

I trattamenti senza consenso in psichiatria e in medicina tra norme, culture e pratiche.

Appunti per una discussione



LUIGI FERRANNINI, PAOLO F. PELOSO

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASL 3 "Genovese"

RIASSUNTO

I trattamenti sanitari obbligatori (TSO) in psichiatria sono presi in considerazione sotto due aspetti: quello dei TSO propriamente intesi, ai sensi della Legge di Riforma Sanitaria del 1978, e quello dei trattamenti che il soggetto accetta, spesso, come alternativa alla permanenza in istituzioni penitenziarie. Nel primo caso il tema è inserito nel più generale contesto dei trattamenti senza consenso in Sanità, oggetto oggi di grande dibattito in campo bioetico e giuridico, e poi analizzato nella sua specificità in rapporto anche con le Raccomandazioni che le Regioni hanno emanato l'anno scorso per affrontarli. Nel secondo caso, il problema è analizzato in rapporto ai progetti di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario e alla tendenza in atto a estendere, soprattutto nei giovani, i limiti del proscioglimento per malattia mentale, anche per far fronte alla difficile situazione in cui versano i servizi per i giovani, l'approccio pedagogico-educativo ai loro problemi e il sistema penitenziario. La psichiatria in Italia è dunque criticata da alcuni perché non eserciterebbe abbastanza controllo sui malati, ed è oggetto da parte di altri di una delega sempre più ampia alla gestione dei comportamenti devianti; entrambi questi meccanismi sembrano contribuire al prevalere di un mandato di controllo rispetto a un mandato di cura. La psichiatria italiana ha anche gravi carenze di quantità e/o qualità delle risorse, ma le proposte di legge oggi in discussione sembrano agli autori molto lontane dai problemi reali, abbagliate dall'illusione che la disponibilità di norme più coercitive sia la panacea in grado di risolvere carenze strutturali e tecniche, problemi di delimitazione del mandato e l'insostituibile lavoro quotidiano per offrire, caso per caso, attraverso il lavoro clinico, la possibilità di accedere alle cure anche a chi tende a rifiutarle.

Parole chiave: trattamenti sanitari obbligatori (TSO), consenso informato, psichiatria forense, comportamenti devianti, legislazione psichiatrica.

SUMMARY

Treatments without consent in psychiatry and in medicine among laws, cultures and practices

The compulsory sanitary treatments (TSO) in psychiatry are considered under two aspects: that of the true TSO as defined by the 1978 Healthcare Reform Law, and that of the treatments that someone must accept as an alternative to the penitentiary institutions. In the first case the issue is considered in the most general context of the treatments without consent in general health, object today of a great debate both in the bioethical and the juridical field, and then it is also analyzed in its specificity in relation with the Recommendations that the Italian Regions emanated last year. In the second case, the problem is analyzed in relation to the projects of overcoming of the forensic mental hospital and the tendency to extend, especially in the young people, the limits of the irresponsibility for mental illness, also may be to face the difficult situation in which are the services for the youngs, the pedagogic-educational approach to their problems and over all the penitentiary system. The psychiatry in Italy is criticized therefore by some because it would not practice enough control on the sick, and it is object from others of a more ample delegation to the management of the deviant behaviours; both these mechanisms contribute to the prevail of an order of control in comparison to an order of care. Italian psychiatry has today also serious lacks in the quantity and/or the quality of its resources, but the projects now in discussion in the Parliament seem to the authors very distant from the real problems, dazzled by the illusion that the availability of more coercive norms can be the panacea able to resolve structural and technical lacks, problems of delimitating the field of the psychiatric intervention and the irreplaceable daily effort to offer, case by case, through the clinical job the possibility to access the care also to whom wants to refuse it.

Key words: compulsory sanitary treatments (TSO), informed consent, forensic psychiatry, deviant behaviours, psychiatric law.

IL CONSENSO INFORMATO
IN PSICHIATRIA

Nº05
1:2012; 27-42

PREMESSA

Si vorrebbe, in questo intervento che intende proporsi solo come traccia per una possibile discussione futura, affrontare le implicazioni attuali del rapporto tra psichiatria e sicurezza attraverso l'esposizione di due problemi molto attuali: quello del trattamento sanitario obbligatorio (TSO) in psichiatria, oggetto tra l'altro di un vasto dibattito e di proposte di riforma della legislazione sull'assistenza psichiatrica attualmente in discussione, considerato nel contesto di altre forme di trattamento non consensuale; e quello del problema della, sempre più frequente, delega al circuito psichiatrico della custodia dei soggetti devianti nei cui atti è stato riscontrato un qualche rapporto con elementi riconducibili o ricondotti al paradigma della malattia mentale.

