parte del Governo di un Progetto-obiettivo sulla salute mentale per il triennio 1998-2000, e il fatto che l'Organizzazione mondiale della sanità ha deciso di dedicare l'anno 2001 alla salute mentale e ha prodotto sulla questione un rapporto dal titolo «Malattie non infettive e Salute mentale» (giugno 2000). Già un anno fa inoltre, il 19 novembre 1999, il C.N.B. aveva risposto ad una richiesta di parere avanzata dal Comitato Direttivo di Bioetica del Consiglio d'Europa (CDBI) in merito al testo di un «Libro bianco sul trattamento dei pazienti psichiatrici». Lo stesso Consiglio d'Europa ha successivamente più volte sollecitato il Comitato affinché predisponesse un rapporto e una valutazione della situazione italiana a seguito della legge n. 180, riconoscendo l'originalità e l'importanza del modello di assistenza in essa contenuto.

Il gruppo di lavoro dedicato alla salute mentale ha focalizzato la sua attenzione sui temi dell'assistenza e dei diritti del paziente con disturbi mentali, e a tal fine ha deciso di avvalersi della competenza di studiosi ed esperti che avessero una specifica conoscenza dell'assistenza psichiatrica in Italia, delle esigenze dei familiari, dei nuovi orientamenti normativi, dell'epidemiologia delle malattie mentali e delle necessità dei pazienti. Il gruppo di lavoro è stato coordinato dal prof. Michele Schiavone e dalla dottoressa Simonetta Matone, ed era costituito, oltre che da essi, dal Prof. Adriano Bompiani e dagli esperti esterni Prof. Paolo Arbarello, Prof. Luigi Benevelli, Prof. Ernesto Caffo, Prof. Francesco Montecchi, Prof. Ernesto Muggia, Prof. Renato Piccione, Prof. Riccardo Venturini e Prof. Gaspare Vella. A tutti loro, e alla dottoressa Elena Mancini, coordinatrice della Segreteria Scientifica del C.N.B., va un particolare ringraziamento per il prezioso contributo dato.

Come è sua tradizione, il Comitato affida alle *sintesi e raccomandazioni* il compito di definire, in modo conciso, le indicazioni etiche che ritiene fondamentali ai fini di un intervento operativo e le proprie posizioni in merito agli aspetti più rilevanti della questione bioetica esaminata. Insieme alle sintesi e raccomandazioni, che sono state approvate all'unanimità,

rendiamo anche pubblici i contributi personali di membri del gruppo che costituiscono un approfondimento di temi che sono esposti nelle sintesi e stanno nello sfondo da cui queste stesse hanno tratto origine.

Alcuni aspetti meritano tuttavia di essere ricordati, pur succintamente. In primo luogo va rilevato che la legge n. 180 del 1978 ha rappresentato un fondamentale passo in avanti verso il riconoscimento della integrazione nella comunità dei soggetti affetti da disturbo mentale: nel senso simbolico del riconoscere la loro cittadinanza, come pure, con maggiore difficoltà, nel senso concreto delle relazioni sociali e di un'assistenza umana ed efficace. Nell'epoca manicomiale, infatti, prevaleva la tendenza a considerare il malato di mente come pericoloso e a ritenere l'internamento in manicomio come la soluzione elettiva. La chiusura dei manicomi ha avviato un processo liberatorio, ma ha anche creato problemi per le famiglie, quando esse sono state lasciate sole, a causa del lento processo di realizzazione di strutture alternative e di assistenza domiciliare. Si è dimostrato necessario sostenere le famiglie, sia dal punto di vista assistenziale che fornendo loro gli strumenti adatti, quando ciò sia possibile e di beneficio per il congiunto, per partecipare al programma terapeutico. Nel caso in cui simili strategie e l'assistenza domiciliare sono state realizzate, infatti, come ad esempio a Trieste, a Gorizia, ad Arezzo, si sono registrati successi straordinari.

È risultato inoltre, da questo insieme di esperienze positive e negative, che la malattia mentale è un fenomeno complesso, che mal si presta ad interpretazioni riduzionistiche e che deve essere compreso nella sua triplice dimensione: biologica, psicologica e sociale. È apparso chiaro che spesso è difficile stabilire un confine netto tra normalità e malattia, che rappresentano condizioni instabili, mutevoli e spesso, almeno in parte, reversibili, cui gli esseri umani sono vulnerabili, sia pure in misura diversa in ragione delle circostanze e delle predisposizioni soggettive. Questa considerazione ha implicazioni di notevole importanza nella valutazione della guaribilità della malattia mentale e nella definizione dell'incapacità mentale sia in ambito clinico che giuridico. Su questi due piani si deve tenere conto della gradualità e dell'oscillazione, anche all'interno di uno stesso soggetto, tra fasi evolutive diverse della malattia.

Una chiara comprensione della malattia mentale è, inoltre, strumento essenziale per contrastare in modo efficace il pregiudizio e la conseguente discriminazione dei pazienti, che sono basati sull'idea che la malattia mentale rappresenti uno stato più che un processo, e sulla legittimazione di uno schema classificatorio in base al quale alcuni soggetti vengono dichiarati irrecuperabili e come tali segregati. Questo pregiudizio è anche alimentato dall'affermazione, non suffragata da alcuna analisi, che la chiusura dei manicomi abbia comportato un aumento dei comportamenti violenti e delle aggressioni da parte dei soggetti psichiatrici. È vero, piuttosto, che la malattia mentale è emersa sino a divenire socialmente percepibile, ed è oggi oggetto di più accurate indagini epidemiologiche.

Elemento essenziale del processo di guarigione è certamente il rapporto fra il medico (e altri operatori specializzati) e il paziente. Esiste infatti una corrispondenza tra il modello segregativo e un'impostazione che più che paternalistica è francamente autoritaria. Al contrario, la rinuncia a misure coattive implica un modello basato sul coinvolgimento del malato, e sullo stimolo continuo verso una maggiore autonomia. È tuttavia irrealistico negare la profonda dipendenza del paziente psichiatrico nei confronti del proprio terapeuta, o escludere in modo assoluto la necessità di ricorrere in casi estremi a trattamenti coattivi, purché limitati nel tempo. Deve essere affermato il rispetto dell'esigenza etica dell'autonomia e della promozione dei diritti del paziente, anche indipendentemente dalla sua capacità di esercitarli, nella consapevolezza che ciò ha una profonda valenza etica, poiché il riconoscimento di diritti a priori costituisce, per chi non può rivendicarli per sé, l'unica occasione per un possibile cambiamento.

Si tratta di diritti specifici e di diritti ordinari a volte controversi e di cui non sempre è facile realizzare la tutela. Alcuni di essi, infatti (quali il diritto ad un trattamento privo di coercizioni e rispettoso della dignità umana, ma anche il diritto ad essere protetti dalle conseguenze della propria autodistruttività) si riferiscono alla relazione terapeutica, mentre altri, (quali il diritto a non essere discriminati, alla protezione delle proprietà personali, alla riabilitazione e al reinserimento anche attraverso l'accesso alla casa e al lavoro) chiamano in causa responsabilità sociali e istituzionali. Esiste, infine, un nucleo di diritti «privatissimi» che riguardano aspetti della personalità molto profondi e che sono al contempo fondamentali al riconoscimento della individualità del paziente e al recupero del suo equilibrio psichico: essi implicano quindi una valutazione ponderata. La facoltà di procreare per esempio richiede una doverosa considerazione del rispetto dell'interesse del minore a una crescita sana ed equilibrata, mentre il correlato diritto alla sessualità richiede un corrispondente impegno da parte degli operatori a favorire la responsabilizzazione del paziente verso la propria vita sessuale (su questo punto i membri del C.N.B. professori Elio Sgreccia, Francesco D'Agostino e Angelo Fiori hanno presentato, rispetto alle indicazioni del testo, un'altra formulazione: «studiare modalità di intervento per l'informazione, l'educazione, e la responsabilizzazione dei pazienti psichiatrici nei confronti della loro sessualità, perché sia loro riconosciuta la possibilità di maturare, nei limiti della loro capacità, in questa dimensione del proprio essere persone»).

Un tema essenziale, infine, è la prevenzione della malattia mentale. Essa coincide per molti aspetti con il miglioramento della qualità della vita e delle relazioni familiari e sociali, e può avvalersi di specifici programmi informativi verso la popolazione e nelle scuole, di una sensibilizzazione dei medici di base, di azioni specifiche nei confronti dei minori. Si tratta, anche in questo caso, di un dovere in primo luogo di carattere etico. Le

«buone ragioni» in favore della prevenzione infatti, sono anche di natura economica (in base all'argomento per cui prevenire costa meno, in termini di risorse economiche e umane, che curare), ma stanno soprattutto nel fatto che la sua giustificazione ultima è di carattere squisitamente etico. La prevenzione è giusta perché persegue in modo efficace un bene umano fondamentale, quello della salute, che è valido in sé ed è condizione indispensabile alla realizzazione di pressoché tutti gli altri beni e interessi umani. Nell'ambito della salute mentale, tali considerazioni assumono una rilevanza particolare. La diagnosi precoce, l'intervento ai primi segnali di disagio e di sofferenza, la realizzazione di specifiche misure di intervento per i minori rappresentano, in questo caso, lo strumento primario di tutela della salute, soprattutto laddove la storia familiare ha una maggiore incidenza. Garantire la diffusione di una reale educazione alla salute, nei luoghi in cui ordinariamente si svolge la vita e attraverso le figure professionali che ordinariamente si rapportano alle famiglie e ai minori, è un modo, sia pur indiretto, di avvicinare le persone alle strutture e di difendere un elementare diritto all'accesso alle cure e all'equità nella salute.

Roma, 24 novembre 2000

Il Presidente
Giovanni Berlinguer

SINTESI E RACCOMANDAZIONI

1. La tutela del diritto alla salute – il quale in Italia assurge a diritto costituzionale e che deve essere inteso comprensivo della salute mentale –, implica, dal punto di vista bioetico, una preliminare riflessione sulla definizione stessa di equo trattamento e accesso alle cure alla luce dei principi della dignità dell'uomo. Tuttavia, definire (o ridefinire) i criteri per un equo trattamento dei pazienti psichiatrici richiede, a sua volta, il riferimento ad un approccio complesso che sappia contemperare il rispetto dei diritti del paziente con la sicurezza della società. Mentre il riferimento a tali diritti pone la questione su di un piano strettamente normativo, la comprensione del contesto da cui questi traggono origine può giovare di principi etici fondamentali e di ampio respiro quali il *principio di giustizia* (inteso come obbligo per il medico, per lo psicologo clinico e per gli altri operatori qualificati, di tener conto delle conseguenze sociali su terzi di ogni intervento sanitario e di conciliare il bene del singolo con il bene collettivo evitando ogni squilibrio e rispettando l'equità nella distribuzione delle risorse e dei servizi), il *principio di beneficalità* (inteso come dovere di promuovere il bene del malato, tutelandone la vita e la salute anche nell'ambito della prevenzione), il *principio di autonomia* (inteso come dovere di rispettare la libera e responsabile volontà del malato, il quale è detentore del diritto all'informazione diagnostico-terapeutica e all'espressione del consenso sino alla potestà del rifiuto).

Va osservata, in linea generale, una radicale modificazione del paradigma culturale del rapporto medico-paziente. Si vanno sostituendo e affiancando al modello tradizionale basato esclusivamente sul principio di beneficalità, quello basato prevalentemente sul principio di autonomia, rivendicando così il primato dell'autodeterminazione della persona in caso di malattia e di una alleanza terapeutica che comprende, oltre alle cure, anche il prendersi cura del malato. Non può essere sottovalutata, tuttavia, la natura asimmetrica della relazione terapeutica e il carattere solo giuridico ed etico della parità dei due soggetti della relazione in riferimento ai diritti personali, ferma restando comunque un'incoltabile disparità di competenze conoscitive. Se è innegabile infatti che una subordinazione oggettivante del malato è eticamente inaccettabile in quanto lesiva della dignità umana, ciò non legittima un rovesciamento della relazione, sotto pena non solo di una discutibile sottovalutazione del patrimonio scientifico-professionale ma anche di arrecare nocimento all'interesse oggettivo prioritario della tutela della vita e della salute. Il principio delle garanzie è quindi un essenziale punto di riferimento dell'etica medica contemporanea.

2. La tutela della soggettività del malato assume, quindi, nel quadro dell'etica medica contemporanea, un valore paradigmatico in quanto è condizione indispensabile per la costruzione e lo sviluppo della libertà, la quale va intesa essenzialmente come processo di liberazione che ha origine da un'esigenza etica fondamentale della persona. La tutela della soggettività del malato mentale ha pertanto una connotazione etica in quanto è educazione al sentirsi e al voler essere liberi e quindi promozione della libertà autentica. Un concetto di libertà così inteso risulta strettamente connesso al principio di autonomia, che è riferito al rispetto assoluto della persona. Ma ad evitare equivoci pericolosi va precisato che la tutela della soggettività del malato non consiste nel credere che egli sia libero (contro l'evidenza dei condizionamenti patologici di natura cognitiva e/o affettiva) bensì nell'aiutarlo a divenire libero.

Essa è finalizzata al ripristino della comunicazione, compromessa o interrotta dal disturbo mentale, e rende pertanto possibile l'ascolto. Aldilà delle modalità diagnostico-cliniche dell'anamnesi, infatti, l'ascoltare e il saper ascoltare ha anche un elevato valore etico in quanto è assunzione e riconoscimento del malato non come altro da me ma come un altro io che dà significato al rapportarsi con lui e quindi a me stesso. Il valore etico dell'ascolto consiste pertanto in una scelta di auto-limitazione che lo psichiatra, lo psicologo clinico e gli altri operatori qualificati, compiono espellendo la ricorrente tentazione del narcisismo e del sentimento di onnipotenza per collocarsi nella dimensione dell'incontro.

Per quanto concerne, infine, la complessa questione dei limiti intrinseci al consenso informato dei pazienti psichiatrici è necessario in primo luogo chiarire la natura graduale e mutevole della capacità/incapacità di intendere e volere. Anche nel caso della schizofrenia va tenuto presente che il percorso è estremamente vario e differenziato: tra i due estremi della cronicizzazione con grave deterioramento cognitivo e rilevante disabilità da una parte, e l'acquisizione di un accettabile condizione di salute dall'altra, vi è una vasta gamma di sfumature ove si alternano fasi di aggravamento e fasi di remissione, o un grado accettabile di stabilizzazione ben controllata. Tutto ciò comporta una radicale critica di due orientamenti estremi: l'uno volto ad escludere sempre e comunque la capacità del malato mentale a recepire correttamente l'informazione e ad esprimere un valido consenso; l'altro connotato dall'ingenuo ottimismo in senso opposto. In realtà va innanzitutto osservato che tra l'assoluta incapacità di intendere e di volere, propria della demenza, e la «normalità» vi sono una serie di gradi intermedi, dove deficit cognitivi e alterazioni affettive possono determinare diminuzioni di tale capacità ma non la sua assenza. Ciò non legittima comunque la rinuncia all'informazione ma comporta il criterio etico (e anche clinico) della cautela nel vagliare caso per caso *se, come, quando*, fornire l'informazione e, soprattutto, una scelta puntuale delle modalità e

della misura adatta al singolo paziente in riferimento alla sua situazione e al suo contesto bio-psico-sociale ed esistenziale. A questo proposito ai fini di una conciliazione tra principio di beneficiabilità e principio di autonomia, evitando deragliamenti ed ingenuità, è fondamentale il criterio per cui «informare è prima di tutto comunicare all'interno della relazione».

3. Tali criteri e orientamenti etici devono essere considerati, nella misura in cui è possibile trovare corrispondenze tra il piano etico e quello più strettamente normativo, alla luce di alcuni diritti umani fondamentali. Va sottolineato, infatti, che alle persone affette da disturbo/disagio mentale/affettivo devono essere assicurati i diritti di tutti gli altri membri della comunità, anche indipendentemente dalla concreta possibilità di esercitarli. La particolare vulnerabilità di tali soggetti richiede infatti che sia rafforzato per essi il riconoscimento di una piena cittadinanza il quale deve essere concretamente difeso e promosso in primo luogo attraverso il rispetto di alcuni diritti e/o l'adempimento di alcuni doveri fondamentali, quali ad esempio:

- diritto a un trattamento privo di coercizioni e rispettoso della dignità umana con accesso alle più opportune tecniche di intervento medico, psicologico, etico e sociale;
- diritto a che venga eliminata ogni forma di discriminazione (sessuale, culturale, religiosa, politica, economica, sociale, etnica) nelle modalità di trattamento, anche quando limitative della libertà;
- diritto alla riabilitazione e al reinserimento anche attraverso l'accesso alla casa e al lavoro;
- diritto a non subire nessuna forma di abuso fisico e/o psichico;
- diritto alla riservatezza;
- diritto alla protezione delle proprietà personali;
- dovere di tutela dalle conseguenze di forme di autodistruttività (autoaccuse, dichiarazioni di indegnità, etc.) nei confronti della famiglia, dei datori di lavoro, dell'autorità giudiziaria;
- dovere di realizzare condizioni ottimali di degenza e di comunicazione con l'esterno nei luoghi di ricovero;
- dovere di difendere la genitorialità, da attuarsi nel pieno rispetto del preminente interesse dei minori. A tal fine è necessario un bilanciamento tra il dovere di beneficiabilità nei confronti dei pazienti e l'interesse del minore ad una crescita sana ed equilibrata.

4. Per quanto concerne invece più specificamente la questione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici in Italia, è opportuna una considerazione di carattere generale sulla legge n. 180 del 1978, poi trasferita negli art. 33, 34, 35 e 64 del SSN. La legge n. 180 rappresenta certamente una conquista scientifica, culturale e civile, in quanto, ponendo fine all'istituzione manicomiale e aprendo nuove strade all'organizzazione di un sistema di

assistenza sanitaria senza manicomi, ha costruito le condizioni per restituire piena cittadinanza ai pazienti psichiatrici. Il modello italiano, patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha influenzato le politiche di salute mentale in molti altri paesi, tese a sostituire i manicomi con forme di assistenza territoriali più efficaci ed efficienti. Tuttavia, a distanza di oltre venti anni dalla sua entrata in vigore, è quanto mai necessaria una seria riflessione sulla sua concreta applicazione, al di là del pur importante completamento della chiusura degli Ospedali psichiatrici. Tale chiusura, infatti, a causa dell'assenza o del cattivo funzionamento delle strutture alternative, come per es. i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli ospedali (quali strutture intermedie tra territorio e ospedali), rischia di produrre nuovi problemi, in primo luogo sulla salute del singolo, ma anche sull'equilibrio, sull'economia e sulla stessa salute della famiglia, a cui rimane il maggior onere, spesso insopportabile, di sostegno del congiunto sofferente. Infatti nei casi in cui i servizi non sono in grado di fornire programmi terapeutico-riabilitativi territoriali realmente efficaci, con un profondo impegno verso il paziente, le famiglie restano i referenti principali dell'assistenza, e ciò dà luogo spesso all'abbandono o anche all'innescò di reazioni violente, che sono talvolta all'origine di gravi fatti di cronaca. Simili fenomeni riattivano mai sopiti pregiudizi sulla malattia mentale e stigmatizzazioni del paziente psichiatrico, che si prestano a facili strumentalizzazioni, tese a far crescere nell'opinione pubblica e nel mondo politico il disagio per la «pericolosità sociale» del malato di mente e la conseguente richiesta di un suo maggiore controllo, che ancora una volta potrebbe essere attuato in modo coercitivo, e quindi non terapeutico e rispettoso dei suoi diritti.

Da un simile quadro emergono alcune questioni di fondamentale importanza che chiamano in causa direttamente la responsabilità delle istituzioni nell'applicazione della legge n. 180. Tali aspetti riguardano in particolare:

- la migliore formazione degli operatori psicosociali e dei medici di base;
- la creazione di strutture riabilitative a diversi livelli di protezione;
- una maggiore attenzione per l'assistenza psichiatrica dei minori, in particolare per il disagio mentale che si evidenzia in adolescenza;
- la creazione di strutture riabilitative per i minori;
- un maggiore intervento nella prevenzione e nella diagnosi precoce;
- la presa in carico di malati gravi che rifiutano sia le cure mediche che quelle psichiatriche e sono a rischio di comportamento violento;
- l'informazione e discussione pubblica per la lotta al pregiudizio verso il malato mentale.

A tal proposito si raccomanda l'applicazione del Progetto-obiettivo «Tutela della salute mentale» 1998-2000. Si tratta infatti di un provvedimento che se realmente applicato può contribuire a risolvere molti dei pro-

blemi dell'assistenza psichiatrica ed aumenta il livello di efficacia e qualità dei servizi, fornendo un contributo decisivo per lo sviluppo di quel «laboratorio italiano» che nel campo della salute mentale ha destato, in molti paesi, vasto apprezzamento e interesse. Più in particolare, il Progetto obiettivo salute mentale 1998-2000 ha il merito di avere affrontato in modo corretto la questione della prevenzione nei gruppi a rischio sia riguardo alla malattia mentale che ai suoi possibili esiti suicidari, sia attraverso l'educazione alla salute mentale, che grazie all'intervento precoce. Per quanto concerne in particolare la salute mentale del bambino, merito del Progetto obiettivo è quello di avere riconosciuto la continuità evolutiva dell'individuo dall'infanzia all'età adulta, pur essendo carente di una previsione esplicita di interventi per pazienti adolescenti. Va inoltre osservato che è assente una chiara distinzione tra le aree della psichiatria, della psicologia, della neuropsicologia e della riabilitazione soprattutto in riferimento alla differenza di obiettivi, metodi e organizzazione degli interventi, con ricadute negative nell'assistenza anche in ambito psichiatrico. Si sottolinea infine positivamente la delineazione di un *patto per la salute* volto a coordinare ed integrare le agenzie formali ed informali che, a vario titolo, possono contribuire a costruire un progetto di salute mentale di comunità. Il Progetto-obiettivo prevede inoltre che l'Istituto Superiore di Sanità promuova ricerche volte a valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria. Esso prevede infine che gli Istituti universitari di psichiatria assumano la responsabilità operativa di almeno un modulo del Dipartimento di salute mentale, cioè la responsabilità di tutte le strutture territoriali e ospedaliere necessarie ai servizi di salute mentale di una comunità di circa 150.000 abitanti. Tale disposizione è l'unica che garantisca una formazione qualificata degli operatori in psichiatria e che possa collegare la ricerca attivata nel campo osservazionale fornito dal territorio alle prove dell'efficacia pratica degli interventi. Queste acquisizioni, per la loro oggettiva importanza, sono destinate nei prossimi anni a cambiare il volto dell'assistenza psichiatrica.

5. In questa prospettiva, il C.N.B. formula le seguenti raccomandazioni di carattere più specifico:

– destinare e utilizzare da parte delle istituzioni nazionali e regionali, anche tenendo conto dell'importanza che l'O.M.S. attribuisce alla salute mentale, i Fondi sanitari nazionali e regionali necessari ad istituire almeno tutti i servizi previsti dal Progetto-obiettivo;

– dare maggior diffusione a informazioni semplici e corrette sulle malattie mentali anche nelle scuole ed evitare il rischio di interpretazioni riduzionistiche della malattia mentale. Più in generale, si raccomandano l'equilibrio e la comprensione della complessità bio-psicologico-sociale della malattia mentale;

– promuovere una campagna nazionale periodica di lotta allo stigma e al pregiudizio nei confronti delle persone affette da disturbi e disagi psichici al fine di rendere effettivo il rispetto dell’uguaglianza, del diritto all’informazione e la lotta alla discriminazione;

– riesaminare il concetto di «incapacità» collocandolo nel continuum compreso tra gli estremi della normalità e della perdita totale di ogni abilità cognitiva. Anche sotto il profilo giuridico infatti va osservato che la maggior parte dei disturbi psichiatrici riducono ma non aboliscono la capacità di intendere e di volere. Si raccomanda di conseguenza la revisione degli istituti civilistici dell’interdizione e dell’inabilitazione per realizzare forme di tutela più flessibili rispetto alle attuali, che tengano conto delle nuove esigenze di protezione del sofferente psichico e ne evitino la stigmatizzazione. In particolare si sottolinea l’opportunità, alla luce dell’esperienza degli altri paesi europei, di istituire anche nell’ordinamento italiano la figura dell’amministratore di sostegno;

– concludere il processo di superamento dei manicomi pubblici e privati. Occorre tuttavia valutare in ogni singolo caso che le alternative nate dall’esigenza di far fronte all’emergenza non conservino di fatto caratteristiche ancora manicomiali. Va inoltre sottolineato come la presenza, attualmente, di 9 manicomi privati che contengono circa duemila internati non abbia, ad oltre venti anni di distanza dall’avvio della de-manicomializzazione a seguito della 180, alcuna giustificazione sotto il profilo etico e clinico;

– assicurare alla famiglia un supporto sufficiente ad assumere, in collaborazione con l’équipe curante, se indicato, un ruolo attivo nel programma terapeutico/riabilitativo del congiunto, in un percorso di autonomizzazione dello stesso. Garantire una organizzazione di riferimento, anche notturno e festivo, per le emergenze;

– svolgere un’attività continua di prevenzione primaria e secondaria del disturbo e del disagio mentale/affettivo a cominciare dagli aspetti biologici e affettivo relazionali partendo dal periodo perinatale e per tutto il ciclo di vita, assicurando le migliori condizioni educative, lavorative, di sicurezza sociale, di assistenza sanitaria; formulare una diagnosi precoce e presa in carico dei giovani dai primi sintomi significativi; attivare qualificati programmi nelle scuole in collaborazione con le famiglie che, senza suscitare ingiustificati allarmi e rischi di «psichiatrizzazione», aiutino a riconoscere e a prevenire il disagio e il disturbo mentale. Le patologie psichiatriche dell’adulto, infatti, hanno quasi sempre le loro radici nell’età evolutiva ed i problemi psichiatrici in età adulta saranno più o meno rilevanti in rapporto alla qualità delle cure fruite in quella fase della vita. Simili iniziative sono quindi indispensabili alla concreta realizzazione del diritto alla salute (che si attua anche grazie alla prevenzione), all’accesso alle cure, e a sostenere e promuovere la solidarietà verso i soggetti a rischio;

– garantire una particolare attenzione ai segnali diretti e indiretti del disagio mentale dei soggetti in età evolutiva, al fine di rilevare il disagio sommerso; dare garanzia di diversi livelli di assistenza alle situazioni acute e della riabilitazione per i quadri consolidati. Per l'età evolutiva, favorire le attività assistenziali di day hospital e di ambulatorio, limitando il ricorso alla degenza. Purtuttavia è necessario garantire un numero adeguato di posti letto per l'emergenza-urgenza psichiatrica e per le acuzie che richiedono assistenza continua e osservazione prolungata, in strutture, diverse dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, idonee alle necessità assistenziali e di protezione, ma anche ai bisogni e ai diritti specifici di questa fascia di età;

– garantire e mantenere la presa in carico dei casi più gravi e difficili anche quando il trattamento non viene accettato dai diretti interessati. Si richiamano in tal senso i principi generali di tutela della dignità del malato mentale, il parametro rischi/benefici come regola generale dei trattamenti evitando gli estremi dall'accanimento terapeutico e dell'abbandono;

– definire i parametri nazionali di accreditamento per le strutture per la salute mentale. Il controllo della qualità dei servizi è infatti esso stesso un criterio di garanzia di un equo trattamento e di congrua allocazione delle risorse destinate alla salute. Le 65 case di cura neurospichiatriche (con 7149 posti letto autorizzati di cui 6144 accreditati o convenzionati, cioè finanziati dalle Regioni) devono essere indirizzate a evitare che si produca una cronicizzazione dei malati e a riconvertirsi, per quanto possibile, in strutture riabilitative residenziali e aperte, che abbiano un rapporto operativo possibilmente con uno o due Dipartimenti di salute mentale;

– impegnare e sostenere i «medici di famiglia» in considerazione del fatto che molti pazienti si rivolgono ad essi per problemi più o meno rilevanti di salute mentale. Il medico di medicina generale deve essere posto in grado di riconoscere la condizione di sofferenza mentale, di saperne valutare natura e gravità, e di potersi rivolgere ai servizi psichiatrici sia per consulenze, sia per individuare precocemente le situazioni più serie che richiedono interventi specialistici;

– assicurare la formazione dei medici, dei pediatri di base, degli operatori psicosociali, degli infermieri professionali, degli assistenti sociali, degli educatori professionali e volontari. A tal fine è necessario accrescere le conoscenze bioetiche di tutti gli operatori e definire alcuni obiettivi minimi affinché una formazione possa dirsi efficace ed eticamente fondata, tra cui: ai bisogni di salute degli utenti deve essere garantita maggiore attenzione che non alle esigenze degli operatori; deve essere mantenuta un'apertura all'integrazione delle competenze e dei contributi delle diverse figure professionali; devono essere forniti strumenti adeguati alla gestio-

ne, da parte degli operatori, delle diverse dimensioni dell'individuo, della famiglia, del gruppo e della comunità, nonché alla promozione della salute mentale nella comunità, quali l'elaborazione e realizzazione di specifici programmi di salute mentale; particolare attenzione, inoltre, deve essere dedicata alla ricerca e alla formazione sui problemi bioetici della tutela della salute mentale;

– riconoscere il diritto alla sessualità dei pazienti psichiatrici pur nell'opportunità di studiare modalità di intervento per l'informazione e la responsabilizzazione nei confronti della loro vita sessuale;

– rivedere il sistema dei ticket sui farmaci per garantire che i farmaci di nuova generazione (come gli antipsicotici atipici) che hanno provata efficacia e minori effetti secondari, siano accessibili a tutti;

– rivedere la natura e i compiti delle istituzioni «Ospedale psichiatrico giudiziario» e le leggi relative e promuovere un intervento del Ministero della Giustizia affinché attivi una convenzione con strutture specifiche per i minori autori di reato e affetti da patologie psichiatriche. Più in particolare, va sottolineato che gli attuali Ospedali psichiatrici giudiziari sono sia dal punto di vista istituzionale che sanitario in netta contraddizione con la legge n.180 e con un moderno modo di concepire l'intervento in salute mentale;

– prevenire, attraverso strutture e interventi adeguati, il rischio che i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura reiterino la prassi manicomiale con la conseguenza di favorire la cronicizzazione e non il recupero della malattia. Più in particolare, la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità del paziente;

– provvedere a che i Dipartimenti di salute mentale, come stabilito dal recente DGL. 239/99, svolgano il servizio di assistenza sanitaria in carcere. La tutela dell'integrità psico-fisica del detenuto è infatti un elementare dovere di giustizia e, inoltre, condizione indispensabile ad ogni possibile riabilitazione. Le carceri dovranno essere luoghi in cui la vita quotidiana non divenga essa stessa causa di disagio e disturbo mentale e che rendano possibile fornire aiuto psichiatrico. Va osservato inoltre che le alternative al carcere – incluso l'affidamento al Dipartimento di salute mentale – si sono rivelate, nei paesi che le hanno adottate, quali ad esempio la Svezia, molto efficaci come misure sostitutive alla detenzione.

Le leggi della Repubblica, dalla Costituzione fino ai Progetti-obiettivo «Tutela della salute mentale» affermano che lo Stato garantisce l'esercizio del «diritto alla salute», e quindi del *diritto alla salute mentale*. Ma l'esperienza della riforma ed ancor prima quella della legge istitutiva dei manicomi, evidenziano come le leggi di per sé non siano capaci di produr-

re efficacia nel campo della salute mentale. E questo perché l'esercizio del diritto alla salute mentale dipende fortemente dalle culture e dagli assetti delle relazioni sociali nelle realtà locali, dal livello della formazione professionale e delle competenze espresse dai singoli operatori e dai gruppi di operatori, dagli indirizzi degli amministratori locali e dei manager. La gran parte dei problemi inerenti alla salute mentale è tuttora gestita faticosamente dalle persone che ne soffrono, da sole, in famiglia, con i pari, con i medici di medicina generale, nel circuito dei medici e degli psicologi privati e nelle dimensioni della religiosità popolare dove la ricerca della salvezza è anche speranza di riconquistare la salute. Al servizio sanitario pubblico si rivolgono invece le *situazioni* definite *gravi*, quelle più drammatiche dal punto di vista della sofferenza individuale e familiare, più allarmanti dal punto di vista sociale e a maggior rischio di isolamento ed emarginazione. Spesso succede che i Dipartimenti di salute mentale (D.S.M.) non si facciano adeguatamente carico, nella loro complessità e per la loro durata, delle situazioni «gravi» finendo coll'abbandonarle o alle famiglie o a un circuito assistenziale povero di risorse quando non francamente neomanicomiale.

È stato proprio per rispondere a tali questioni che, anche in Italia, si è pensato che un'organizzazione dei servizi che si rifà alla *Psichiatria di Comunità* fosse, rispetto al manicomio, più efficace e rispettosa della dignità della persona. La Psichiatria di comunità comporta l'opera di un'équipe multiprofessionale insediata in un determinato territorio, in condizione di intervenire nelle 24 ore al domicilio, in ambulatorio, in Ospedale, in residenze a vario grado di protezione, orientata alla riabilitazione, collegata con i Comuni e gli altri servizi sanitari, in stretta interazione con le associazioni degli utenti e delle famiglie, capace di accedere alle opportunità disponibili di Formazione professionale, lavoro, cultura, assistenza, tempo libero. I trattamenti intervengono sui livelli biologico, psicologico, sociale, culturale.

Per ovviare alle condizioni di abbandono delle situazioni gravi e in generale sul tema dell'assistenza psichiatrica e alla sua cronica carenza di risorse umane, strutturali e finanziarie, è indispensabile un intervento forte da parte delle Regioni per un rinnovato impegno sul punto cruciale del disagio dando un segnale positivo alle famiglie e all'opinione pubblica.

Dato per acquisito, ma non per scontato, che tutte le Aziende sanitarie abbiano reso disponibili le risorse per sostenere le attività delle équipes multiprofessionali dei Dipartimenti di salute mentale e che gli stessi dispongano degli spazi e degli strumenti necessari al loro lavoro, la condizione più importante perché le situazioni gravi trovino una gestione rispettosa dei diritti e della dignità della persona e delle famiglie è costituita dal fatto che i dirigenti e gli operatori assumano la *responsabilità della presa in carico*. Questo perché l'assistenza psichiatrica si misura quotidianamente

con alti livelli di sofferenza delle persone e delle famiglie; la forte stigmatizzazione sociale; i problemi della tutela, della libertà di scelta e del consenso ai trattamenti fino al limite della coazione; con l'esigenza di continuità della «presa in carico» di lunga durata nei progetti di riabilitazione psico-sociale; con la singolarità e la molteplicità delle concezioni del mondo delle persone, dei gruppi e delle culture. In ragione di tali peculiari caratteristiche e dell'obiettivo di assicurare alla persona malata di mente i trattamenti ottimali disponibili, Aziende sanitarie, Organizzazioni professionali e Società scientifiche devono garantire la continuità della formazione, la verifica della qualità delle prestazioni di tutti gli operatori e la valutazione degli esiti dei trattamenti a livello dei Dipartimenti di salute mentale e della Medicina di distretto. Ci si riferisce quindi non solo a medici e psicologi, ma anche a infermieri professionali, educatori professionali, assistenti sociali, operatori socio-sanitari e socio-assistenziali. Nuovi obiettivi da perseguire da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie sono poi quelli dell'informazione e della formazione rivolte agli utenti ed alle famiglie, a sostegno dell'auto-aiuto e di un associazionismo ed un volontariato sempre più autorevoli e competenti.

In questo contesto di ragioni, i termini *federalismo*, *regionalismo* e *localismo* significano l'assunzione di responsabilità piena da parte degli amministratori e dei manager delle Aziende sanitarie rispetto alle garanzie da dare per le attività di salute mentale in tutte, nessuna esclusa, le comunità locali.



Anonimo, 70 x 50, allievo.

Ariu, 60 x 80, tecnica mista.

CONTRIBUTI

FONDAMENTI BIOETICI

1. La bioetica contemporanea e la psichiatria

L'origine della bioetica contemporanea è articolata su una pluralità di fattori (sia filosofici che ideologici) e di eventi storici. Un aspetto rilevante è certamente rappresentato dal progresso delle scienze e delle tecnologie biomediche che mentre hanno reso possibili interventi sempre più invasivi e risolutivi, hanno contestualmente suscitato inquietanti interrogativi sui limiti di liceità di atti coinvolgenti l'uomo. Tali riserve, sorte anche in diretto riferimento alle sperimentazioni cliniche e all'uso selvaggio della medicina in generale nella Germania nazista sono state recepite da una serie di documenti (Codice di Norimberga, Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, Codice internazionale di etica medica, Giuramento di Ginevra, Dichiarazione di Helsinki, Codice italiano di deontologia medica, Guida europea di etica e di comportamento professionale dei medici, Carta dei diritti del paziente, Principi della Associazione degli psichiatri americani, Dichiarazione di Hawaii, Direttive emanate dall'Accademia svizzera delle scienze mediche per le ricerche sperimentali sull'uomo, ecc.). Vi è in essi la concorde esigenza della tutela dei diritti umani, estesa all'ambito della vita e della salute con prescrizioni deontologiche severe al medico per il rispetto della vita, per l'obbligo del segreto professionale, per le tematiche e le tecniche riproduttive e soprattutto per la salvaguardia della libera volontà del paziente, debitamente informato nell'accettazione o nel rifiuto delle sperimentazioni e delle terapie. Il fondamento teorico va quindi individuato in una radicale modificazione del paradigma culturale del rapporto medico-paziente. Si è infatti sostituito al modello paternalistico, basato prevalentemente sul principio di beneficiabilità, quello basato prevalentemente sul principio di autonomia, rivendicando così il primato dell'autodeterminazione della persona in caso di malattia e di un'alleanza terapeutica che comprende, oltre alle cure, anche il prendersi cura del malato. Va tuttavia tenuto presente, procedendo ad un rilievo critico, come spesso si scivoli nell'enfasi e nella retorica, qualora si ignori o minimizzi la natura asimmetrica della relazione terapeutica e il carattere solo giuridico ed etico della parità dei due soggetti della relazione in riferimento ai diritti personali, ferma restando comunque un'incolmabile disparità di competenze conoscitive. In altri termini: se è innegabile che una subordinazione oggettivante del malato è eticamente inaccettabile in quanto lesiva della dignità umana, ciò non legittima un rovesciamento della relazione, sotto pena non solo di una discutibile sottovalutazione del patrimonio scientifico-professionale ma anche di arrecare nocimento all'interesse oggettivo prioritario della tutela della vita e della salute. Il garantismo è il principio essenziale dell'etica medica contemporanea.

Negli anni settanta filosofi quali Callahan, Engelhardt, Feinberg, Gorovitz, Rachels, Singer e molti medici e biologi, in particolare Grobstein e Kass (mentre all'oncologo Potter spetta il merito di aver usato per primo il termine «bioetica», annettendogli il significato di una disciplina ponte tra cultura scientifica e cultura umanistica) iniziano la riflessione etica sull'impatto sull'uomo del progresso scientifico-tecnologico nell'area biomedica. Nasce così la bioetica definita da Warren Thomas Reich nella prima edizione della sua *Encyclopedia of Bioethics* come «lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze della vita e della cura della salute, in quanto tale condotta viene esaminata alla luce di valori e principi morali»; e nella seconda edizione del 1995 (che risente dell'influenza del «proceduralismo» di Engelhardt): «lo studio sistematico delle dimensioni morali – comprendenti la visione morale, le decisioni, la condotta e le politiche – delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie etiche in un contesto interdisciplinare». Come guida alle valutazioni che le competono vi è generalmente un vasto consenso (ad eccezione ad esempio di Toulmin e Jonsen) sull'uso dei seguenti principi:

a) Principio di beneficiabilità: consiste nel dovere per il medico di promuovere il bene del malato, tutelandone la vita e la salute anche nell'ambito della prevenzione. Suo correlativo è il principio di non maleficibilità che si richiama all'aforisma di Ippocrate «primum non nocere»;

b) Principio di autonomia: consiste nel dovere per il medico di rispettare la libera e responsabile volontà del malato, il quale è detentore del diritto all'informazione diagnostico-terapeutica (ivi comprese le eventuali alternative, gli effetti collaterali e i possibili eventi avversi sia della terapia prospettata, che della rinuncia ad essa) e all'espressione del consenso sino alla potestà del rifiuto. Il principio è direttamente ispirato ad una concezione garantista e al valore dell'autodeterminazione della persona;

c) Principio di giustizia: consiste nell'obbligo per il medico di tener conto delle conseguenze sociali su terzi di ogni intervento sanitario e di conciliare il bene del singolo con il bene collettivo evitando ogni squilibrio e rispettando l'equità nella distribuzione delle risorse e dei servizi;

d) Principio d'integrità morale della professione: consiste nel rispetto dei diritti del medico, in particolare della sua l'autonomia e competenza, ovvero dell'autonomia degli orientamenti e delle convinzioni e della preparazione scientifico-professionale.

2. L'etica contemporanea come etica della relazione

Dal concetto di Jaspers della tutela della soggettività nella sua piena coerenza al principio bioetico di autonomia e dall'esigenza garantista connessa al passaggio dal modello paternalistico a quello contrattualistico,

deriva che la regola prioritaria di comportamento dello psichiatra è la relazione. È infatti scontata una certa dipendenza del paziente, che consiste propriamente nella tendenza a autolimitare la propria libertà con forti motivazioni fobico-ansiose. Lo stato di malattia comporta spesso una libera scelta di delegare in tutto o in parte la strategia degli interventi clinici a chi possiede una specifica competenza scientifico-professionale. Si tratta, tuttavia, di una preminenza del medico che va adattata all'esigenza etica irrinunciabile dell'alleanza terapeutica, all'interno della quale il malato ha un suo ruolo, diverso ma complementare, rispetto a quello del medico. L'obiettivo da garantire è quindi la sinergia o il co-protagonismo, se non si vuol determinare una illecita e nociva situazione di passività. D'altronde, accanto a una motivazione etica vi è anche una finalità terapeutica: l'esperienza clinica mostra che senza un'attiva partecipazione e un incisivo coinvolgimento del paziente la guarigione o il miglioramento non vengono raggiunti o sono almeno sensibilmente ritardati.

Un approccio esclusivamente giuridico-deontologico al problema è certo necessario ma non sufficiente. Il quadro normativo che regola il rapporto nell'ambito delle leggi dello Stato (Costituzione, Codice civile, Codice penale) e del Codice di deontologia medica, presenta, infatti, delle carenze che possono determinare ambiguità e va pertanto auspicata una riflessione etica atta a stimolare e procurare un rinnovamento legislativo.

Nell'ultima edizione del Codice italiano di deontologia medica vi sono norme di chiara ispirazione garantista, come gli articoli 3 e 17, che si richiamano esplicitamente al rispetto dei diritti fondamentali della persona umana e della libertà del paziente. Mentre in altri, come ad esempio l'art. 12 che rivendica per il medico l'autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico – fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso – vi è una felice conciliazione dei principi di beneficiabilità e autonomia, nel rispetto oltre che della libertà del paziente anche dei diritti dell'autonomia, indipendenza e dignità della professione medica.

Un caso emblematico di questa complessa problematica è dato dalla normativa sul consenso informato, che tutela sia l'autodeterminazione del paziente a cui va riconosciuto il diritto all'informazione e il consenso quale *conditio sine qua non* della legittimazione dell'atto medico, sia la scelta oculata del medico della modalità della comunicazione tenendo conto dei limiti e delle difficoltà che caso per caso possono verificarsi onde garantire il conseguimento del bene oggettivo e soggettivo del paziente medesimo. Tuttavia va ribadito che la relazione, di evidente rilievo anche nell'etica medica, assume nell'etica psichiatrica un'ulteriore e assoluta espansione. Ogni tappa del percorso clinico, dalla diagnosi alla terapia e alla riabilitazione, è infatti incentrata sulla relazione, coinvolgendo anche la prescrizione e la somministrazione del farmaco. Ed è appunto in questa ottica, contestual-

mente psicopatologica ed etica che si intende la malattia mentale di qualunque tipo, ma soprattutto quella cronica o a lungo decorso, come un evento che investe la persona del malato nella sua totalità e instaura una complessa dinamica non solo in senso patologico ma anche in senso esistenziale. Non è infatti accettabile l'isolare astrattamente la sindrome e i suoi sintomi dall'uomo malato, che non solo ne è coinvolto ma che ad essa fornisce una risposta che trascende il livello biologico. In altri termini: la malattia non va solo diagnosticata e affrontata clinicamente, ma va anche interpretata nel quadro della storia personale, della storia interiore, del mondo della vita e dei vissuti nella sua integralità non meramente psicologica.

Vi è pertanto un'interazione dialettica tra natura ed esistenza per cui l'esperienza psicotica ha un suo significato che va colto, significato che pur nella ulteriorità del livello esistenziale (che non è comunque né trascendenza né divisione dualistica) rispetto a quello biologico e bio-psicologico, è con questo in un rapporto di unità e circolarità in cui la funzione del conferimento di senso è a sua volta correlata ai processi fisio-patologici.

In questo senso una tutela della soggettività del disturbato psichico che rifiuta di considerarlo un caso clinico o un oggetto, per affermarlo come persona, ha un significato etico essenziale, poiché, nella linea del postulato di Kant della persona umana come fine, si situa nell'orizzonte dei valori. E ciò sia in senso negativo come obbligo morale per lo psichiatra del rispetto della dignità dell'altro, sia in senso positivo come condizione di progresso morale dell'esperienza clinica. Si ha così il superamento delle dicotomie nel riconoscimento dell'unità della persona e del rapporto interpersonale.

La tutela della soggettività dello psicotico è finalizzata al ripristino della comunicazione, compromessa o interrotta dalla psicosi e rende pertanto possibile l'ascolto. Aldilà delle modalità diagnostico-cliniche dell'anamnesi, l'ascoltare e il saper ascoltare ha anche un elevato valore etico in quanto è assunzione e riconoscimento del malato non come altro da me ma come un'altro io che dà significato al rapportarsi con lui e quindi a me stesso. Il valore etico dell'ascolto consiste pertanto in una scelta di autolimitazione che lo psichiatra compie espellendo la ricorrente tentazione del narcisismo e del sentimento di onnipotenza per collocarsi nella dimensione dell'incontro e dell'amore.

Senza abdicare al proprio ruolo di leader della relazione terapeutica e alle responsabilità deontologiche derivanti dalle proprie competenze scientifico-professionali, lo psichiatra si attiene quindi alla norma dell'umiltà instaurando una parità di carattere morale senza negare la disparità di funzioni e di conoscenze.

La tutela della soggettività del malato acquista rilevante significato etico anche e soprattutto in quanto è condizione di libertà. In certi casi è difficile parlare di libertà; tuttavia il problema può venire risolto conferen-

dogli una connotazione esclusivamente etica e muovendo così dalla consapevolezza umana del sentirsi liberi quale condizione e significato della vita morale. Jaspers ha lucidamente affermato: «La questione se la libertà esista ha la sua origine in me stesso che esigo che essa vi sia».

La libertà, d'altronde, è attributo essenziale del soggetto e, pertanto, la tutela della soggettività è tutela della libertà. Un concetto di libertà così inteso risulta strettamente connesso, sino ad una vera e propria identificazione, al principio bioetico di autonomia, che è riferito al rispetto assoluto della persona. Ma ad evitare equivoci pericolosi va precisato che la tutela della soggettività del malato non consiste nel credere che egli sia libero (contro l'evidenza dei condizionamenti patologici di natura cognitiva e o affettiva), bensì nell'aiutarlo a divenire libero.

È tuttavia necessario bandire facili illusioni perché l'esperienza quotidiana dell'incontro con il malato è una sfida alle teorie ed è fonte di incessanti perplessità; ciò implica se non la revisione almeno certamente la problematizzazione delle modalità applicative dei principi, ivi compreso appunto quello bioetico di autonomia. Rifiutare il modello oggettivante nei riguardi del paziente è senza dubbio una norma inviolabile, ma non deve comportare una abdicazione dello psichiatra alle proprie responsabilità deontologiche, etiche e professionali. Non si deve cioè mitizzare la libertà del malato snaturando il concetto di libertà. Vi è infatti una libertà autentica e vi è una libertà falsa o degradata. La prima è scelta tra alternative razionalmente componibili nell'ambito pertanto di una ragionevolezza di fondo. La falsa libertà è invece scelta indiscriminata e incontrollata al di fuori di ogni vincolo e di ogni limite e, quindi, arbitrio, capriccio, opzione dissennata.

Per impedire, dunque, che il principio bioetico di autonomia, che è comunque norma deontologica dell'agire psichiatrico, degeneri e si rovesci da tutela del valore della persona a prassi disumanizzante, è necessario che lo psichiatra controlli in modo rigoroso, anche con interventi di tipo decisionale (in casi eccezionali assunti unilateralmente), la salvaguardia degli interessi e dei diritti primari del malato mentale, la vita e la salute, allorché questi non sia in grado di scegliere in modo coerente e razionale. La tutela della soggettività non consiste quindi nel lasciar fare al paziente quel che vuole o crede di volere, ma nel guidarlo ad acquisire la capacità di scegliere conformemente ai valori e ai reali interessi propri della sua vita personale. È quindi necessario ripristinare un rapporto di armonia tra il principio di autonomia e quello di beneficiabilità, superando eventuali immediate situazioni di conflittualità mediante il rispetto della priorità del principio di beneficiabilità nell'ordinamento gerarchico dei principi bioetici. La libertà, infatti, non è un facile possesso a disposizione di tutti, indiscriminatamente, ma è conquista faticosa che richiede maturità e consapevolezza. La libertà, perciò, non è un punto di partenza, un dato, bensì un punto

di arrivo. La tutela della soggettività del malato, assume, quindi, nel contesto dell'etica medica contemporanea, un valore paradigmatico in quanto è condizione indispensabile per la costruzione e lo sviluppo della libertà, la quale va intesa essenzialmente come processo di liberazione fondato su un'esigenza etica fondamentale della persona. La tutela della soggettività del malato mentale ha pertanto una connotazione etica in quanto è educazione al sentirsi e al voler essere liberi e quindi promozione della libertà autentica. La sua collocazione è perciò intermedia tra l'oggettivazione che esaspera e assolutizza il rapporto di dipendenza e l'anarchico abbandono a una spontaneità inquinata da fattori patologici. Ed è così che la relazione assume la specifica e preminente connotazione di riconoscimento della dignità personale del malato psichiatrico.

3. Il consenso informato in psichiatria

L'ultima edizione (3 ottobre 1998) del *Codice di deontologia medica* è estremamente lacunosa per quanto concerne l'applicazione di quanto disposto dall'art. 30 e dall'art. 32. Mentre viene infatti ribadito il dovere di fornire l'informazione e di acquisire il consenso ai fini della legittimazione dell'atto medico, l'art. 29 e l'art. 33 recuperano l'accostamento già annunciato nelle precedenti redazioni tra malati mentali e minori e la delega del consenso al rappresentante legale.

L'edizione del 1995 è meno generica e più attenta alle difficoltà e ai limiti dell'applicazione della norma. Per documentare la valutazione esposta si confrontino i diversi testi. L'art. 29 dell'edizione del '95 riguardante le *Informazioni al paziente* prevede infatti che: «Il medico ha il dovere di dare al paziente, tenendo conto del suo livello di cultura e di emotività e delle sue capacità di discernimento, la più serena e idonea informazione anche al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte diagnostiche – terapeutiche. Le informazioni possono essere circoscritte a quegli elementi che la cultura e la condizione psicologica del paziente sono in grado di recepire ed accettare. La volontà del paziente, liberamente e attualmente espressa, deve informare il comportamento del medico, entro i limiti della podestà, della dignità e della libertà professionale». Nell'ultima edizione il testo risulta modificato, limitandosi semplicemente a indicare che il medico, nell'informare il paziente «dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione» (art. 30). Sembra tuttavia pericolosamente riduttiva l'omissione del riferimento alla tolleranza emotiva nei confronti dell'informazione in quanto è ben nota l'interazione tra affettività e capacità cognitiva sia nel soggetto psichicamente «normale» che in quello disturbato. Va tenuto presente inoltre l'incidenza frequente di distimie e talvolta di vere e proprie depressioni in quei malati affetti da patologie

organiche, i quali pur non potendo venire catalogati come «incapaci di intendere e di volere», possono incontrare difficoltà nel recepire un'informazione non adattata alla loro condizione psicologica. In entrambe le edizioni, si riscontra invece la felice e quanto mai opportuna connessione in termini teleologici tra informazione e *compliance* (adesione sostanziale) in quanto è affermato che il medico nell'informare il malato deve «promuovere la migliore (testo del '95) la massima (testo del '98) adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche».

Un'altra discutibile omissione del codice più recente è quella della «potestà», «dignità» e «libertà professionale», sancita invece dal testo precedente quale limite del condizionamento dell'atto medico; è invece da segnalare come meritoria innovazione il diritto a rifiutare l'informazione: «la documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata». Nel primo caso si osserva che i diritti del malato in genere e di quello psichiatrico in particolare vanno tutelati e rispettati senza enfattizzazioni che penalizzino i diritti del medico e dello psichiatra. Nel secondo caso, si richiama l'attenzione sull'opportunità che al malato mentale venga consentito di rifugiarsi volontariamente nel *non sapere* quale difesa nei confronti di una realtà intollerabile. In entrambi i *Codici* è previsto, in analogia alla legislazione vigente, il ricorso al rappresentante legale per il consenso informato quando si tratti di minori o di «infermi di mente» (termine dell'edizione del '95) o «non autosufficiente sul piano psichico e sociale», «interdetto», «inabilitato» (termini invece adottati nell'edizione del '98). A monte di queste norme, vi è un fondamento teorico piuttosto discutibile: il concetto di «incapacità di intendere e di volere», concetto che ha significato e valenza rigorosi in ambito psicopatologico-forense e medico-legale (in quanto concerne l'imputabilità di un soggetto nel momento in cui commette un reato), ma che risulta ambiguo, vago e generico in psicopatologia. In quest'area, infatti, l'incapacità di intendere e di volere si riscontra propriamente nella demenza, che è più una malattia neurologica che psichiatrica: «I disturbi descritti nella sezione Demenza sono caratterizzati dallo sviluppo di molteplici deficit cognitivi (inclusa la compromissione della memoria) che sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale, agli effetti persistenti di una sostanza, o a eziologie molteplici (per es., gli effetti combinati di malattia cerebrovascolare)¹⁾».

Anche nel caso della schizofrenia va tenuto presente che il percorso è estremamente vario e differenziato: tra i due estremi della cronicizzazione con grave deterioramento cognitivo e rilevante disabilità da una parte e l'acquisizione di un'accettabile condizione di salute dall'altra parte, vi è una vasta gamma di sfumature ove si alternano fasi di aggravamento e fasi di

¹⁾ DSM IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Masson, 1998.

remissione, o un grado accettabile di stabilizzazione ben controllata. Tutto ciò comporta una radicale critica di due orientamenti estremi: l'uno volto ad escludere sempre e comunque la capacità del malato mentale a recepire correttamente l'informazione e ad esprimere un valido consenso; l'altro connotato dall'ingenuo ottimismo in senso opposto (non si può dimenticare infatti che in tutti i disturbi mentali e non solo nella schizofrenia vi è a vario grado una diminuzione delle capacità cognitive e valutativo-decisionali). In realtà va anzitutto osservato che tra l'assoluta incapacità di intendere e di volere, propria della demenza, e la «normalità» vi sono una serie di gradi intermedi, dove deficit cognitivi e alterazioni affettive possono determinare diminuzioni di tale capacità ma non la sua assenza. D'altronde anche nel soggetto cosiddetto «normale» si possono verificare ottundimenti episodici o stabili, connessi a particolari situazioni di disagio esistenziale e/o psicologico: ancora una volta non va dimenticata l'improponibilità di fissare confini rigidi tra «normalità» e follia.

Il vero problema è quindi quello della «competenza» del malato mentale a recepire l'informazione e ad esprimere il consenso. Se al termine «competenza» si annette un significato giuridico, in misura esclusiva o prevalente, è evidente che la delega al rappresentante legale deve venire effettuata solo dopo aver verificato il presupposto legittimante dell'incapacità, a meno che si tratti di un soggetto «interdetto» e come tale per definizione privo di competenza. Se invece gli si attribuisce il significato di idoneità psicologica (cognitiva, soprattutto, ma anche affettiva) di esercitare il diritto al consenso informato, il problema per la sua complessità non consente di dare risposte di tipo radicalmente alternativo. Una prima osservazione riguarda il carattere dinamico, fluido, flessibile della «competenza» del malato mentale: qualora non si riscontri una condizione di demenza, la capacità cognitiva raramente è rigida e statica, ma si caratterizza in un percorso oscillante tra fasi di recupero e fasi di deterioramento, di presenza o assenza, di maggiore o minore disponibilità alla comunicazione. Una seconda osservazione verte sull'interazione tra cognizione e affettività: va sempre tenuto presente, quindi, che informazioni sgradevoli e fastidiose possono venire mal tollerate e, pertanto, «non comprese» ad opera di un elementare meccanismo di difesa. Anche nei soggetti normali si nota, infatti, che vi sono fluttuazioni sensibili alla disponibilità a recepire l'informazione spiacevole in relazione a variazioni provvisorie e occasionali del tono dell'umore, che non impediscono tuttavia il ripristino di una piena facoltà cognitiva, valutativa e decisionale in momenti successivi di recupero dell'equilibrio affettivo.

Una terza osservazione circa la «competenza» del disturbato psichico, qualora non sia del tutto estinta ma solo ridotta dalla condizione patologica, si riferisce alla tendenza evolutiva all'interno della relazione terapeutica, già a partire dall'accoglienza del malato. Il rilievo della frequente natura dinamica, episodica e ciclica della capacità di comprendere e decidere

comporta, ovviamente, tranne nei casi di comprovata «demenza» previsti dalla normativa giuridico-deontologica, l'obbligo per lo psichiatra di rispettare il diritto del paziente al consenso informato, con modalità tuttavia diverse da quelle codificate in medicina generale per la necessaria ottemperanza alla specificità della dimensione psichiatrica. È nota infatti l'ambivalenza insita nell'informare: da un lato è un dovere morale come riconoscimento della dignità personale del malato; dall'altro può scivolare in rischi gravi – e talora devastanti – per l'approccio clinico, qualora venga mal recepita per inadeguatezza alla comprensione critica. Ciò non legittima comunque la rinuncia all'informazione ma comporta il criterio etico (ma anche clinico) della cautela nel vagliare caso per caso *se, come e quando*, fornire l'informazione e, soprattutto, una scelta puntuale delle modalità e della misura adatta al singolo paziente in riferimento alla sua situazione e al suo contesto bio-psico-sociale ed esistenziale. A questo proposito ai fini di una conciliazione tra principio di beneficiabilità e principio di autonomia, evitando deragliamenti ed ingenuità, è fondamentale il criterio per cui «informare è prima di tutto comunicare all'interno della relazione».

Da queste premesse metodologiche derivano delle linee guida di etica psichiatrica che orientano ad una applicazione specifica – e quindi diversa – della normativa sul consenso informato. Applicarla in modo identico a quanto prescritto in medicina generale comporterebbe fatalmente lo scivolamento in un legalismo astratto e formalistico, proprio di un uso «difensivo», del principio nell'interesse dello psichiatra a tutelarsi da contenziosi giudiziari, ma incoerente alla difesa della dignità personale del disturbato psichico.

In primo luogo sembra estremamente discutibile dare immediatamente, preventivamente ed esaurientemente indicazioni sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia, su eventuali alternative terapeutiche, sugli effetti collaterali delle terapie e sui rischi della rinuncia alle terapie. Se è vero, infatti, che l'informazione nasce all'interno della relazione, già la stessa presa in carico ha valenza terapeutica, prima che sia stata formulata la diagnosi e prima che sia iniziato il trattamento. Va inoltre sottolineato che in psichiatria la diagnosi è sovente un processo a medio percorso che da una prima bozza evolve verso forme più complesse e articolate; in altri termini, la diagnosi si compie e perfeziona durante la relazione.

Movendo dalla priorità, pienamente condivisibile, del sentimento di fiducia, è evidente che la singolare fecondità di tale sentimento in ambito psichiatrico, deve venire garantita ad oltranza, per motivi sia etici che clinici. E ciò implica il dovere di non anticipare informazioni o richiesta del consenso prima del momento in cui lo psichiatra abbia accertato il reale interesse, oggettivo e soggettivo, del paziente ad acquisizioni conoscitive e a scelte decisionali. Va quindi concesso e riservato allo psichiatra un certo margine di privilegio terapeutico non nella direzione irresponsabile di una

elusione della norma o di un piatto ritorno all'obsoleto paradigma paternalistico, ma in quella, eticamente lecita e clinicamente corretta, di dare risposte coerenti e vantaggiose ai veri bisogni di quella singola persona con la quale si instaura la relazione. Si tratta cioè di stimolare la massima attenzione verso le modalità e i tempi favorevoli ad una pratica non meramente giuridico-deontologica, ma autenticamente etica del dovere dell'informare e di acquisire il consenso. Tenendo conto, pertanto, che nell'iter clinico terapeutico, la competenza evolve e si consolida – in analogia a quanto è stato osservato in precedenza sull'autonomia – grazie all'abilità professionale dello psichiatra nel gestire la relazione, ne consegue la percorribilità di una soluzione intermedia tra garantismo radicale e paternalismo rigido, soluzione consistente nel dilazionare cronologicamente l'applicazione del consenso informato – senza quindi rinunciarvi – nella fase in cui il paziente diviene «competente». Ciò comporta che lo psichiatra secondo «scienza e coscienza» garantendo i requisiti sulle modalità e sui tempi, esperisca tutti i possibili tentativi per un coinvolgimento del malato mentale nel modello del coprotagonismo, fatta salva la diversità dei ruoli, per realizzare l'alleanza terapeutica, promovendo così la comprensione e il libero e consapevole conformarsi alle indicazioni prescrittive.

La formula dell'incapacità di intendere e di volere – sulla cui validità a certe condizioni e in certi limiti non è lecito dubitare – non deve quindi diventare un presupposto rigido che costituisca un comodo alibi per lo psichiatra autoritario o renitente al faticoso impegno della comunicazione e dell'ascolto. In questo senso il consenso informato nella sua connotazione psichiatrica si avvicina, sino ad una vera e propria identificazione, alla *compliance* che è infatti partecipazione, collaborazione, alleanza, comunicazione intersoggettiva, adesione e disponibilità del paziente ad adeguarsi senza passività o eccesso di dipendenza al percorso terapeutico proposto dallo psichiatra.

Ma mentre è scontato il ruolo determinante della *compliance* ai fini di un buon esito del disturbo e di un generale rafforzamento dell'efficacia delle terapie, sotto il profilo etico è necessario distinguere una buona *compliance* da una cattiva *compliance*.

La prima è il risultato di un processo emendativo-evolutivo che fa maturare la competenza cognitiva e decisionale del paziente, consentendogli un esercizio consapevole e razionale del diritto al consenso informato. La seconda è una cattura conseguita mediante una mera abilità di tecnica della relazione, non lontana dal plagio, eticamente illegittima benché motivata più o meno correttamente da finalità cliniche. È inoltre da segnalare come illecita la non infrequente attesa di taglio narcisistico di vedere nella *compliance* una sorta di atto dovuto al terapeuta enfatizzando così nel rapporto la parte forte nei confronti di quella debole e riproponendone una lettura arrogantemente autoritario – paternalistica. Il punto di arrivo del per-

corso etico in funzione della maggiore tutela possibile dell'autodeterminazione del paziente è il contratto come perfezionamento del consenso. Si tratta, obiettivamente, di un'esigenza tanto irrinunciabile quanto non facilmente realizzabile: ma ciò non deve indurre ad evadere da un impegno di alto valore finalizzato a restituire o ricostruire nel malato mentale tutte le sue competenze personali, sociali e civili.



Baieri, 50 x 70, acrilico su tela.

Ariu, 70 x 110, tecnica mista.

LA SALUTE MENTALE NELLE CARCERI E NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI. PORTE CHIUSE, CONTENZIONI, ISOLAMENTO NEI SERVIZI DI ASSISTENZA PSICHIATRICA. È POSSIBILE FARNE A MENO?

1. Nota sulla questione degli Ospedali psichiatrici giudiziari

Dal 1876 al 1930, vigente il Codice Zanardelli, il Manicomio giudiziario era una sezione specializzata del carcere che ospitava i detenuti impazziti; i soggetti prosciolti per vizio di mente erano inviati ai Manicomi provinciali.

Nel 1930 con il Codice Rocco, la pericolosità sociale diventa sempre presunta quando chi ha commesso il reato sia stato riconosciuto folle. Al posto della pena è applicata la *misura di sicurezza* (m.s.) con una durata minima di due anni per i reati la cui pena sia fra 2 e 5 anni, di 5 anni se la pena è superiore ai 10 anni e di 10 anni quando sia previsto l'ergastolo. La dimissione dal Manicomio giudiziario avviene al termine della misura di sicurezza, previo riesame della pericolosità sociale da parte del Giudice di sorveglianza²⁾.

Nel secondo dopoguerra, nell'anno 1956 sono soppresse le sezioni giudiziarie di Imola e Volterra; nel 1975 è chiusa quella di Pozzuoli. Da quell'anno restano e sono ancora aperti gli Ospedali psichiatrici giudiziari di Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Barcellona (ME), tutti a gestione diretta da parte del Ministero della Giustizia, e le Sezioni O.P.G. di Castiglione d/S. (MN) in convenzione col locale Ente ospedaliero, poi USSL, ora Azienda sanitaria ospedaliera della Regione Lombardia. Le sezioni O.P.G. di Castiglione d/S. sono sempre state gestite come un vero Ospedale psichiatrico e non vi opera personale di custodia; nelle altre strutture invece il numero degli agenti di custodia è ancora prevalente su quello del personale sanitario. In esse è in corso una progressiva ospedalizzazione e de-carcerizzazione dei trattamenti.

Nel 1975 due sentenze della Corte Costituzionale modificano alcuni aspetti della normativa; la legge 354/75 conferma l'O.P.G. come struttura di carattere carcerario, la novità più rilevante è il cambio del nome da Manicomio a Ospedale psichiatrico giudiziario.

Tra il 1977 ed il 1978 si avviano esperienze di trattamenti in alcuni Ospedali psichiatrici provinciali a seguito di convenzioni fra Amministra-

²⁾ È previsto il minimo della misura di sicurezza ma non il massimo e ciò ha reso e rende possibili internamenti a vita a seguito di reati anche di modesta entità. Nel 1941 gli internati raggiunsero il numero massimo di 3432.

zioni provinciali e Ministero. La legge n. 180 del 1978 blocca gli ingressi negli Ospedali psichiatrici provinciali e interrompe tali esperienze.

La 180/78 non dà nuove indicazioni in tema di trattamento del paziente autore di reato e l'O.P.G. quindi resta in vita. Questa situazione ha aperto gravi contraddizioni sul versante della gestione della salute mentale dei soli pazienti autori di reato lasciata ad una gestione carceraria e manicomiale.

La sentenza 139/82 della Corte Costituzionale stabilisce che la valutazione della pericolosità sociale si basi sull'accertamento al momento del giudizio o dell'applicazione della m.s. Questo ha reso possibile evitare l'ineluttabilità dell'internamento in O.P.G. una volta avviato un procedimento penale contro un malato di mente.

La legge 633/86 ha stabilito che la m.s. si applica previo accertamento della pericolosità e restituisce al Giudice di sorveglianza il potere di revoca anticipata della m.s.

Il Dlgs 230/99 «Riordino della medicina penitenziaria» non contiene indicazioni esplicite e specifiche circa l'organizzazione delle attività di tutela della salute mentale nelle strutture penitenziarie italiane, Ospedali psichiatrici giudiziari compresi. La questione sembra rientrare nelle più generali enunciazioni sul «diritto alla salute dei detenuti e degli internati» (art. 1) e sui criteri cui si deve rifare l'assistenza sanitaria agli stessi: «principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, d'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica» (comma 2, art. 2). Per la concreta attuazione il Decreto rinvia ad uno specifico progetto obiettivo nazionale. Per quanto riguarda i tempi di attuazione, il Dlgs 230 prevede che il 1° gennaio 2000 siano trasferite alle Aziende sanitarie le sole attività di assistenza ai detenuti ed internati tossicodipendenti e l'avvio, in forma sperimentale in tre Regioni, del graduale trasferimento delle restanti funzioni sanitarie.

Il Progetto obiettivo nazionale «Tutela della salute mentale 1998-2000» segnala fra gli aspetti problematici della gestione della salute mentale «la realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari» in quanto «situazioni di istituzionalizzazione non toccate dal processo di superamento degli ex-OP».

Va ricordato anche il P.O. nazionale «Tutela della salute in ambito penitenziario» (Decreto 21 aprile 2000- G.U. n. 120, 25 maggio 2000). Il Ministro della Sanità ed il Ministro della Giustizia, in applicazione del Dlgs 230/99, hanno emanato norme per la garanzia del diritto alla salute, compresa la salute mentale, dei detenuti e degli internati. Nella relazione introduttiva è affermato che su 50.000 persone detenute, oltre 4.000 sarebbero «sofferenti di turbe psichiche anche molto gravi»; le patologie psichiatriche si collocherebbero, nell'elenco delle patologie, al secondo

posto per diffusione dopo quelle infettive. Gli obiettivi di salute indicati riguardano sia i detenuti sia gli internati, quindi anche la popolazione degli O.P.G. È riconosciuto che il carcere «è causa di rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti, degli internati e delle persone addette alla sorveglianza ed all'assistenza», è posta enfasi sui programmi di prevenzione primaria volti alla riduzione o alla rimozione della sofferenza (igiene pubblica, degli alimenti, della nutrizione, degli ambienti di vita e di lavoro, qualità delle strutture sanitarie). Il P.O. affida alle ASL la predisposizione dei programmi di prevenzione primaria e di educazione alla salute con particolare riguardo a malattie infettive e parassitarie, prevenzione della tossicodipendenza, alcooldipendenza, sofferenza mentale, e dei programmi di prevenzione secondaria – *screening* delle malattie infettive e psichiatriche. L'Azienda sanitaria locale, sede di istituti penitenziari ha inoltre il compito di garantire le cure sanitarie dei detenuti e degli internati, l'organizzazione dei percorsi terapeutici, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni. Fra le aree di intervento è collocata quella della «tutela della salute mentale»: sono segnalati i problemi dell'autolesionismo e della protesta e quello di un'adeguata presa in carico delle situazioni in collegamento con i servizi di salute mentale, raccomandando il superamento della separazione fra carcere e territorio.

Per la tutela della salute mentale, il P.O. si propone i seguenti obiettivi:

1. indagine sulla epidemiologia dei disturbi di competenza psichiatrica nella popolazione dei detenuti e degli internati;
2. formazione e aggiornamento degli operatori;
3. garanzia che l'attività di tutela e promozione della salute mentale sia coordinata dal Dipartimento di salute mentale del territorio di appartenenza *affinché anche i malati detenuti possano usufruire di tutte le possibilità di cura e riabilitazione garantite dai servizi del territorio;*
4. assicurare in carcere una risposta che non sia limitata all'emergenza e che consenta *domiciliazione della cura, lavoro multidisciplinare, formulazione di progetti di trattamento individuali, continuità del trattamento, presa in carico personalizzata;*
5. garantire integrazione fra osservazione, intervento clinico e riabilitazione;
6. assegnazione, da parte della Divisione amministrativa penitenziaria (DAP), delle persone con disturbi mentali ad istituti posti nella regione di appartenenza;
7. attivazione in ogni istituto di un'area nella quale *la questione del trattamento incontra quella della tutela e della promozione della salute mentale*, al fine di definire la forma migliore di trattamento;

8. definizione di protocolli e modalità di collaborazione fra D.A.P. e D.S.M. per la definizione di interventi terapeutici e riabilitativi a favore degli internati negli O.P.G.

È inoltre previsto che in ogni istituto penitenziario siano realizzati spazi attrezzati per le attività di riabilitazione con riferimento alle linee-guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (v. G.U. 30 maggio 1998³⁾).

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi è previsto che fino a 200 detenuti si debba contare su un servizio sanitario multiprofessionale nell'ambito del *distretto socio-sanitario*;

da 200 fino a 700 detenuti sia costituita una Unità operativa multiprofessionale;

oltre 700 detenuti un Dipartimento strutturale.

Le Regioni dettano indirizzi alle Aziende sanitarie locali per la definizione dei modelli organizzativi; accreditano le strutture ed i presidi di ricovero interni al carcere, attivano appositi reparti riservati ai detenuti presso i Presidi e le Aziende ospedaliere e almeno una struttura a custodia attenuata per ogni Regione.

Sono previsti Comitati tecnici interministeriali e Comitati di indirizzo e Coordinamento regionali. Il Ministero della Sanità attiva un apposito Ufficio ai fini dell'indirizzo e del coordinamento del processo di riordino della sanità penitenziaria.

Per le risorse, il Ministero della Giustizia trasferisce le proprie destinate alla sanità penitenziaria al Ministero della Sanità che a sua volta le ripartisce fra le Regioni tenendo conto degli Istituti presenti, compresi gli Ospedali psichiatrici giudiziari; il Ministero della Sanità provvede alle risorse per le ristrutturazioni dei Presidi sanitari interni e l'istituzione di nuovi reparti per detenuti nei Presidi e nelle Aziende ospedaliere esterne; alla rilevazione epidemiologica; con il Ministero della Giustizia ad iniziative per la formazione specifica e l'aggiornamento degli operatori sanitari, del personale della Divisione amministrativa penitenziaria e dei mediatori culturali.

Entro 60 giorni le Regioni provvedono al P.O. regionale; le Aziende sanitarie locali provvedono alla gestione ed al controllo dei servizi sanitari che operano negli Istituti penitenziari.

Il Progetto-obiettivo trova applicazione piena nelle Regioni che attuano la sperimentazione, nelle altre esso si applica con riferimento alle funzioni effettivamente trasferite e costituisce orientamento generale sulla materia.

³⁾ Il documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni fornisce indirizzi per l'organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione da attivare all'interno dei livelli uniformi di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale. Le linee-guida non affrontano in termini specifici i problemi della riabilitazione psichiatrica, la cui trattazione è rinviata ad un successivo documento. Tuttavia le stesse sono indicate come utile punto di riferimento per lo sviluppo delle attività di riabilitazione psico-sociale.

2. Note sul Progetto-obiettivo «Tutela della salute in ambito penitenziario»

Il P.O. recepisce i contenuti e le finalità del «documento della commissione Cirignotta» dell'Osservatorio nazionale per la salute mentale (1998). Dal punto di vista culturale, costituisce un importante passo in avanti verso il superamento della separazione fra Sanità penitenziaria e Servizio sanitario nazionale. Il Ministero della Giustizia abbandona la gestione della Sanità penitenziaria che è fatta rientrare nel Servizio sanitario nazionale.

Non sono però certi i tempi del passaggio, che comunque si preannunciano lunghi, dipendendo essi dall'esito delle sperimentazioni nelle regioni Toscana, Lazio e Puglia, dal recepimento e dalla elaborazione delle stesse, e dalla disponibilità delle Regioni, delle Aziende sanitarie e dei D.S.M. ad assumersi responsabilità, gestire programmi e attività.

3. Considerazioni finali

Negli ultimi venti anni sulla questione O.P.G. si è sviluppato un intenso dibattito nel corso del quale sono stati messi in discussione la *perizia psichiatrica* come strumento per l'accertamento della capacità di intendere e di volere, i criteri di *imputabilità* e *pericolosità sociale*, la *misura di sicurezza* psichiatrica ed il conseguente diritto dei pazienti autori di reato ad essere affidati per i trattamenti ai servizi di salute mentale.

Intanto l'O.P.G., istituito 120 anni fa, è rimasto una struttura penitenziaria con personale e strutture di tipo carcerario, ed ha finito col diventare una struttura manicomiale per il trattamento psichiatrico dei rei folli.

L'ambiguità e la contraddittorietà delle funzioni attribuite all'O.P.G. sono esasperate da quanto è venuto maturando ed affermandosi nel campo dei servizi per la salute mentale che si basano sulle seguenti scelte:

- de-manicomializzazione e de-ospedalizzazione dell'assistenza psichiatrica;
- ricerca della massima integrazione possibile nelle comunità di riferimento dei cittadini utenti e nella rete delle opportunità disponibili;
- consenso e protagonismo di utenti, famiglie, volontariato e loro associazioni;
- presa in carico da parte non di singoli professionisti, ma di équipes multiprofessionali con riferimento alle professioni sanitarie, psicosociali, dell'educazione, della formazione professionale, del sostegno al lavoro;
- ricerca della qualità dei trattamenti con particolare riguardo alla questione del lavoro, anche in situazioni protette.

L'O.P.G. è mantenuto in vita dal Codice penale e dalle norme in tema di imputabilità del paziente psichiatrico autore di reato. Il nuovo Codice penale è in discussione in Parlamento da quattro legislature, ma la sua approvazione non appare prossima.

Il recentissimo P.O. nazionale per la tutela della salute in ambito penitenziario indica, a normativa invariata, quali debbano essere:

- i rapporti fra Amministrazione penitenziaria e Regioni titolari dei servizi sanitari, compresi quindi i servizi per la salute mentale;
- i rapporti fra carcere e servizi territoriali per la salute mentale.

Resta il problema del reperimento delle rilevanti risorse finanziarie da investire per attivare nuove strutture e reclutare operatori e per riconvertire quelle vecchie per quanto riguarda in particolare qualifiche e professionalità degli operatori.

È necessario che tutte le Regioni da subito inizino a fare, accumulare esperienze che rendano possibile «fare a meno dell'O.P.G.».

Infatti, sviluppando in particolare le sinergie con i Dipartimenti di salute mentale, è possibile e realistico da subito porsi l'obiettivo di ridurre il numero delle persone internate e la durata degli internamenti. Questo non vuol dire «chiudere l'O.P.G.», ma vuol dire imparare a farne il più possibile a meno garantendo condizioni di sicurezza, affidando il più possibile ai servizi delle Aziende sanitarie il compito della «presa in carico» e dei trattamenti. Questo può avvenire se il *D.S.M. di competenza è in ogni caso responsabile del progetto di salute mentale della persona paziente, anche quando detenuta o internata. Con la conseguenza che il D.S.M. può e deve assumere un ruolo sempre più pregnante circa le valutazioni delle condizioni di salute, l'esame della pericolosità sociale, le modalità della misura di sicurezza, la dimissione, i trattamenti dei pazienti autori di reato.*

Con una seria e responsabile presa in carico da parte dei D.S.M., centinaia di persone potrebbero uscire da subito dagli O.P.G. per essere accompagnate nei possibili percorsi di vita e di salute. Per quanto riguarda la sicurezza, il comma 1 dell'art. 4 del Dlgs 230/99 è molto chiaro nell'attribuire al Ministero della Giustizia «tutte le competenze in materia di sicurezza (...) nell'ambito dei luoghi esterni di cura ove siano ricoverati i detenuti e gli internati».

Vi sono quindi già oggi le condizioni perché i D.S.M. non si possano rifiutare di occuparsi dei loro pazienti autori di reato.

In attesa della revisione del Codice penale e degli eventuali nuovi assetti dell'edilizia penitenziaria, gli attuali O.P.G. potrebbero integrarsi progressivamente nella rete dei servizi delle Aziende sanitarie di riferimento, sviluppare processi di umanizzazione e di de-manicomializzazione dei trattamenti, continuare ad occuparsi delle situazioni più problematiche e anche fungere da «Diagnosi e cura» e da osservazione per degenze brevi di persone detenute.

Non si tratta di un'operazione semplice e facile per le questioni che si aprono a causa dell'intreccio del tema della salute con quello della sicurezza e dell'allarme sociale.

Ma, promuovere dimissioni ragionevoli e mirate è forse il modo più semplice, rapido ed efficace per ridurre, in condizioni di sicurezza, gli accessi e la durata degli internamenti negli O.P.G., elevare i livelli di assistenza psichiatrica in tutti gli Istituti di prevenzione e pena, usare del circuito delle Comunità protette che sono state già attivate presso i Dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie dopo la chiusura dei manicomi.

Esperienze concrete hanno mostrato come, se e quando si vuole, è possibile fare assistenza e riabilitazione di persone con comportamenti anche violenti, fare salute mentale e una buona psichiatria di comunità senza ricorrere al manicomio.

È evidente che in questa fase, per quanto si possa fare da subito, non si è in condizioni di garantire al meglio il diritto alla salute dei pazienti autori di reato. Ma non è nemmeno accettabile che le stesse persone, in quanto autrici di reato, non possano fruire di opportunità dei trattamenti ottimali disponibili.

Già oggi, nelle singole situazioni, molti D.S.M. possono contrattare e condurre progetti personalizzati di salute, realistici e praticabili, in accordo con la Magistratura di sorveglianza.

Vale a dire che non la separazione, ma le sinergie fra apparati di giustizia, controllo sociale e cura possono garantire caso per caso e laddove vi siano le risorse, prese in carico e trattamenti efficaci di situazioni definibili come «gravi» dal punto di vista della salute mentale.

4. Porte chiuse, contenzioni, isolamento nei servizi di assistenza psichiatrica. È possibile farne a meno?

Il 17 novembre 1999 nel corso dell'incontro delle associazioni dei famigliari con il Ministro della Sanità era data lettura della lettera di un giovane paziente psichiatrico che denunciava le contenzioni ed i maltrattamenti subiti in un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (v. numero 46 de Il Sole 24 ore-Sanità). Era ancora una volta drammaticamente riproposto un tema che ha attraversato tutta la storia dell'assistenza psichiatrica modernamente intesa, sin dalla «rivoluzione» di Pinel, colui che nel contesto della rivoluzione francese, aveva liberato i folli dalle catene.

Le pratiche delle contenzioni, dell'isolamento e delle porte chiuse sono rimaste di viva attualità in tutto il mondo ed in Italia negli S.P.D.C., negli Ospedali psichiatrici giudiziari, nelle residenze protette per portatori di handicap psichici, anche dopo la riforma del 1978 e la avvenuta chiusura

dei manicomi pubblici. Non se ne parla volentieri perché costituiscono un aspetto sgradevole, di particolare asprezza, sensibilità e criticità, ma proprio perché incidono sulla qualità dell'accoglienza e dei trattamenti nelle strutture di assistenza psichiatrica, sono pratiche cui è opportuno portare grande attenzione. In Italia, non essendovi più l'alibi del «queste cose si facevano in manicomio», è ancora più doveroso oggi riproporre la questione all'attenzione delle Aziende sanitarie, degli operatori, degli utenti e delle loro organizzazioni, dei movimenti per i diritti civili.

Già nel 1904, a ridosso dell'approvazione della legge 36 sui manicomi, il XII° Congresso di Genova della Società freniatria italiana approvava all'unanimità un ordine del giorno in cui quest'ultima *«disapprova la contenzione meccanica degli alienati, deplora che in molti manicomi d'Italia, per necessità di ambiente o di personale di servizio, si faccia ancora uso dei mezzi di contenzione meccanica nella custodia degli alienati, e fa voti perché tutti i Soci si impegnino a provocare, con ogni loro energia, dalle Amministrazioni quei provvedimenti, che nei vari casi speciali sono necessari a toglierli; e che, col provvedere alla diminuzione dell'affollamento dei manicomi, coll'aumento di numero dei medici e degli infermieri, colla elevazione intellettuale e morale di questi ultimi, con una migliore disposizione e ripartizione dei locali (...), si attui anche in Italia, come ormai nella maggior parte delle altre Nazioni, l'abolizione dei mezzi di coercizione per gli alienati».*

Ma nella stragrande maggioranza dei manicomi le porte rimasero chiuse e le persone ricoverate continuarono ad essere legate in isolamento per ore, giorni, mesi. L'«educazione manicomiale» era volta ad instillare nei ricoverati principi di autodisciplina e trovava attuazione in un regime «paterno ed assoluto», a capo del quale veniva posto il medico direttore.

Purchè autorizzate dall'autorità del medico, le pratiche della contenzione e dell'isolamento erano consentite, a norma dell'articolo 60 del Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615 «Regolamento sui manicomi e gli alienati»:

«Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione. L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria da L. 300 a L. 1000, senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice penale. L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nelle case di cura private (...).».

Il confronto e la discussione fra gli psichiatri sulla questione si spensero quanto più l'attenzione si spostò sulle terapie di shock; si riaprirono solo negli anni del secondo dopoguerra.

Ma come si giustificavano (e giustificano) i trattamenti coercitivi della libertà della persona malata di mente?

Eugenio Tanzi nel suo trattato del 1905 affermava perentoriamente che «la calma è la condizione necessaria non solo all'ordine materiale, ma anche alla verifica della malattia mentale e ad una cura ragionevole. Essa è l'ultima parola del rifugio, la prima sillaba dell'ospedale».

Ne conseguiva che obiettivi primari da raggiungere nella vita quotidiana del manicomio erano l'ordine ed il silenzio e che andava subito tacitato chi disturbava o allarmava per il suo comportamento. Ritenendosi che clamorosità, comportamenti auto o eteroaggressivi del paziente derivassero solo dalla malattia, diventava doveroso da parte del personale in servizio disporre trattamenti capaci di limitare i rischi e confermare le regole dell'istituzione. Gli psicofarmaci introdotti negli anni '50 spesso sono stati usati come una «camicia di forza» farmacologica e prescritti sulla base di tali ragioni «pedagogiche». Nei manicomi gli infermieri avevano il compito preciso di sorvegliare gli internati, custodirli, controllarli, slegarli al mattino, legarli la sera, portarli nel cortile durante il giorno, senza mai uscire dagli spazi del reparto. Questo ci fa capire perché gli unici testi in cui gli psichiatri trattano di contenzioni ed isolamento siano i manuali per i corsi di formazione per il «patentino» manicomiale degli infermieri.

La scelta sul che fare di fronte ad una situazione avvertita come carica di rischi appartiene più agli infermieri che ai medici: le infermiere e gli infermieri sono nella posizione più esposta nel faccia a faccia con il paziente, spesso lasciati a gestire da soli la paura che la situazione possa sfuggire dal controllo. È quindi lo staff infermieristico che, in base alle culture professionali vigenti nelle singole istituzioni, alle esperienze personali, al livello di addestramento e formazione, fa la previsione che quel paziente, in quella determinata situazione potrà assumere un comportamento violento. Infatti si contiene *prima* che l'aggressività esploda e la decisione di contenere è spesso una risposta quasi automatica di evitamento.

Ma le previsioni possono essere errate. Per questo il gruppo degli operatori dovrebbe avere una chiara visione e comprensione delle possibili scelte di trattamento, a partire da quelle meno restrittive, da usare quando il paziente in difficoltà diventa confuso, irritabile, impaurito e può perdere il controllo. Sapendo che a tutti i pazienti vanno offerte opportunità di esprimersi e lo staff deve prendere il tempo per fermarsi, osservare, ascoltare.

Oggi nelle strutture psichiatriche del mondo occidentale isolamento e contenzioni continuano a funzionare, perché ritenuti utili a prevenire lesioni e ridurre stati di agitazione; la gran parte dei programmi per il trattamento di persone ricoverate con gravi sintomatologie sembrano riconoscere come impossibile operare senza una qualche forma di isolamento o contenimento fisico o meccanico. Questo nonostante si riconosca che le pratiche dell'isolamento e della contenzione producono effetti fisici, e più spesso psicologici, deleteri sia sui pazienti che sullo staff. Su tali effetti si soffermano le preoccupazioni e si accentrano le proteste dei movimenti degli utenti psichiatrici.

Negli Stati Uniti la questione contenzioni e isolamento è di recente posta al centro dell'attenzione della politica ed è entrata nell'ordine del giorno del Congresso (1999). «Hartford Courant», il più autorevole giornale del Connecticut, ha pubblicato nell'ottobre 1998 una serie di articoli nei quali si denunciava che nel decennio 1988-1998 nei reparti psichiatrici, nelle residenze protette psichiatriche e per handicappati psichici di 50 Stati erano morte 142 persone in corso o a seguito di isolamento o contenzione. L'indagine giornalistica portava a stimare un numero di morti per ogni anno negli interi USA variabile da 50 a 150. Alla Camera sono state presentate 3 proposte di legge per la tutela della libertà personale dagli abusi fisici o mentali, dalle punizioni corporali, dall'isolamento coatto e dalle contenzioni fisiche o chimiche disposte per motivi di disciplina o di comodo. L'American Psychiatric Association (APA) ha condannato l'uso scorretto di tali tecniche ma anche espresso preoccupazione perché la loro messa al bando non tutelerebbe l'incolumità degli operatori e dei pazienti.

Ma come gli staff degli operatori possono affrontare situazioni gravide di rischio per l'incolumità del paziente e della propria persona adottando approcci e procedure diverse rispetto a quelle della tradizione asilare? Come ridare senso a parole come *non-restraint* e *open door* che hanno fatto appassionatamente discutere gli psichiatri europei e nord americani un secolo e mezzo fa?

Il recente Codice deontologico dei medici italiani (1998) contiene criteri cui fare utilmente riferimento anche da parte degli operatori non-medici:

Art. 5: «Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona (...).»

Art. 17: «Il medico nel rapporto con il cittadino deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.»

Art. 29: (...) Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, (...) affinché all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psichico e sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata.»

Art. 49: «(...) In caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non deve porre in essere o autorizzare misure coattive, salvo i casi di effettiva necessità e nei limiti previsti dalla legge.»

Queste indicazioni possono aiutare a rispondere alla domanda: «che cosa è necessario sapere e sapere fare» per realizzare un buon trattamento in ambienti con le porte aperte, senza isolare o contenere. Sapendo che quanto più alto è il consenso della persona che sta male, tanto più efficace risulterà il trattamento.

Come mostrano alcune significative esperienze, la questione del contenere non riguarda i singoli casi, ma il clima più globale di intervento, le scelte e le impostazioni terapeutiche di base e, in fondo, lo stato d'animo dell'operatore. Questi, prima di tutto, deve essere non legato egli stesso: non legato a schemi precostituiti e ad abitudini rigide e tramandate; deve sapere riconoscere l'ambito del suo operare e deve sapere coinvolgere, quando è il caso, le agenzie sociali di maggiore competenza, come ad esempio le forze dell'ordine. Le prese in carico incongrue, quando subite acriticamente dall'operatore, prima ancora che dal paziente, generano paure («Ma sarà colpa mia se scappa?», «E se farà del male a qualcuno?») che portano a contromosse difensive in forma di risposte eccessivamente repressive.

Si sa peraltro quanto lo «specifico» della psichiatria, in particolare della psichiatria dei servizi pubblici, sia difficilmente definibile e come le situazioni a scavalco tra psicopatologia e comportamenti antisociali rappresentino un'area di intervento particolarmente impegnativa, ma impossibile da ignorare.

Un continuo lavoro di liaison con le varie agenzie di confine quali 113, vigili urbani, 118, tribunale, costituisce una premessa indispensabile, le cui ricadute favorevoli diventano preziose nelle situazioni più critiche. La direttiva del Ministero della Sanità del settembre 1992 sancisce esplicitamente che «non compete agli operatori sanitari l'adozione di mezzi coercitivi... essendo la forza pubblica la sola legittimata all'uso della forza». Conviene peraltro che l'intervento si configuri – è ancora la direttiva del Ministero a indicarlo – come «azione complementare di due tipi di operatori, con distinti ambiti di intervento e di responsabilità... Si tratta infatti di un'operazione congiunta laddove il personale sanitario... continua ad essere responsabile di un ruolo tecnico mirato alla tutela della salute del paziente, al rispetto e alla cura della sua persona, nonché al recupero del suo consenso...».

Succede comunque nella pratica che le aree non ben definite di intervento coinvolgano anche il personale sanitario in interventi fisicamente diretti sul paziente al fine di impedirgli atti lesivi o di praticargli una terapia; e, nella stessa logica, l'arrivo in reparto di una figura in divisa può essere sufficiente a convincere senza ulteriore coercizione.

L'obiettivo finale per l'operatore sarà quello di sentirsi nelle condizioni di accogliere il paziente, ascoltarlo e interagire con lui senza adottare metodi di barriera, senza vivere e trasmettere le sensazioni di disagio che tradiscono tutti i testi che trattano delle contenzioni e dell'isolamento, fra raccomandazioni a stare sempre attenti, deprecazione degli incidenti, minacce al personale infermieristico perché si attenga alle regole.

Dai legamenti fatti di corda si può tendere così a relazioni e legami di altro tipo altrettanto saldi, ma rispettosi della dignità della persona.

Concludendo, si può affermare che nelle attività di assistenza psichiatrica:

- in epoca pre-psicofarmacologica è stato possibile occuparsi ed assistere i pazienti psichiatrici senza legarli;
- il massiccio ingresso degli psicofarmaci nei trattamenti psichiatrici ha ridotto ma non eliminato le pratiche delle contenzioni e dell'isolamento né sembra aver modificato significativamente la situazione;
- situazioni simili dal punto di vista clinico e dei comportamenti della persona ricoverata trovano risposta diversa a seconda dei contesti istituzionali e degli operatori. Tenere le porte dei reparti chiuse a chiave, legare le persone e tenerle in isolamento per minuti, ore, giorni, è una scelta che dipende dalle culture professionali locali, dalle caratteristiche personologiche degli infermieri e dei medici, dalle relazioni interpersonali e di potere all'interno delle squadre che si avvicendano nei turni di servizio, dai rapporti fra medici e non-medici negli staff, e, infine, dalla disponibilità delle risorse;
- contenzione ed isolamento in talune situazioni sono tuttora praticate e possono essere rientrate nei programmi di trattamento; in altre costituiscono episodi «eccezionali», di breve durata, nella carriera istituzionale del paziente. Per superare la pratica della contenzione, si deve considerare ogni contenzione, come peraltro consigliato dall'O.M.S., come evento sentinella, un evento cioè che deve essere analizzato dall'équipe curante per sapere se e come potrebbe essere evitato. Si devono inoltre costruire dei protocolli che prevedano tutte le pratiche e le procedure da attuare per evitare la contenzione, cosa fare durante l'eventuale contenzione, e come rianalizzare l'evento dopo la «decontenzione» del paziente.

Per affrontare responsabilmente il problema è necessario far uscire rapidamente alla luce del sole la «questione contenzioni» nelle pratiche quotidiane dell'assistenza psichiatrica, per quello che è effettivamente, perché chi le sceglie e le adotta ne risponda e per evitare da una parte atteggiamenti di mera deprecazione e dall'altra risposte giustificazionistiche incapaci a misurarsi con la durezza delle situazioni.

Bisogna arrivare a conoscere i dati su tutto il territorio nazionale circa il numero, la durata, le motivazioni delle contenzioni meccaniche e dell'isolamento, le ragioni degli infermieri e dei medici, l'esistenza di regolamenti scritti adottati dai Dipartimenti di salute mentale o dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, il numero e la qualità degli incidenti a carico del paziente e del personale (infortunio sul lavoro) conseguenti alla gestione della contenzione, i vissuti di chi subisce tali trattamenti.

Dall'indagine si potranno ricavare dati utili per la predisposizione di programmi di formazione di base e permanente per tutti gli operatori della salute mentale.

Dobbiamo essere consapevoli della asprezza di un argomento che sappiamo non riguardare solo la storia e l'attualità dell'assistenza psichiatrica italiana: non dobbiamo dimenticare infatti, per parlare delle sole strutture sanitarie, che le contenzioni sono largamente in uso anche in altre attività di assistenza, dalle corsie degli Ospedali per acuti alle Residenze sanitarie assistite (R.S.A.).



De Luca, 55 x 60, allievo.

OBIETTIVI MINIMI ESSENZIALI NELLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DI SALUTE MENTALE

1. Note sulla formazione degli operatori di salute mentale

Una formazione continua e permanente è necessaria per adeguare le conoscenze e le competenze di tutte le figure professionali operanti nei Servizi per la salute mentale, considerato che la formazione di base si rivela largamente insufficiente e inadeguata per far fronte ai complessi compiti affidati agli operatori.

Considerato che le «risorse umane» sono la base sulla quale si fonda tutto il lavoro di prevenzione, cura e riabilitazione della sofferenza mentale, ne consegue che la formazione riveste un ruolo fondamentale nell'adeguare conoscenze, competenze e atteggiamenti degli operatori al proprio ruolo.

Va inoltre tenuto presente che è stato stimato che non più del 10% delle pratiche realizzate nei Servizi di salute mentale si basa su prove di evidente efficacia. Ciò non avviene per incuria da parte degli operatori ma per il fatto che è oggettivamente difficile inserire interventi di comprovata efficacia nella pratica clinica, tenendo anche conto del fatto che il progresso scientifico nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo psichico è in continua evoluzione. La formazione, pertanto, non può essere intesa come mera acquisizione di conoscenze precostituite, e particolare attenzione va dedicata a realizzare le condizioni della sua efficacia e della sua appropriatezza ai bisogni formativi degli operatori, a loro volta strettamente interconnessi ai bisogni di salute degli utenti.

Si ritiene, pertanto, di dover fornire alcune raccomandazioni di carattere generale:

a) la formazione dev'essere efficace, ovvero deve raggiungere gli obiettivi che si propone di raggiungere. Ne consegue che gli obiettivi di ogni intervento formativo devono essere chiaramente definiti e dev'essere prevista la valutazione del loro raggiungimento;

b) la formazione dev'essere eticamente fondata. Ciò significa che:

- gli obiettivi che si pone devono mettere al centro i bisogni di salute degli utenti e non gli interessi particolari degli operatori;

- non deve basarsi sulle offerte del mercato della formazione ma sui bisogni formativi degli operatori, la cui pertinenza con i bisogni degli utenti dev'essere evidente;

- deve garantire che gli operatori dispongano di alcune competenze necessarie per lavorare nel campo della salute mentale che per la loro imprescindibilità, vengono riportate nella sezione successiva di questo capitolo;

- deve sempre tenere presente che il contesto in cui si svolgono gli interventi è quello pubblico e che questo è significativamente diverso dall'ambito privato, dal quale non è possibile «esportare» i modelli e le tecniche;

- deve tendere al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione di tutte le risorse presenti nella Comunità di appartenenza, non sostituendosi ad essa e rifuggendo ogni forma di creazione di «mondi separati» di tipo neomanicomiale;

c) la formazione deve venir data enfasi molto maggiore di quanto non sia avvenuto sinora per la prevenzione e la promozione della salute mentale, oltre alla cura e riabilitazione;

d) la formazione deve tendere all'acquisizione delle competenze specialistiche proprie delle diverse discipline ma, nello stesso tempo, non perdere mai di vista la necessità di una reale integrazione degli apporti di ogni figura professionale. Vanno combattuti attivamente iperspecialismi, visioni mono-settoriali, trattamenti scollegati da un progetto complessivo d'intervento;

e) la formazione, tendenzialmente, deve essere mirata all'acquisizione di modelli teorici e metodologie operative sperimentate e validate dalla Comunità scientifica. Nei campi in cui il progresso scientifico non sia ancora ad uno stadio sufficientemente maturo, la formazione si pone come supporto alla ricerca scientifica, fornendo le basi per condurre e monitorare progetti di ricerca/intervento in ambiti innovativi.

Vanno ricercati scambi e sinergie con tutti gli Enti universitari e non (I.S.S., C.N.R., ecc.) che possano collaborare nella realizzazione di interventi formativi adeguati ed efficaci, nonché integrarsi in progetti di ricerca tesi ad accrescere il patrimonio di conoscenze scientifiche nel campo della salute mentale.

2. Obiettivi minimi essenziali per la formazione degli operatori

Tutti gli operatori della salute mentale condividono alcune funzioni, che costituiscono il terreno di base sul quale si articolano le differenti prestazioni ed attività proprie del ruolo specifico. Tali funzioni di base, a dispetto della loro estrema rilevanza (senza di esse le prestazioni specifiche rischiano di rivelarsi del tutto inefficaci), raramente sono oggetto di formazione nei percorsi formativi di base.

Riportiamo gli obiettivi formativi correlati a queste funzioni:

a) tutti gli operatori devono essere in grado di gestire le diverse, ma interrelate dimensioni dell'individuo, della famiglia, del gruppo e della comunità. Vanno realizzati, pertanto, interventi formativi mirati all'acqui-

sizione delle relative competenze da parte di tutte le figure professionali. Psichiatri e psicologi clinici, in particolare, dovranno essere in grado di condurre psicoterapie individuali, familiari e di gruppo;

b) tutti gli operatori devono essere in grado di organizzare il proprio lavoro in una dimensione progettuale, centrando i propri interventi sui bisogni dei pazienti ed integrandoli con quelli degli altri, monitorando l'andamento del progetto, in una visione manageriale del proprio lavoro. In particolare, psicologi e psichiatri devono:

– essere capaci di: svolgere funzione di consulente, coordinatore e supervisore di:

- assistenti sociali, infermieri, educatori professionali;
- volontari ed obiettori di coscienza;
- medici di medicina generale;

– essere in grado di trasformare gruppi psicoterapici in gruppi di auto-mutuo aiuto;

– svolgere la funzione integrativa alla formazione di base, nei confronti dei medici, degli psichiatri e degli psicologi in formazione;

c) tutti gli operatori devono essere in grado, ognuno per quanto compete al proprio ruolo, di contribuire alla elaborazione ed alla realizzazione di progetti di prevenzione:

- universale (misure vantaggiose per la popolazione generale o per tutti i membri di gruppi specifici, come donne incinte, bambini o anziani);
- selettiva (misure rivolte a individui membri di un sottogruppo in cui il rischio di malattia è al di sopra della media anche se i singoli componenti non soffrono, al momento attuale, di alcun disturbo);

- indicata (misure rivolte a persone che manifestino condizioni iniziali di sofferenza che li identificano, individualmente, come ad alto rischio per il futuro sviluppo di un grave disturbo);

d) tutti gli operatori devono essere in grado di fornire un contributo qualificato alla promozione della Salute mentale nella comunità, in particolare elaborando e realizzando specifici programmi di educazione alla salute mentale. I D.S.M. devono mantenere rapporti di collaborazione, integrazione e sinergia con tutte le risorse, spontanee e organizzate, presenti nel territorio di competenza, nell'ottica del lavoro di rete e dell'obiettivo comune della restituzione globale del cittadino alla Comunità di appartenenza. È necessario che gli operatori acquisiscano le competenze necessarie all'implementazione di tali rapporti, nelle diverse strategie di prevenzione, cura e riabilitazione della sofferenza mentale.

LA SALUTE MENTALE DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Nel campo della salute mentale dell'età evolutiva non ci sono dati epidemiologici di riferimento dei disturbi mentali infanto-adolescenziali sufficientemente attendibili. Gli unici dati epidemiologici disponibili sono parcellizzati in gruppi riferiti in prevalenza a grandi patologie quali l'autismo, i disturbi alimentari, i disturbi d'ansia, nonché dati più generali utilizzati per la valutazione del carico assistenziale e riportati dal Progetto obiettivo «Tutela della salute mentale» riferito all'età evolutiva (P.O.S.M.E.E.), secondo cui, complessivamente, 12 soggetti su 100 sono portatori di riconosciute psicopatologie di varia gravità.

Di fatto l'esperienza clinica indica come, in età evolutiva, i disturbi mentali sono sempre più frequenti con un esordio sempre più precoce; molti casi non vengono registrati dal monitoraggio epidemiologico, o non ricevono nessuna valutazione e trattamento oppure sono sottoposti a trattamenti inappropriati malgrado il fatto che attualmente esistano risorse diagnostiche e terapeutiche efficaci.

Questa difficoltà nel monitoraggio è interpretabile secondo due letture:

a) il disagio e la malattia mentale sono tendenzialmente stigmatizzate: suscitano vergogna, senso di colpa e ciò spinge a non farsi e a non far curare chi ne ha bisogno, il rivolgersi allo psichiatra è talmente stigmatizzante che esiste una negazione collettiva a riconoscere le condizioni di disagio della malattia mentale in genere, ma soprattutto a riconoscere che anche i bambini e gli adolescenti possono esserne affetti; negazione, rimozione e omertà sono i meccanismi più utilizzati dalla collettività e dai genitori che spingono a non attivare attenzioni e cure da parte di chi ha la responsabilità dei bambini e condiziona le motivazioni e il riconoscimento precoce da parte degli specialisti dell'infanzia;

b) l'altro aspetto che rende difficile una valutazione epidemiologica dei disturbi mentali dell'infanzia è che il disagio rimane frequentemente sommerso o si esprime con segni non specificatamente mentali, i quali diventano inderogabilmente riconoscibili nella tarda adolescenza e nella età adulta: l'osservazione retrospettiva della storia dei soggetti adulti affetti da patologie mentali dimostra come queste hanno quasi sempre le loro radici nell'età evolutiva ed i problemi psichiatrici in età adulta saranno più o meno rilevanti in rapporto alla qualità delle cure fruite in quella fase della vita. Ciò sollecita un crescente impegno e maggiore attenzione per l'assistenza psicologico-psichiatrica dei bambini, in particolare al disagio mentale sommerso o che si evidenzia in adolescenza.

Il bambino nel corso della sua crescita ha funzioni in continua evoluzione; ne deriva la profonda diversità dei problemi rispetto a quelli dell'a-

dulto per la presenza di aspetti specifici per ogni fase evolutiva, dall'età neonatale all'adolescenza; ciò nonostante ogni fase è strettamente collegata con le precedenti e le seguenti ed ha comunque una continuità con l'età adulta.

In età evolutiva incide in modo ancor più evidente sulla salute mentale la stretta interdipendenza con il contesto: ne deriva la necessità di una particolare attenzione ad una visione allargata all'ambiente (famiglia, scuola, agenzie sociali, altri servizi).

La salute mentale in età evolutiva non può, pertanto, prescindere da una visione globale che comprenda la prevenzione e l'educazione alla salute, la cura e la riabilitazione, e che si realizzi nell'integrazione delle competenze sanitarie con quelle socio-assistenziali, la scuola e la magistratura minorile, e in una immancabile continuità con la salute mentale dell'adulto.

Questa continuità è stata contemplata nel Progetto obiettivo sulla salute mentale in età evolutiva, che rappresenta una tappa innovativa riguardo al come pensare ed operare per la salute mentale del bambino. Con il P.O.S.M.E.E. è la prima volta che l'individuo, bambino e adulto, viene riconosciuto e considerato nella continuità della sua evoluzione, anche se all'interno delle differenze delle diverse fasi del ciclo vitale. Pur avendo esso un valore innovativo persiste ancora la complessa problematica, specificamente italiana, della identità della neuropsichiatria infantile. Essa ha al suo interno «anime» diverse, quali la neurologia, la psichiatria, la psicologia e la riabilitazione, e da ciò consegue una scarsa chiarezza sulle diverse aree di competenza, con un'immane ricaduta confusiva nell'assistenza. Si auspica che le aree della psichiatria infantile, della psicologia dell'età evolutiva, della neurologia, della neuropsicologia e della riabilitazione vengano diversificate e differenziate, sia negli obiettivi che nelle tipologie e nell'organizzazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Tale confusione ricade negativamente soprattutto nella gestione della salute mentale infanto-adolescenziale, nel cui ambito il modello organizzativo e di intervento potrebbe essere articolato in:

- prevenzione
- diagnosi
- terapia
- riabilitazione

1. Prevenzione e formazione

Essa è realizzabile attraverso l'individuazione precoce delle condizioni di disagio psicologico e sociale, con una particolare attenzione al disagio sommerso delle famiglie e dei singoli componenti, nonché attraverso il

rilevamento e l'individuazione precoce, nel bambino, di elementi che possono costituire fattori di rischio generico e specifico per un'evoluzione psicopatologica.

L'assistenza psichiatrica nell'età evolutiva, al fine di prevenire precoci cronicizzazioni del disagio mentale, ha una specificità rispetto a quelle dei soggetti adulti: è caratterizzata dalla necessità di un riconoscimento precoce del disagio al cui impegno sono chiamati tutti i professionisti dell'infanzia; pertanto, la formazione sulla salute mentale infanto-adolescenziale non dovrebbe essere limitata ai soli operatori dell'area psicologico-psichiatrica.

È perciò che si ritiene necessario che tutti gli operatori impegnati con i bambini, oltre alle tradizionali competenze professionali, acquisiscano nuove competenze specifiche e sviluppino più pregnanti capacità di accoglienza nei confronti del disagio sofferto dai bambini, all'interno e al di fuori della propria famiglia, al fine di essere in grado di individuare nei loro comportamenti i segnali del disagio e i sintomi rivelatori.

In questa fase, prima ancora di entrare nella competenza del neuropsichiatra infantile e dello psicologo dell'età evolutiva, è fondamentale la sensibilità e la competenza dei pediatri che per primi hanno la possibilità di vedere un bambino, seguendo il suo sviluppo dalla nascita all'adolescenza.

Ulteriormente necessario è l'impegno dei medici di famiglia e degli psichiatri, i quali dovrebbero verificare le condizioni di vita dei figli dei loro pazienti, soprattutto di quelli che non si fanno curare adeguatamente.

Sono abilità chiave di questi professionisti il *riconoscere*, per poi poter *individuare e diagnosticare*, e il poter entrare in contatto con le espressioni del disagio, con i sintomi psichiatrici, psicosomatici e comportamentali, con esperienze di droga, oppure attraverso un'anamnesi sospetta. Data la elevata frequenza, l'attenzione ai segni di disagio è argomento che dovrebbe rientrare in qualsiasi valutazione pediatrica alla stessa stregua del controllo dello stato vaccinale e dell'accrescimento, con il supporto di professionisti specificamente competenti.

Un altro ambito fondamentale per la individuazione delle situazioni a rischio è rappresentato dalla scuola, dove l'attenzione, la sensibilità e la professionalità degli insegnanti sono determinanti a questo scopo.

Malgrado la necessaria attenzione e competenza dei pediatri e dei medici di famiglia, i segnali di disagio e le richieste di aiuto sono spesso raccolti, in prima istanza, dagli operatori dei servizi educativi e scolastici, pubblici e privati, che vengono a contatto con i bambini nel corso della loro crescita.

Benché altri siano i professionisti competenti a prendere in carico il caso, gli operatori dei servizi educativi e scolastici dovrebbero acquisire le conoscenze necessarie a riconoscere, rilevare e raccogliere tempestivamente le richieste di aiuto, nonché i riferimenti necessari per attivare in

tempi brevi, attraverso il coinvolgimento dei sanitari competenti, un percorso di approfondimento della situazione e le misure di protezione eventualmente necessarie.

Ciò orienta verso la necessità di:

- approfonditi corsi specifici sulla psicologia e psicopatologia dell'età evolutiva e sulle strategie d'intervento nelle scuole di specializzazione medica (ostetricia-ginecologia, pediatria, psichiatria ecc.) e nei percorsi formativi professionali di psicologi, assistenti sociali, educatori e di altre professioni coinvolte nella rilevazione;

- una corretta e diffusa informazione a tutti gli operatori che entrano in relazione con il bambino nel corso del suo processo di crescita.

La formazione va impostata e assicurata:

a) nel promuovere, nell'ambito dei contesti educativi, l'educazione alla razionalità, all'affettività, alla corporeità e allo sviluppo della sessualità, la cultura all'attenzione e all'accoglienza delle emozioni dei bambini, di ascolto e di osservazione dei loro comportamenti, dei messaggi non verbali che possono sottendere anche gravi disagi (anche quelli che tacciono possono avere molte cose da dire e, spesso, lo fanno con il gesto e il comportamento);

b) sensibilizzazione della comunità all'attenzione, alla cura ed al benessere da assicurare ai bambini per il loro corretto processo di crescita. Gli insegnanti (in particolare quelli della scuola dell'infanzia e della scuola elementare) sono i primi destinatari di un efficace intervento di sensibilizzazione estensibile anche ai genitori attraverso corsi di formazione alla genitorialità;

c) intervento formativo di base diretto ai professionisti che per il loro ruolo sono comunque tenuti a favorire lo sviluppo armonico, fisico e psicologico del bambino e svolgono una funzione di sostegno alla relazione adulto-bambino e di aiuto al bambino nel passaggio attraverso le varie tappe del suo sviluppo:

- area sanitaria (medici di famiglia, pediatri di base, psichiatri, infermieri, puericultori);

- operatori dell'area socio-assistenziale (assistenti sociali, educatori);

- operatori dell'area psicologica (dei consultori, dei servizi materno-infantili o di neuropsichiatria infantile, medicina scolastica);

- operatori dell'area pedagogica;

- operatori dell'area socio-educativa (educatori, operatori del tempo libero, dello sport, del volontariato cattolico e laico).

Questa formazione di base ha come obiettivo il superamento delle difficoltà da parte degli operatori a riconoscere, accogliere ed affrontare il

mondo delle emozioni e degli affetti dei bambini e la conseguente necessità di una elaborazione rispetto alla loro capacità di ascolto e di dialogo.

In sintesi, investire nella formazione per tutti gli operatori significa creare:

da una parte una formazione permanente che permetta loro l'acquisizione, il mantenimento e l'aumento delle abilità tecniche necessarie ad un lavoro così complesso e difficile;

dall'altra la costituzione e lo sviluppo di servizi integrati competenti ed idonei ad intervenire.

2. Diagnosi e terapia

Emerge l'importanza di affrontare il problema grave dei disturbi mentali infantile-adolescenziali che forse, per il timore della «manicomializzazione», trova resistenze collettive ad essere riconosciuto nella sua importanza clinica e sociale.

Anche in età evolutiva si osservano quadri psicopatologici acuti, come gravi quadri psicotici, depressioni con tendenze suicide, anoressie mentali, patologie del controllo degli impulsi, patologie simbiotiche, abusi, acutizzazioni di psicopatologie innestate su danno organico, gravi e precoci disturbi della comunicazione e relazione come nelle patologie autistiche.

A queste condizioni che si possono osservare in tutte le fasi dello sviluppo, e che assumono una particolare rilevanza soprattutto in adolescenza, è necessario dare garanzia di diversi livelli di assistenza nelle situazioni di rischio psicopatologico, nelle situazioni acute e nella riabilitazione per i quadri consolidati.

Pur nella centralità dell'intervento territoriale per l'adozione di un progetto diagnostico e terapeutico e per l'integrazione del bambino nel contesto affettivo ed educativo, è necessario garantire per l'età evolutiva la possibilità di interventi di emergenza/urgenza 24/24h e favorire le attività assistenziali di *day hospital* e di ambulatorio, limitando il ricorso alla degenza. È però anche necessario garantire un numero adeguato di posti letto per le acuzie che richiedono assistenza continua e osservazione prolungata, in strutture diverse dai servizi psichiatrici di diagnosi e cura, idonee alle necessità assistenziali e di protezione attraverso l'istituzione, o potenziamento ove esistono, di posti letto differenziati da quelli delle altre specialità pediatriche o di neurologia. In essi deve essere garantita una competente e specifica assistenza infermieristica. Situazioni cliniche importanti possono presentare le necessità del ricorso al ricovero in ambiente ospedaliero, ma in misura strettamente temporanea, e in condizioni logistico-operative atte a garantire i diritti e i bisogni peculiari di questa fascia di età.

È altresì necessario che venga chiarita la cornice e la garanzia legale entro cui questa assistenza deve realizzarsi.

Il ricovero dei minori di 18 anni, in quanto soggetti dipendenti dai genitori o dai legali responsabili, necessita del consenso del minore, ma soprattutto, del consenso di entrambi i genitori.

In caso di necessità del ricovero, in carenza del consenso dei genitori e del minore, non sono applicabili le norme riguardanti il Trattamento sanitario obbligatorio.

3. La riabilitazione

In età evolutiva la riabilitazione è sinonimo di riabilitazione neuro e psicomotoria. Non è ancora sufficientemente sviluppata la cultura della riabilitazione psichiatrica, le cui basi teoriche e operative vengono ora elaborate nella psichiatria degli adulti. Essa dovrebbe essere finalizzata ad attività terapeutico-riabilitative per le disabilità e per i disturbi della comunicazione, della relazione e della socializzazione, nonché per disturbi del comportamento alimentare cronicizzati allo scopo di:

- prevenire e contenere il ricovero ospedaliero;
- acquisire abilità cognitive, comunicative e relazionali;
- acquisire le autonomie possibili, adeguate al proprio contesto ambientale;
- ridurre il rischio di accedere all'età adulta già in una condizione di cronicità psichiatrica.

Con quanto esposto pur sottolineando la necessità di garantire un maggior benessere individuale, familiare e sociale per la promozione della salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza, viene evidenziata la necessità di riconoscere che il disagio mentale è presente anche in età evolutiva e che anche i bambini e gli adolescenti possono soffrire di disturbi mentali che vanno *ascoltati, riconosciuti, valutati e trattati* e per i quali un intervento precoce assume un valore preventivo fondamentale rispetto all'esordio e al consolidamento di disturbi psichiatrici in età adulta.



Baieri, 70 x 100, acrilico su compensato.

LE FAMIGLIE DI FRONTE ALLA MALATTIA MENTALE

1. La famiglia e la malattia mentale, ignoranza e pregiudizi

Mentre la cultura nei diversi settori della medicina avanza anche fra la gente comune per effetto del continuo apporto di media (che crea poi domanda di ritorno) è opinione diffusa che nel campo della salute mentale esista ancora una certa misconoscenza del problema. È viceversa ben presente l'effetto del pregiudizio, come sempre avviene in questi casi, che va dalla paura, alla vergogna, alla colpa. La paura soprattutto è diffusissima nei confronti di un pericolo vago ed indistinto; vergogna e colpa colpiscono invece i familiari. I media purtroppo, invece di impegnarsi nella lotta al pregiudizio, ne sono anch'essi vittime, sempre alla ricerca esasperata di sensazionalismo a ogni costo.

In questo panorama si può verificare, a un certo punto, la situazione di un congiunto colpito dalla malattia mentale con diagnosi di schizofrenia o di altra psicosi grave. E qui inizia la difficoltà del confronto con qualcosa difficile da capire, con i pareri più diversi degli addetti ai lavori (farmaci vecchi e nuovi, psicoterapie di varie tendenze, prognosi nebulose), con il peso maggiore che grava sulla famiglia, non in grado di reggerlo per varie ragioni (età avanzata, mancanza di risorse economiche, conflittualità eccessiva ...).

A differenza di altre malattie o di un handicap fisico, la malattia mentale non concede tregua, non consente una vita familiare degna di questo nome, poiché è molto distruttiva. Bisogna quindi aiutare le famiglie, ma come? Prima di tutto con un'informazione semplice e alla portata di tutti, che tocchi diversi aspetti legati alla schizofrenia, ipotesi relative all'origine dei farmaci in uso, aspetti della terapia e della riabilitazione, accesso ai servizi pubblici. Andranno anche toccati i problemi accennati sopra, riguardanti l'area del pregiudizio, liberando i familiari dei malati anche dagli schemi ormai superati, che vedevano soprattutto nelle madri responsabilità e colpe correlate alla malattia dei figli.

Un secondo passo potrebbe essere quello di organizzare dei gruppi di parenti, dove essi possano condividere la loro esperienza, le loro sofferenze e apprendere dai terapeuti modalità nuove e diverse di rapportarsi con i malati, aiutandoli nel difficile cammino verso la riabilitazione⁴⁾. «Occorre superare la tradizionale relazione asimmetrica fra il professionista attivo e portatore di sapere, e il parente passivo [...]. Un nuovo tipo di familiare

⁴⁾ H. Katschning, in 'Epidemiologia e Psichiatria Sociale', 1995, 4,2.

farà così ingresso nei servizi per partecipare con un ruolo attivo al processo di fronteggiamento della malattia mentale e per contribuire con le sue idee e la sua energia al lavoro di un gruppo, non più passivo destinatario di consigli professionali».

Un terzo passo è la costituzione di una associazione di familiari, di cui parleremo più avanti.

Il quarto punto, quello fondamentale, è la costituzione di una rete di servizi pubblici in grado di effettuare quanto da tanti anni si sta invano aspettando, e cioè una vera presa in carico di questi malati. Il Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale (D.P.R. 7 aprile 1994), ormai legge dello Stato, ribadisce giustamente i concetti della famosa legge n.180 e prevede tutto quanto è ragionevolmente necessario: si tratta di passare alla fase di realizzazione che implica due fondamentali conseguenze.

La prima riguarda le modalità della chiusura dei manicomi, il percorso riabilitativo e risocializzante per una parte dei malati e un miglioramento della qualità della vita per gli altri, una uscita pilotata, garantita e protetta per i primi, una serena permanenza in ambiti di tipo familiare per i secondi.

La seconda conseguenza è volta a bloccare la via a nuove cronicizzazioni, a salvare i giovani che si ammaleranno domani, mediante la costituzione di una nuova psichiatria di territorio forte, dotata di tutte le risorse necessarie, umane, strutturali, economiche, in grado così di coinvolgere le famiglie dei malati, per una proficua collaborazione che possa offrire al malato il supporto necessario fino a quando non avrà potuto raggiungere una sufficiente autonomia.

Nessuno si nasconde che questi obiettivi sono lontani e difficili da raggiungere, ma proprio per questo non possiamo più restare a guardare per altri lunghi anni.

Allora forse è necessario partire da una azione per sensibilizzare l'opinione pubblica. È proprio quanto alcune associazioni hanno cominciato a fare negli ultimi anni.

2. Il vissuto dei familiari nei confronti dei curanti

Vale la pena probabilmente di soffermarsi un momento a esaminare il rapporto complesso che si instaura tra la famiglia del malato e i curanti. Mentre la letteratura fornisce ampio materiale sulla relazione tra familiari e malato, per non parlare di quella fra malato ed équipe terapeutica, l'argomento oggetto della nostra attenzione è ancora piuttosto trascurato.

Le premesse sono ancora quelle della scarsissima, per non dire nulla, conoscenza del problema della malattia mentale da parte della famiglia media italiana, e quindi della più totale impreparazione al riguardo. Questo fatto rende i familiari uno strumento docile e passivo.

Si instaura una relazione viziata in partenza, destinata a trasformarsi in seguito, con il vanificarsi delle aspettative, in risentimento e rabbia. L'abbandono in cui si trova a vivere, con i loro congiunti malati, la gran parte delle famiglie è quindi mediamente oggi il punto di partenza di una relazione molto complessa e difficile nei confronti dell'équipe curante. In effetti, la prima cosa che risulta evidente è una grande ambivalenza un po' verso tutto quanto: le leggi, i farmaci, le psicoterapie, i costi. Le difese, soprattutto se si tratta di genitori, meno nel caso di fratelli o di partners, hanno pure un ruolo molto importante, anche se ben comprensibile.

Ecco qui che il senso di impotenza e la caduta dell'autostima possono provocare un attacco alla cura, oppure sentimenti di gelosia e di invidia possono mettere in forse il sollievo e la riconoscenza verso i curanti. L'incertezza verso il futuro è un tema dominante, insieme a tutta una serie di problemi molto reali, come i tempi, i costi, la violenza a volte presente e il «che ne sarà di noi». Esiste poi, per finire questa breve riflessione, una diffidenza molto diffusa nei confronti della psichiatria in generale, con il suo gergo difficile, che a volte tende a escludere i parenti, a trascurare le peculiarità dei diversi casi con un appiattimento verso il basso.

Siamo però convinti che si possa instaurare un tipo di relazione nuova, e moltissime situazioni sono già lì a dimostrarlo, in cui il ruolo importante dei familiari, opportunamente preparati e rafforzati nella loro autostima, venga finalmente riconosciuto ed essi possano collaborare come desiderano al progetto terapeutico-riabilitativo del loro congiunto.

3. Il ruolo delle associazioni dei familiari

Da alcune delle considerazioni sopra esposte, e in seguito a particolari condizioni locali, gruppi di familiari hanno cominciato a discutere insieme, a ritrovarsi. Lo scopo è ancora quello, dopo tanti anni, di ottenere condizioni di vita più umane per i malati e i familiari, un'assistenza più consona a quanto la nostra civiltà sembrerebbe imporre, dimore protette, visite e a domicilio, ecc.

Quali sono le funzioni principali a cui le associazioni dei familiari vanno incontro? Prima di tutto va ricordata la condivisione della sofferenza, la rottura della solitudine in cui si trovano le famiglie abbandonate via via da tutti, anche purtroppo da parenti ed amici. Lo scoprire di non essere soli, il constatare anche presso altri lo stesso tipo di condizioni, di situazioni dolorose è di per sé un fatto terapeutico. Più avanti si potrà parlare di un vero e proprio auto-aiuto sia psicologico che pratico, ma già il fatto di ritrovarsi periodicamente è cosa di grande valore. Un'attività di informazione e di formazione vera e propria va di solito di pari passo. Segue un lavoro di difesa comune contro le emergenze di vario

tipo, di rappresentanza presso le istituzioni, di collegamento in rete con altre associazioni consimili. Una presenza vigile a fianco dei servizi, possibilmente non solo rivendicativa e antagonista, ma anche come tramite di cultura e come risorsa con cui collaborare attivamente verso scopi comuni.

Ecco quindi sorgere diverse iniziative rivolte all'opinione pubblica, dibattiti, proiezioni di films, convegni. Oppure iniziative pratiche in collaborazione coi servizi locali, per organizzare attività di tipo lavorativo o ricreativo in strutture messe a disposizione da enti locali o da parenti stessi, sotto forma di centri diurni. Sono pure stati portati a buon fine momenti di vacanza protetti, viaggi o visite turistiche. Infine non vanno trascurate forme di attività più complesse e ancora più importanti, come l'organizzazione e la gestione stessa di comunità a diversi livelli di protezione e con diverse modalità di collaborazione coi servizi pubblici.

Insomma si sta diffondendo l'opinione che i familiari organizzati sono una vera e propria risorsa, che deve essere sempre più valorizzata, che deve essere sempre presente nelle consulte dipartimentali, una risorsa che in questi tempi di ristrettezza può dare molto in un percorso vicino a quello dei servizi, ma certamente diverso. Con pari dignità però e quindi col giusto rispetto dovuto a chi, pur nella sofferenza quotidiana, si vuole impegnare nella terapia, riabilitazione e reinserimento sociale dei malati più gravi da una parte, e dall'altra nella salvezza per i giovani che hanno la prima crisi e per i quali va assolutamente impedita la cronicizzazione.

E qui va ricordato il ruolo salvifico del lavoro, che appare di questi tempi come il fattore di ripresa più importante a disposizione di chi si occupa di salute mentale. Esso è in grado di ridare un senso alla vita, di ridare dignità alla persona, anzi di farla ritornare una persona a pieno titolo, con diritti e doveri, inserita come gli altri nel contesto sociale. Ecco quindi l'ultimo compito per le associazioni, far sorgere possibilità di lavoro, sia cercando strade per inserimenti lavorativi protetti, sia fondando cooperative di tipo B, dove una parte rilevante dei soci sono persone portatrici di disagio.

«Meno posti letto e più posti di lavoro» potrebbe essere uno slogan significativo da adottare per riassumere un concetto ed una esperienza fondamentali che stanno già dando ottimi frutti in molte realtà del paese.

4. Le associazioni in Italia

Le principali associazioni operanti sul territorio nazionale sono: ARAP, DIAPSIGRA e UNASAM. Quest'ultima è una associazione che si è costituita nel 1993 come Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale, attraverso un processo pluriennale di contatti, incontri e consultazioni fra un grande numero di realtà italiane.

Le posizioni che le associazioni dei familiari portano avanti possono essere sintetizzate in due grandi categorie: cosa si vuole ottenere e cosa si vuole cambiare.

Gli obiettivi sono i seguenti:

- il pieno riconoscimento della dignità e dei diritti di base dei sofferenti di disturbi mentali e dei loro familiari;
- una assistenza adeguata sempre, sia nelle fasi in evoluzione e in quelle di cronicità, che durante le acuzie e le emergenze;
- riabilitazione psicosociale e continuata, cioè abitativa, lavorativa e con servizi di supporto (cure domiciliari, colf...) nella propria zona di residenza e con il coinvolgimento delle famiglie;
- una efficace attività di prevenzione e di diagnosi precoce nel campo della salute mentale, a partire dalle scuole;
- un uso moderato e razionale degli psicofarmaci;
- il superamento dell'uso della contenzione fisica;
- la revisione della legge sugli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Le cose da cambiare sono invece:

- il permanere del pregiudizio, che impedisce la partecipazione attiva dell'opinione pubblica al perseguimento degli obiettivi;
- l'abbandono dei malati e delle loro famiglie in situazioni insostenibili;
- la solitudine dei buoni operatori che non possono sopperire personalmente a tutte le mancanze dello Stato;
- una situazione sempre più logora di buone leggi che rimangono inapplicate;
- il permanere di una mancanza di regole e di parametri di accreditamento per le strutture della salute mentale;
- le carenze sempre attuali nella presa in carico dei casi gravi e di diagnosi multiple.



Fenu, 70 x 100, olio su tela.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

ACHERNECHT E. H.A., *A short history of psychiatry*, New York, Hafner, 1968.

APPELBAUM P.S., GUTHEIL T.G., *Rotting with their rights on: constitutional theory and clinical reality in drug refusal by psychiatric patients*, «Bull. AAPL» 1979; 3: 306-15.

ARGO A. PROCACCANTI P., *Problematiche giuridiche*, In: VELLA G., SIRACUSANO A. *Il consenso informato in psichiatria*, Roma, Il pensiero scientifico, 1996.

ASBERG M., BERTILSSON L. e coll., *CFS Monoamine metabolites, depression et suicide*, In: USDIN E., ASBERG M., BERTILSSON L. (a cura di), *Frontiers in biochemical and pharmacological research in depression*, New York, Raven Press, 1984.

ASBERG M., NORDSTROM P. e coll., *Cerebrospinal fluid studies in suicide: an overview*, «Annals of the New York Academy of Science», 1986; 487, 327-40.

ASBERG M., TRASKAM L. e coll., *Monoamine: 5 HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor*, «Archives of General Psychiatry», 1976; 33, 1193-97.

BABIGIAN H., LEHMAN A. e coll., *Suicide in psychiatric and non-psychiatric population*, «Acta Psychiatrica Bellica», 1986; 86, 528-32.

BACONCINI C., *Aspetti psicodinamici del suicidio*, In: A.A.V. V., *Trattato italiano di psichiatria*, Milano, Masson, 1993.

BARNI M., *Deontologia medica*, In: ADAMO M., BARGAGNA M. et al. *Manuale di medicina legale e delle assicurazioni*, Bologna, Monduzzi, 1989.

BARNI M., *Diritti, doveri e responsabilità del medico. Dalla bioetica al biodiritto*, Milano, Giuffrè, 1999.

BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F., *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press, 1983.

BERLINGUER G., *Psichiatria e potere*, Editori Riuniti, Roma, 1974.

BINSWANGER L., *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, 2 Voll. Bern, Francke, 1947-55.

BLANKENBURG W., *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*, Stuttgart, Henke, 1971.

BLOCH S., CHODOFF P., *Etica in psichiatria*, 2 voll., Roma, NIS, 1995.

BLUMENTHAL S.J., *Suicide: a guide to risk factors assessment and treatment of suicidal patients*, «Medical Clinics of North America», 1988; 72, 937-71.

BOLDT M., *Defining suicide*, In: DIEKSTRA R.F. W., MAAIS R. (a cura di), *Suicide and its prevention*, Bride, Leiden, 1989.

BROWN P., *Aspetti etici del trattamento farmacologico*, In: BLOCH. S., CHODOFF P., *op. cit.*

BURT R.A., *Informed consent in mental health*, In: REICH W.T., ed. *Encyclopedia of bioethics*, Vol. II. New York, Free Press, 1978; 762-6.

CARILLI L. *Disturbi schizofrenici. Clinica*, In: A.A.V.V., *Trattato italiano di psichiatria*, Vol. II. Milano, Masson, 1992; 1263-301.

CASSANO G. B. e coll., *Suicidio, tentativo di suicidio e depressione*. In: PAVAN L., DE LEO D. (a cura di), *Il suicidio nel mondo contemporaneo*, Padova, Liviana Editrice, 1988.

CASSANO G. B., *Psichiatria medica*, Torino, UTET, 1990.

CATANESI R., SCAPATI F., GRECO O., *Il consenso in ambito psicoterapico*, «Medicina e morale» 1988; 3-4: 435-48

CATTORINI P., *Problemi di etica psichiatrica*, In: A.A.V.V., *Trattato italiano di psichiatria*, Vol. III. Milano, Masson, 1992; 2795-804.

CAZZANIGA A., CATTABENI C.M., LUVONI R., *Compendio di medicina legale e delle assicurazioni*, Torino, Utet, 1984.

CAZZULLO C. L., INVERNIZZI C., VITALI G., *Le condotte suicidarie*, Firenze, USES, 1987.

CAZZULLO C. L., INVERNIZZI G. (a cura di), *Rapporto medico paziente*, Parma, CEM, 1980.

CHODOFF P., *La responsabilità dello psichiatra nei confronti della società*, In: BLOCH S., CHODOFF P., *op. cit.*

COHEN A. et al., *Suicide and schizophrenia*, «American Journal of Psychiatry», 1990; 147, 75-94.

D.L.G. 22/6/1999, n.30, *Riordino della medicina penitenziaria a norma art.5 della Legge 30/11/1998, n.419*.

D.G. 21 aprile 2000, *Progetto Obiettivo «tutela salute mentale in ambito penitenziario»*.

Decreto Presidente Repubblica 10 novembre 1999: *Progetto Obiettivo e «tutela della salute mentale» 1998 – 2000*.

DE GIROLAMO G. e COZZA M., *The Italian psychiatric reform: a 20 years perspectiv*, «International Journal of Law and Psychiatry», 2000, vol. 23, n. 3-4, pp. 197-214.

DE LEO D. (a cura di), *Aspetti clinici del comportamento suicidario*, Padova, Liviana, 1990.

DE LEO D., PAVAN L., *Condotta suicidaria*, In: A.A.V.V., *Trattato italiano di psichiatria*, Milano, Masson, 1993.

DELL'OSSO G., BUCARELLI A., FINESCHI V., *Il consenso informato del malato di mente: profili etico-deontologici. Relazione al I Congresso Nazionale di Psichiatria Forense: Il problema etico-deontologico in psichiatria*, Cagliari, 9-11 ottobre 1987.

DURKHEIM E., *Il suicidio*, Torino, UTET, 1969.

EGELAND J. A., SUSSEX J. N., *Suicide and family loading for affective disorders*, «Journal of the American Medical Association», 1985; 254, 915-8.

ENGELHARDT H.T., *Manuale di bioetica*, Milano, Il Saggiatore, 1991.

EVENSON R., WOOD J. e coll., *Suicide rates among public mental health patients*, «Acta Psychiatrica Scandinavica», 1982, 66, 254-64.

FERRO F. M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia*, Milano, Vita e Pensiero, 1989.

FINESCHI V., MARZI A., MAZZEO E., DELL'ERBA A., MANNA P., *Il nuovo codice di deontologia medica commentato*, Milano, Giuffrè, 1991.

FIORI A., *Il consenso del paziente*, «Medicina e Morale», 6, 1983.

FIORI A., *La responsabilità professionale del medico e dello psichiatra nella tutela della salute mentale*, «Medicina e Morale», 1983; 3: 223-40.

FOUCAULT M., *Storia della follia*, Feltrinelli, Milano, 1963.

FREUD S., *Lutto e melanconia*. In: *Opera*, Torino, Boringhieri, 1976.

FULLFORD K.W.M., *Moral theory and medical practice*, Cambridge, Cam.Univ. Press, 1990.

GABRIELLI M., FINESCHI V., *Informazione e consenso all'atto medico*, «Federazione Medica», 1986; 471-8.

GEBSATTEL V.E., *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer, 1954.

GEVERS J.K.M., *Disability, medical intervention and individual freedom*, In: CARMÍ A. et al., eds. *Disability*, Berlin-New York, Springer, 1984.

GRECO O., CATANESI R., *La responsabilità professionale dello psichiatra*, Padova, Piccin, 1990.

JASPERS K., *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer, 1959.

KARASU B.T., *Aspetti etici della psicoterapia*, In: BLOCH S., CHODOFF P. *op. cit.*

KRAUSZ M., SORGENFREI T., *Der therapeutische Umgang mit Neuroleptica*, «Psychiatrische Praxis» 1991; 18: 9-20.

LEVINE M., *Psychiatry and ethics*, New York, Braziller, 1972.

LINDEN M., *Krankheitskonzepte von Patienten*, «Psychiatrische Praxis» 1985; 12:8-12.

LINDEN M., *Therapeutische Ansätze zur Verbesserung von «Compliance», «Der Nervenarzt», 1979; 50: 109-14.*

MAYER C., SOYKA M. *Compliance bei der Therapie schizophrener Patienten mit Neuroleptica. Eine Übersicht, «Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie», 1992; 60: 217-22.*

MINISTERO DELLA SANITÀ, *Relazione sullo stato di realizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, al 31/3/1998.*

MINISTERO DELLA SANITÀ, *Il processo di superamento degli ex O.P., al 30/9/1999 ed 31/12/1999.*

MERLI S., *Aspetti medico-legali della responsabilità in psichiatria, «Jura Medica», 1988; 23-33.*

MERLI S., *I limiti dell'informativa del paziente, Zacchia, 1985; 204 -13.*

MERSKEY H., *Aspetti etici della manipolazione fisica del cervello, In: BLOCH S., CHODOFF P., op. cit.*

MINKOWSKI E., *Traité de psychopathologie, Paris, Presses Universitaires de France, 1966.*

MOORE R.A., *Ethics in the practice of psychiatry, «American Journal of Psychiatry», 1978; 135, 157-63.*

MURPHY G.E., *Suicide and attempted suicide, In: WINOKUR O., CLAYTON P. (a cura di), Medical basis of psychiatry, Philadelphia, Saunders, 1986.*

MURPHY G.E., ROBINS E., *Social factors in suicide, «Journal of the American Medical Association», 1967; 199, 303-8.*

NORELLI G.A., DELL'ORSO G., *Codice deontologico e deontologia medica, Milano, Giuffrè, 1980.*

PAVAN L., DE LEO D. (a cura di), *Il suicidio nel mondo contemporaneo, Padova, Liviana, 1988.*

PICCIONE M., *L'etica nella pratica psichiatrica, Milano, Masson, 1999.*

PICCIONE R., *Manuale di psichiatria, Bulzoni, Roma, 1995.*

PICCIONE R., *Proposte di psichiatria preventiva, Bulzoni, Roma, 1998.*

PICCIONE R. e A. GRISPINI, *Prevenzione e salute mentale, Carocci, Roma, 1998.*

POKORNY A.D., *Prediction of suicide in psychiatric patients, «Archives of General Psychiatry», 1983; 40, 249-57.*

POSTEL S., QUETEL C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie, Toulouse, Privat, 1983.*

RECINE H., NAPOLI R., *Problemi e limiti dell'informazione medica al malato, Zacchia, 1984; 15-25.*

REISER S.J., *Refusing treatment for mental illness: historical and ethical dimension, «American Journal of Psychiatry», 1980; 3: 329-31.*

ROSSI R., FELE P., *Tre casi di suicidio: Aiace, Emma Bovary, Anna Karenina. L'illusione della prevenzione*, «Quaderni italiani di psichiatria», 1993.

RÜMKE H.C., *Eine blühende Psychiatrie in Gefahr*, Berlin-Heidelberg-New York, Springer, 1967.

SCHIAVONE M., *Bioetica e psichiatria*, Bologna, Patron, 1990.

SCHIAVONE M., *I confini della psichiatria*, Bologna, Patron, 1993.

SCHNEIDER K., *Psychiatrie heute*, Stuttgart, Thieme, 1960.

SGRECCIA E., *Bioetica e psichiatria*, In: SGRECCIA E., *Manuale di bioetica*, Vol. II. Milano, Vita e Pensiero, 1990; 39-125.

SZASZ T., *Law, liberty and psychiatry*, New York, MacMillan, 1963.

TELLENBACH H., *Psychiatrie als geistige Medizin*, München, «Verlag für angewandte Wissenschaften», 1987

TUNDO A., CASSANO G.B., *I disturbi dell'umore*, In: CASSANO G.B. (a cura di) *Manuale di psichiatria*, Torino, UTET, 1994.

VELLA G., BARONI S., HADJICHRISTOS C., LOSAVIO T., SCAPICCHIO P.L., SERIO A., TRAMONTANA I., *Gli esiti della schizofrenia*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1974.

WITLOCK F. A., *Suicide and physical illness*, Baltimore, William and Wilkins, 1986.

WYRSCH J., *Psychiatrie als offene Wissenschaft*, Bern-Stuttgart, Haupt, 1969.

ZILBORG G., HENRY G.W., *Storia della psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1963.

ZUTT J., *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie*, Berlin, Göttingen-Heidelberg, Springer, 1963.



Panzica, 187 x 62, tecnica mista.

ALLEGATI

PRIMA CONFERENZA NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

Roma 10-11-12 gennaio 2001

Intervento del Ministro della Sanità

Prof. Umberto Veronesi

Dalla legge sulla chiusura dei manicomi ad oggi sono trascorsi esattamente 22 anni durante i quali la psichiatria italiana ha fatto innegabili progressi, facendo tesoro delle importanti acquisizioni nel campo delle neuroscienze, di un più attento utilizzo delle discipline psicologiche e di una progressiva applicazione di nuove regole etiche a tutela dei diritti dell'ammalato quali il consenso, la formazione al lavoro, la contrattualità.

Non si può ignorare l'enormità del problema che vede coinvolti oltre 10 milioni di pazienti nel nostro Paese, ma che, soprattutto, tocca la metà delle famiglie con il corredo pietoso dei disagi, delle difficoltà di relazione, del vissuto vergognoso.

Un carico pesante anche sotto il profilo economico: nell'ultimo anno il Servizio sanitario nazionale ha speso mille miliardi solo per rimborso di farmaci. Né si può ignorare che la salute mentale è uno stato di benessere essenziale e fondamentale ad ognuno di noi; senza di essa non riusciamo a percepire e comprendere la realtà che ci circonda, non riusciamo a comunicare i nostri sentimenti.

Senza di essa ogni evento quotidiano, dal più banale al più importante, che sostanzia la nostra esistenza, diventa un fatto estraneo. Il malato mentale è privato del gusto e del sapore della vita, condannato a trascorrere anni e anni nella comunità senza partecipazione, senza autonomia, senza anima.

Ne abbiamo consapevolezza ed è per questo che la tutela della salute mentale è stata inserita come priorità per la difesa dei soggetti più deboli nel Piano sanitario nazionale.

Tuttavia i problemi irrisolti sono molti e solo la loro soluzione potrà liberare la psichiatria e tutto il mondo della salute mentale da quella ambiguità che ancora la connota da parte dell'opinione pubblica e dello stesso mondo medico.

I problemi più rilevanti possono essere riassunti in sei grandi temi:

1) lo «stigma» che ancora investe, con un'ombra triste di distacco e di isolamento, non solo il malato ma tutta la sua famiglia;

2) il peso sempre meno sopportabile per le famiglie, che è andato inevitabilmente aumentando dalla riforma in poi, e che costituisce il disagio sociale e umano più rilevante;

3) la disarticolazione tra intervento medico e intervento socio-assistenziale, specialmente evidente nei malati gravi, nei malati destinati alla cronicità, nei malati anziani, nei malati soli, nei malati in difficoltà economica;

4) la persistenza e il funzionamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari e la modalità di gestione dei problemi psicopatologici nelle carceri;

5) l'insufficienza di risorse destinate alla formazione del personale e alla ricerca scientifica;

6) una attenzione carente ai problemi della salute mentale in età evolutiva.

Quest'insieme di inadeguatezze, con cui il Paese si deve confrontare per portare a termine una riforma tra le più illuminate e civili del secolo scorso, rappresenta la sfida che il sistema sanitario, ma non solo sanitario, è chiamato ad affrontare.

Le gravi difficoltà che ci aspettano derivano dalla natura stessa delle malattie che vengono incluse nel campo della salute mentale. La salute mentale è, in sintesi, il prodotto di una costruttiva interazione tra i bisogni del singolo e le necessità del suo contesto relazionale.

Di conseguenza il recupero della salute mentale, quando questa venisse a perdersi, non può avvenire che attraverso un'azione da parte di diverse discipline, le quali conducano al ripristino delle capacità relazionali del singolo e alla riappropriazione della sua identità, della sua capacità decisionale e in ultima analisi della sua libertà personale.

Da qui la necessità di affrontare il disagio e la malattia attraverso équipe con professionalità distinta per i diversi operatori quali psichiatri, psicologi, riabilitatori, assistenti sociali, infermieri specializzati che rappresentano i dispositivi operativi dei Dipartimenti di salute mentale.

Questa pluridisciplinarietà, che dovrebbe essere l'elemento di forza di un progetto di tutela globale della salute mentale e di reinserimento dei soggetti nel mondo del lavoro e nel mondo sociale, si è dimostrato anche l'elemento di debolezza, in quanto il problema delle competenze è un punto di controversia e troppo spesso conflittuale. È frequentemente irrisolta la frammentazione e la equivocità tra ruolo operativo e dipendenza gerarchica dei vari operatori, ulteriormente accentuabili con il loro inserimento nel Distretto.

Diviene poi imperativo che prenda sempre più peso quello che definisce il terzo interlocutore, nel disegnare e realizzare il progetto di protezione della salute mentale della popolazione e cioè la famiglia. Negli anni successivi alla riforma sono nate e si sono sviluppate numerose associazioni di familiari. Il loro contributo alla riorganizzazione dei Servizi di salute mentale è stato e sarà sempre più deciso e decisivo, come importante è stato quello dei gruppi di volontariato e più recentemente di auto-aiuto.

Non a caso questa Prima conferenza li vede interpreti e protagonisti insieme con gli enti locali. Essa è stata preceduta da cinque conferenze preparatorie che si sono svolte nei mesi scorsi in diverse città italiane e che hanno contribuito a mettere a fuoco i punti irrisolti. Oggi, in questi giorni di dibattito, le Associazioni delle famiglie daranno voce alle domande più impellenti alle quali non potremo dare ancora una risposta inefficace.

Come e che fare allora?

Il primo Progetto obiettivo «Tutela della salute mentale 1994-1996» aveva individuato quattro questioni principali:

- 1) creazione di una rete di servizi integrati;
- 2) sviluppo dell'Organizzazione dipartimentale;
- 3) aumento delle competenze professionali;
- 4) definitiva e completa deospedalizzazione dei malati mentali.

Il successivo Progetto obiettivo 1998-2000, la cui approvazione finale è avvenuta con incredibile ritardo nel novembre 1999, cioè alle soglie del suo ultimo anno di effettuazione, ha individuato 12 «punti deboli» nella realizzazione, largamente incompiuta, degli obiettivi stabiliti dal precedente Progetto obiettivo.

Infine i dati conoscitivi a disposizione se, da un parte, consentono di affermare che, pur con differenti gradi di realizzazione, il modello dipartimentale è avviato e che la deospedalizzazione è un fatto quasi compiuto, dall'altra parte evidenziano che la salute mentale in età evolutiva permane pesantemente carente, non sono stati superati lo scoordinamento e la conflittualità delle varie figure professionali, né sono stati sufficientemente sviluppati il ruolo e le risorse dei Comuni, come anche la collaborazione con le famiglie.

Perciò i cinque «obiettivi di salute» formulati dal Progetto obiettivo 1998-2000 sono tuttora attualissimi.

Ritengo quindi indispensabile ribadirli qui e proporli come prioritari: promuovere la salute mentale nell'intero ciclo della vita, dall'età evolutiva all'anziano; perseguire la prevenzione, sia primaria sia secondaria, del disagio giovanile; salvaguardare la qualità della vita del nucleo familiare del paziente; ridurre il numero ancora elevato di suicidi e tentati suicidi; ricostruire il tessuto affettivo, sociale e relazionale del paziente.

Il prossimo triennio del Piano sanitario (2001-2003) non deve perciò porsi nuovi obiettivi ma deve semplicemente portare a termine i programmi stabiliti ed espressi negli interventi che erano stati individuati come strategici per contrastare la diffusione dei disturbi mentali e che comprendevano sia attività di prevenzione e cura sia di riabilitazione.

Per raggiungere questi obiettivi sarà illuminante anche il contributo che il Comitato nazionale per la bioetica, presieduto dal professor Giovanni Berlinguer, ha elaborato con il titolo «Psichiatria e salute mentale:

orientamenti bioetici» e che viene presentato in questa conferenza. Nelle raccomandazioni finali del documento si ribadisce la necessità del sostegno alle famiglie, del rispetto dei diritti dei malati, compreso quello di una propria vita sessuale.

Questa Conferenza ha il compito di mettere in evidenza i bisogni, le carenze e le vie di recupero delle inadempienze fino ad oggi accumulate. Tra di esse, in ogni caso, cinque appaiono a me assolutamente essenziali:

- infondere nella popolazione, con adeguate azioni di informazione, la convinzione che i disturbi del comportamento e le malattie psichiatriche sono curabili e in gran parte anche guaribili;
- rafforzare il rapporto con la medicina di base in modo che il «medico di famiglia» rappresenti uno degli elementi portanti del progetto preventivo-assistenziale;
- recuperare all'area dei servizi sanitari territoriali soggetti assistiti nei sei manicomi giudiziari ed erogare prestazioni qualificate nelle carceri;
- collegare con progetti collaborativi «verticali» i servizi destinati all'infanzia e all'adolescenza e quelli deputati alla salute mentale degli adulti;
- eliminare le eccessive restrizioni all'accesso ai farmaci antipsicotici di nuova generazione (risperidone, clozaprina, olanziaprina, quietaprina) che ora vengono usati solo in seconda battuta quando i neurolettici tradizionali falliscono.

Il lavoro di analisi e di dibattito che spetta a questa Prima conferenza per la salute mentale risulterà sicuramente prezioso perché nasce con il contributo di tutti i soggetti coinvolti: le famiglie, gli Enti locali, gli operatori sanitari e il volontariato. Per quanto attiene al mio compito ministeriale ritengo opportuno:

a) che il Progetto obiettivo «Tutela della salute mentale 1998-2000» venga prolungato per tutto il periodo 2001-2003;

b) che venga istituito un «Gruppo di attenzione interministeriale» tra i Ministeri della Sanità, degli Affari Sociali, della Giustizia e della Pubblica Istruzione per rendere rapidi ed efficaci i provvedimenti già delineati dal Progetto obiettivo, soprattutto per il raccordo permanente con le Regioni e gli altri Enti locali;

c) che le Regioni recepiscano fattivamente il Progetto obiettivo e contribuiscano alla sua completa realizzazione, anche destinando risorse adeguate del Fondo sanitario regionale;

d) che l'Osservatorio per la tutela della salute mentale assuma un ruolo più incisivo e coinvolga maggiormente le Associazioni delle famiglie;

e) che tutte le Regioni garantiscano l'attuazione dei Dipartimenti consapevoli che, in caso di inadempienze, si potrà far ricorso ai necessari commissariamenti previsti dalla legge.

La tutela della salute mentale non può consentire abbrivi né decisioni dettate da emotività, seppur comprensibili e in parte condivisibili.

Gli impegni che oggi qui assumiamo collegialmente sono concreti e tangibili come concreto e tangibile è il gravoso disagio vissuto in prima persona dai familiari di oltre dieci milioni di malati.

PRIMA CONFERENZA NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

Roma, 10-11-12 gennaio 2001

Intervento del Presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica

Prof. Giovanni Berlinguer

Perché il Comitato nazionale per la bioetica si è occupato di salute mentale ed ha formulato il parere di cui ha parlato il ministro Prof. Veronesi? La prima ragione è che il modo in cui la società, la cultura e la scienza considerano i malati di mente è uno degli indicatori più eloquenti delle caratteristiche morali di un paese o di un'epoca, nel bene e nel male. Perciò riguarda non solo i malati e i loro congiunti, ma tutti.

Nel bene e nel male. Parlerò prima, con brevi accenni, del male. All'inizio del XX secolo in Italia si affermò una legge psichiatrica che impose, sulla cartella clinica dei malati il timbro infamante «pericoloso a sé e agli altri», e che facilitava la reclusione nei manicomi, dove molti malati venivano ricoverati e spesso dimenticati. In Germania, fin dall'inizio degli anni Venti si fece strada l'idea che una popolazione più pura, priva di soggetti aberranti per razza o per handicap fisici o per stato mentale, è più forte e più felice. Nel 1922 uscì il libro di Binding e Hoche intitolato *L'autorizzazione all'eliminazione delle vite non più degne di essere vissute*, nel quale la loro soppressione è giustificata con l'affermazione che «esistono uomini la cui morte è per loro stessi un sollievo, mentre per la società e lo Stato costituisce la liberazione da un peso, che ha la sola utilità di essere un modello di grandissimo altruismo. La loro morte non lascia nessun vuoto se non forse nel sentimento di una madre o di una fedele infermiera». Nello stesso periodo si cominciò a praticare la sterilizzazione, per impedire che le «tare» mentali venissero trasmesse alla discendenza, e poi l'eutanasia coatta, che venne generalizzata nel decennio successivo con Hitler, in base al «diritto dei migliori e dei più forti», da lui proclamato.

La scoperta degli orrori dei lager ridusse queste aberrazioni, ma altre si manifestarono: nell'uso improprio dei manicomi per segregare gli oppositori politici, come avvenne nell'Unione Sovietica, e nei metodi terapeutici. Non si può dimenticare che nel 1948 il premio Nobel per la medicina fu incautamente assegnato a due medici che avevano introdotto come cura della schizofrenia la lobotomia prefrontale: essa consisteva nella resezione chirurgica dei lobi frontali del cervello e rendeva i soggetti indifferenti a tutto, riducendoli quasi a uno stato vegetale.

Nella seconda metà del Novecento il bene contrastò in diversi campi il male. È sintomatico il fatto che nel 1984 il premio Nobel venne attribuito

a Rita Levi Montalcini per la scoperta del *nerve growth factor*, il fattore che facilita la crescita delle cellule nervose, le quali non devono essere distrutte ma aiutare a vivere. Molte altre scoperte permisero di comprendere i fattori biologici che spesso accompagnano le malattie mentali, molte ricerche sociali aiutarono a confutare l'idea che la pazzia (come la delinquenza) fosse innata e che perciò, come si sosteneva all'inizio del secolo, l'unica strada per difendere la società fosse quella di recludere il malato.

Parallelamente crebbero in molti paesi, soprattutto in Europa, orientamenti ed esperienze critiche verso l'istituzione manicomiale: in Inghilterra, in Francia, dove nel 1952 esce un fascicolo della rivista cattolica *Esprit* dedicato a «La miseria della psichiatria» e dove si affermò l'idea di una psichiatria di comunità come alternativa al manicomio; e soprattutto in Italia, a partire dagli anni sessanta, quando prende l'avvio quella che il ministro Veronesi ha chiamato «una delle riforme più civili e illuminanti del XX secolo».

Da questo nasce la seconda ragione di interesse del Comitato nazionale per la bioetica. Questa riforma, infatti, non è soltanto una legge dello stato che porta il numero 180/1978. È un movimento di idee e di sentimenti, complesso e a volte tortuoso, basato però su un alto valore morale: il considerare il malato o il disagioato mentale come individuo e come portatore di diritti. Essi non vengono negati o sospesi per effetto della malattia, ma diventano fruibili in condizioni diverse, in relazione alle particolari e variabili condizioni del soggetto. Queste non devono essere considerate come limiti invalicabili, bensì come sfide, come traguardi da superare.

Il movimento è cominciato negli anni cinquanta partendo, prima ancora che dalle istituzioni manicomiali, da un altro istituto allora segregante: la scuola. I ragazzi mentalmente disagioati o malati venivano collocati in «scuole speciali», che li isolavano dai loro coetanei e che li facevano ben poco progredire. La critica portò prima a istituire «classi speciali» nelle scuole per tutti, e poi ai processi di integrazione nelle classi normali, che all'inizio furono anche traumatici, ma che ora consentono (soprattutto dove vi sono insegnanti di sostegno competenti e motivati) sensibili progressi intellettuali nei ragazzi inseriti e un attivo progresso morale nella comunità scolastica.

Successivamente la condizione dei manicomi, resa nota da inchieste e denunce documentate e vibranti, ha indotto molti operatori a interrogarsi innanzitutto sul proprio ruolo, che spesso da medico era divenuto di tipo carcerario, e sulla condizione dei malati, che la segregazione rendeva irri-conoscibili perfino nel loro quadro clinico, sovrastato e alterato dai segni della contenzione e dell'isolamento. Si svilupparono diverse esperienze, che l'opera di Franco Basaglia e dei suoi collaboratori riuscì a coordinare e indirizzare verso la soluzione più radicale: chiudere i manicomi e orientare la terapia e l'assistenza verso l'integrazione del malato.

Nell'applicazione di questi orientamenti vi furono resistenze, difficoltà e distorsioni. Innanzitutto, gli ostacoli di chi voleva mantenere il vecchio sistema, a cui si è aggiunta l'inerzia di molte amministrazioni locali e regionali nel dar vita ai nuovi servizi. Quando si è cominciato a chiudere i manicomi si sono perciò creati squilibri e problemi per le famiglie. Alcuni furono anche dovuti al fatto che una corrente, sia pure marginale, della «psichiatria democratica», ritenendo che la malattia mentale fosse solo un prodotto della società, sosteneva che si dovevano, chiudendo i manicomi, rinviare alla società le sue contraddizioni perché le affrontasse. Senza un aiuto adeguato, però, ciò significava aggravare le condizioni delle famiglie ed estendere perciò le contraddizioni. Dove invece sono stati creati servizi di assistenza domiciliare e territoriale, luoghi di aggregazione e di sostegno, come a Gorizia, a Trieste, Arezzo e in molti altri luoghi, si sono ottenuti risultati straordinari. Ha scritto giustamente Maria Grazia Giannichedda che «nel nostro paese si è fatta moltissima strada rispetto alle contrapposizioni ideologiche di molti anni fa, e oggi è possibile partire da ciò che si fa e su ciò che si fa». Su queste linee è basato oggi il *Progetto obiettivo sulla salute mentale*, elaborato per il triennio 1998-2000 dal Ministero della Sanità.

Alcune contrapposizioni persistono ma ritengo che siano dovute, oltre che alle reali difficoltà di molti malati e di molte famiglie, a un'informazione inadeguata e talvolta distorta. Fra i critici della legge n.180, per esempio, c'è chi sostiene che la chiusura dei manicomi ha segnato un incremento dei ricoverati nei manicomi criminali. Ciò non è esatto: in essi vi è una popolazione sostanzialmente stabile, di circa mille presenze all'anno. Sono molti, ma non più di ieri, e il vero problema da affrontare è la loro condizione. Altri hanno chiesto, in un appello firmato da molti degni cittadini e pubblicato su un'intera pagina nel quotidiano *Il Messaggero* (7 maggio 2000) la modifica della legge n. 180 perché essa escluderebbe misure coattive, anche se necessarie, ed avrebbe «abolito la patologia mentale cronica». Nella realtà tali situazioni sono contemplate, e il ricovero coatto non è mai stato soppresso. Esso è ora divenuto meno arbitrario, applicando tutto intero l'articolo 32 della Costituzione, che recita: «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

L'appello nasce però da una situazione reale, e descrive le difficoltà dei familiari dei malati di mente affetti da patologie gravi e croniche. Esse sono «alle prese con congiunti affetti da croniche patologie, in balia delle loro incolpevoli crisi di aggressività, costretti a una quotidiana e faticosa assistenza, ad assistere impotenti al loro inarrestabile degrado fisico e mentale, alle loro incontinenze, alla precarietà della loro igiene personale, e tutto questo in una condizione di assoluta e disperata solitudine». Questa

Prima conferenza è importante, sul piano morale e sociale, perché per la prima volta i rappresentanti di queste famiglie, di tutte le famiglie che soffrono, hanno assunto un ruolo da protagonisti. Nel passaggio da una psichiatria segregante, nella quale tutto ruotava intorno all'istituzione, a una psichiatria aperta, i veri soggetti diventano i malati, le loro famiglie, gli operatori dei servizi, la comunità; e le istituzioni hanno il compito primario di favorire e promuovere il loro impegno.

Non mi soffermo a illustrare il documento intitolato *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, approvato all'unanimità dal Comitato nazionale per la bioetica il 24 novembre 2000, perché il suo testo è stato già portato a conoscenza dei partecipanti alla Conferenza. Uno dei punti centrali, sottolineato anche dall'on. Marida Bolognesi, è il tema bioetico dell'accesso a servizi efficaci e universali. Le conquiste di questi vent'anni vanno amministrare, regolate, attuate con tutte le circospezioni e le compensazioni che richiedono i diversi casi, ma non sostituite da un cammino all'indietro, come sarebbe la disarticolazione dei servizi creati dalla legge n. 180 o la tolleranza verso la loro assenza in molte regioni d'Italia.

Desidero solo concludere con un'osservazione personale sulle cause e sulla diffusione delle malattie mentali. Non sono certo che le cifre siano così alte come si dice comunemente; penso anzi che ingigantirle, fino a dire che tale problema esiste in una famiglia su due, può creare un allarme eccessivo o spingere verso la medicalizzazione di ogni comportamento giudicato anche temporaneamente anormale. Non sono neanche certo che esse siano in aumento. Mi pare tuttavia che mentre la schizofrenia, come altre sindromi meno collegate a fattori sociali, è più o meno costante nel tempo, l'aumento di altri disturbi mentali può essere più spiegabile. L'accresciuta competizione, i ritmi frenetici, l'artificialità di molti rapporti, il disvelamento di molti drammi che sono oggi davanti agli occhi di tutti e che un tempo erano misconosciuti (pedofilia, violenze, stragi, guerre) tutto ciò può a volte contribuire a creare, a volte a rendere palesi squilibri mentali. Anzi, devo dire che il genere umano presenta, di fronte a questi fenomeni, una capacità di adattamento che può persino parere eccessiva, perché non è accompagnata da reazioni adeguate a invertire tali tendenze. Queste considerazioni non devono però indurci a trascurare, in nome di un presunto «primato delle pratiche di emancipazione», come si afferma in un documento distribuito alla Conferenza, la genetica e la biologia, il contributo delle scienze sperimentali e delle varie forme di terapia al riconoscimento delle cause e dei rimedi specifici di molte malattie mentali. Se è vero che in gran parte dei casi esistono fattori molteplici, riassunti spesso nella formula sommaria biopsico-sociale, l'approfondimento scientifico va compiuto in ciascuno di questi tre campi; e più ancora, forse, sulle linee che li congiungono: tratti sottili, connessioni labili e poco conosciute, che possono aprire orizzonti straordinari alla verità del sapere e all'efficacia dell'agire.

MEMBRI DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (*)

Prof. Giovanni Berlinguer
Presidente
Ordinario di Igiene del lavoro

Prof. Adriano Bompiani
Presidente onorario
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica

Prof. Francesco D'Agostino
Presidente onorario
Ordinario di Filosofia del diritto

Prof.ssa Rita Levi Montalcini
Presidente onoraria
Premio Nobel per la Medicina

Prof. Adriano Ossicini
Presidente onorario
Ordinario di Psicologia

Prof. Angelo Fiori
Vice-presidente
Ordinario di Medicina legale

Prof.ssa Adriana Loreti Beghè
Vice-presidente
Associata di Diritto internazionale

Prof. Massimo Baldini
Ordinario di Storia della Filosofia

Prof. Mauro Barni
Ordinario di Medicina legale

Prof.ssa Luisella Battaglia
Ordinaria di Filosofia morale e di Bioetica

Prof. Giuseppe Benagiano
Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità

Prof. Lucio Bianco
Presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Prof. Francesco Busnelli
Ordinario di Diritto civile

Prof. Paolo Cattorini
Associato di Bioetica

Prof. Mauro Ceruti
Ordinario di Epistemologia genetica

Prof.ssa Isabella Maria Coghi
Associata di Endocrinologia ginecologica

Prof. Mario Condorelli
Presidente del Consiglio Superiore di Sanità

Prof. Giuseppe Dalla Torre
Ordinario di Diritto ecclesiastico

Prof. Luigi De Carli
Ordinario di Genetica

Prof.ssa Gilda Ferrando
Ordinaria di Diritto privato

Prof. Carlo Flamigni
Ordinario di Ginecologia e ostetricia

Prof. Romano Forleo
Professore a c. di Psicomatica ginecologica

Prof. Eugenio Lecaldano
Ordinario di Storia della Filosofia morale

Dr.ssa Maria Eletta Martini
Presidente del Centro Nazionale per il Volontariato

Prof. Vittorio Mathieu
Ordinario di Filosofia morale

Dr.ssa Simonetta Matone
Consigliere di Corte di Appello

(*) Designati con Decreto del Presidente del Consiglio del 23 marzo 1999.

Prof. Demetrio Neri
Ordinario di Bioetica

Prof.ssa Anna Oliverio Ferraris
Ordinaria di Psicologia dello sviluppo

Prof. Aldo Pagni
*Presidente della Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici*

Prof. Alberto Piazza
Ordinario di Genetica

Prof.ssa Livia Pomodoro
Presidente di Tribunale per i minorenni

Prof. Vittorio Possenti
Ordinario di Storia della Filosofia morale

Prof. Pietro Rescigno
Ordinario di Diritto civile

Prof.ssa Giovanna Rossi Sciumè
Associata di Sociologia

Prof. Giuseppe Savagnone
Docente del Centro «Arrupe» e pubblicista

Prof. Michele Schiavone
Ordinario di Bioetica

Prof. Elio Sgreccia
Ordinario di Bioetica

Prof. Bruno Silvestrini
Ordinario di Farmacologia

Dr. Sandro Spinsanti
Direttore dell'Istituto «Giano»

Prof.ssa Silvia Vegetti Finzi
Associata di Psicologia dinamica

Prof.ssa Tullia Zevi
*Presidente della Commissione per i
rapporti interculturali e interreligiosi
della Federazione delle Comunità
Ebraiche Europee*

Sede del Comitato Nazionale per la Bioetica

Via Veneto 56 - 00187 Roma - Telefoni: 06/481611 (centralino), 06/48161490-91-92
06/4819944 - 06/4819946 - Fax 06/48161493
Sito internet: <http://www.palazzochigi.it/bioetica>
e-mail: cnbioetica@palazzochigi.it

Segreteria Scientifica: Dr.ssa Elena Mancini (*coordinatrice*), Dr.ssa Maria Caporale,
Dr. Giovanni Incorvati

Addetto stampa: Dr.ssa Anna Morelli

Segreteria Tecnico-Amministrativa: Dr.ssa Emira Aloe Spiriti (*coordinatrice*)
Lorella Autizi
Rag. Luciano Verduchi
Anna Piermarini
Daniele Tedesco

DOCUMENTI APPROVATI DAL COMITATO PER LA BIOETICA

- *Terapia genica (15 febbraio 1991)*
- *Definizione e accertamento della morte nell'uomo (15 febbraio 1991)*
- *Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche (5 maggio 1991)*
- *Documento sulla sicurezza delle biotecnologie (28 maggio 1991)*
- *Parere sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali (6 settembre 1991)*
- *Bioetica e formazione nel sistema sanitario (7 settembre 1991)*
- *Donazione d'organo a fini di trapianto (7 ottobre 1991)*
- *I comitati etici (27 febbraio 1992)*
- *Informazione e consenso all'atto medico (20 giugno 1992)*
- *Diagnosi prenatali (18 luglio 1992)*
- *Rapporto al Presidente del Consiglio sui primi due anni di attività del Comitato Nazionale per la Bioetica (18 luglio 1992)*
- *La legislazione straniera sulla procreazione assistita (18 luglio 1992)*
- *La sperimentazione dei farmaci (17 novembre 1992)*
- *Rapporto sulla brevettabilità degli organismi viventi (19 novembre 1993)*
- *Trapianti di organi nell'infanzia (21 gennaio 1994)*
- *Bioetica con l'infanzia (22 gennaio 1994)*
- *Progetto genoma umano (18 marzo 1994)*
- *Parere del CNB sulle tecniche di procreazione assistita. Sintesi e conclusioni (17 giugno 1994)*
- *La fecondazione assistita - Documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica (17 febbraio 1995)*
- *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana (14 luglio 1995)*
- *Bioetica e ambiente (21 settembre 1995)*
- *Le vaccinazioni (22 settembre 1995)*
- *Parere del CNB sull'eticità della terapia elettroconvulsivante (22 settembre 1995)*
- *Bioetiche a confronto. Atti del seminario di studio (20 ottobre 1995)*
- *Venire al mondo (15 dicembre 1995)*
- *Il neonato anencefalico e la donazione di organi (21 giugno 1996)*
- *Identità e statuto dell'embrione umano (22 giugno 1996)*
- *Pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica su «Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina» e «Bozza preliminare di dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani» (21 febbraio 1997)*
- *Sperimentazione sugli animali e salute dei viventi (17 aprile 1997)*
- *Infanzia e ambiente (18 luglio 1997)*
- *Il problema bioetico del trapianto di rene da vivente non consanguineo (17 ottobre 1997)*

- *La clonazione (17 ottobre 1997)*
- *La gravidanza e il parto sotto il profilo bioetico (17 aprile 1998)*
- *Il suicidio degli adolescenti come problema bioetico (17 luglio 1998)*
- *Etica, sistema sanitario e risorse (17 luglio 1998)*
- *La circoncisione: profili bioetici (25 settembre 1998)*
- *Il problema bioetico della sterilizzazione non volontaria (20 novembre 1998)*
- *Dichiarazione per il diritto del bambino a un ambiente non inquinato (24 settembre 1999)*
- *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla proposta di moratoria dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa per la sperimentazione umana di xenotrapianti (19 novembre 1999)*
- *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sul protocollo del Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa sulla ricerca biomedica (19 novembre 1999)*
- *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici (19 novembre 1999)*
- *Orientamenti bioetici per i test genetici (19 novembre 1999)*
- *Dichiarazione del CNB sulla possibilità di brevettare cellule di origine embrionale umana (25 febbraio 2000)*
- *Protezione dell'embrione e del feto umani. Parere del CNB sul progetto di protocollo del Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa (31 marzo 2000)*
- *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sull'impiego terapeutico delle cellule staminali (27 ottobre 2000)*
- *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici (24 novembre 2000)*
- *La terapia del dolore: orientamenti bioetici (30 marzo 2001)*
- *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute (25 maggio 2001)*
- *Bioetica interculturale (22 giugno 2001)*
- *Orientamenti per i Comitati Etici in Italia (13 luglio 2001)*
- *Violenza, media e minori (13 luglio 2001)*
- *Bioetica e scienze veterinarie. Salute umana e benessere animale (30 novembre 2001)*
- *Considerazioni etiche e giuridiche sull'impiego delle biotecnologie (30 novembre 2001)*
- *Scopi, limiti e rischi della medicina (14 novembre 2001)*



Pubblicazione della

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Dipartimento per l'informazione e l'editoria - Direttore Mauro Masi

*Coordinamento editoriale,
iconografico e didascalie* Salvatore Rigano

Realizzazione grafica Ufficio grafico dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato presso
il Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria

Stampa e diffusione Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Roma 2001

In copertina:

**Laszlo Moholy-Nagy (1895-1946), «Composizione» (1923).
Archivi della Bauhaus, Darmstadt.**

Sull'arte astratta in Europa e, dopo, negli Stati Uniti, Moholy-Nagy ha esercitato un'influenza capillare d'immensa importanza sia con la propria opera, sia con l'insegnamento. La scuola chiamata Bauhaus fondata a Weimar nel 1919, dall'architetto Walter Gropius, trasferita a Dessau nel 1925 e poi a Berlino dove infine venne chiusa per ordine del governo nazista nel 1933, è divenuta nella storia dell'arte europea contemporanea il centro focale verso il quale si fanno convergere le varie correnti dell'arte astratta. Ma la Bauhaus non fu una scuola di arti plastiche ma di progettazione industriale, di artigianato e di architettura. Moholy-Nagy rappresenta lo spirito della Bauhaus nel variegato universo dell'astrattismo: «Arricchiremo le nostre osservazioni spaziali proiettando la luce attraverso un seguito di più schermi in parte trasparenti... di varie dimensioni e forme...». E con lui si opera il raccordo fra la poesia pura e il mondo della tecnica postulato dalla Bauhaus, equiparando la fotografia alla pittura e i valori della luce e delle ombre a quelli dei colori, rimasti fino ad allora i più alti ed essenziali della pittura. Con lui, l'arte proclama, per la prima volta, la sua piena indipendenza anche dai modi artigianali che l'avevano condizionata. L'artista, nato in Ungheria nel 1895, dopo aver studiato legge a Budapest e combattuto nella prima guerra mondiale, attratto dalle opere di Malevitch e di El Lissitzky, si dedica alla pittura.

Collabora alle riviste «MA» e «De Stijl» e nel 1920 si trasferisce a Berlino. Nel 1922 Gropius lo chiama alla Bauhaus dove Moholy-Nagy tiene uno dei più importanti corsi preliminari e assume la direzione dei lavori in metallo. Nel 1928 lascia la Bauhaus e lavora per il Teatro Piscator e l'Opera di Stato di Berlino. Costretto con gli altri maestri della Bauhaus a lasciare la Germania, passando per Londra raggiunge Chicago dove fonda la Nuova Bauhaus. Nel 1938 fonda una sua scuola di progettazione industriale che cura fino all'anno della sua morte nel 1946. Da allora la sua opera e il suo insegnamento riprenderanno il posto che spetta loro nel progresso artistico dell'Europa contemporanea.

Le immagini sono tratte dal catalogo “Carte da legare” pubblicato in occasione della mostra allestita presso l’ex ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma. L’ex manicomio è divenuto infatti un museo-laboratorio della mente, diretto dal prof. Tommaso Losavio, che illustra attraverso gli indumenti, gli strumenti, i farmaci, gli stessi ambienti di isolamento dal mondo dei pazienti, la vita quotidiana e la storia di quasi cinquecento anni dell’istituzione psichiatrica. Ma racconta anche, attraverso le opere pittoriche realizzate dai pazienti, come l’arte possa contattare quel margine di libertà emotiva ed espressiva che anche la patologia più grave rende ancora possibile.

Le opere scelte danno voce, grazie all’espressione artistica, alla percezione del mondo, interiore e esteriore, che hanno “i folli”. Sono immagini realizzate su materiali poveri e vissuti come il legno, la stoffa, la superficie delle valigie, un foglio di carta. Esse dimostrano emozioni profonde e figure senza tempo dell’inconscio, insieme al desiderio commovente di rappresentare una realtà diversa da quella comunemente percepita.