CORNICE DI RIFERIMENTO PER I TRATTAMENTI SENZA CONSENSO E CARATTERE PARADIGMATICO DELLA MALATTIA MENTALE

Il percorso normativo che delinea i trattamenti senza consenso (meglio sarebbe definirli trattamenti in assenza di consenso) nella nostra legislazione è lungo, complesso e anche ambiguo.

Nel campo dell'assistenza psichiatrica, l'idea che l'assenza di consenso sia scontata in qualsiasi trattamento trae origine dalla notte dei tempi: prima ancora che la psichiatria intesa come disciplina medica nascesse il trattamento della follia veniva infatti inteso come una vicenda fatta, essenzialmente, di violenza e di catene¹. La psichiatria ai suoi primi passi, anche nel nostro paese, nasceva quindi sotto l'eredità di questa pesante tradizione.

Successivamente, le diverse prassi e normative che avevano preso piede più o meno spontaneamente nelle diverse realtà preunitarie trovarono una sistematizzazione unitaria con quasi quarant'anni di ritardo, con la Legge 36/1904 e il successivo Regolamento n. 4/1909, attraverso i quali veniva normato il principio di obbligatorietà della cura per quella parte dei malati che versasse in condizioni di pericolosità o pubblico scandalo – ma è nota l'interpretazione estensiva che questa formulazione, che avrebbe voluto essere in origine restrittiva, ebbe negli anni successivi – insieme alle conseguenti procedure e ai modelli di funzionamento delle istituzioni manicomiali.

Non vanno tuttavia dimenticate altre norme, di tipo sanitario – soprattutto nel campo della prevenzione e del trattamento delle malattie infettive e contagiose – che definiscono alcuni criteri di obbligatorietà della cura e dell'isolamento (la cosiddetta “quarantena”) ai fini della tutela della salute della collettività, che hanno origini antichissime ma trovarono, a loro volta, una sistematizzazione nel Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1933.

È comunque solo con la Costituzione Italiana (1948) che abbiamo la prima forte esplicitazione delle garanzie nei trattamenti senza consenso, con l'art. 32 secondo comma, che rimane di imprescindibile attualità nonostante lo specifico contesto storico e politico in cui si colloca (la scoperta degli orrori della medicina nazista e della deriva cui aveva portato l'eugenetica, unite al clima di ottimismo del dopoguerra).

Durante la guerra, infatti, la condizione di separatezza del manicomio dalla società e l'equazione tra internamento manicomiale e perdita totale di libertà e di diritti avevano consentito che trattamenti già allora percepiti come "violenti" – la psicotomia e le terapie di shock – fossero sperimentati senza trovare nessun limite; che, in Italia come in Francia, la fame e il freddo potessero sterminare decine di migliaia di persone senza che le autorità, centrali come locali, se ne preoccupassero; e, ancora, che nella Germania nazista la rete manicomiale potesse divenire, nel segreto, il primo luogo di sperimentazione delle camere a gas comportando lo sterminio di decine di migliaia di pazienti².

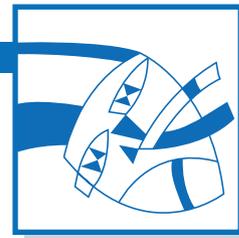
Si usciva da un incubo, ma la Costituzione repubblicana non trovò immediata applicazione nel campo della malattia mentale che restò, ancora per trent'anni, vincolata alla Legge del 1904.

Il campo psichiatrico cominciava a vedere poi, con la Legge 431/68, la caduta del paradigma per cui i trattamenti psichiatrici dovevano essere sempre considerati obbligatori, e l'apertura al principio della volontarietà della cura. Questa Legge consentì, infatti, una rapida trasformazione di molti ricoveri da obbligatori a volontari, con la conseguente possibilità di dimissione e reinserimento sociale dell'internato. Il manicomio iniziava a vacillare nel suo asse portante: essere il luogo elettivo dei trattamenti coatti.

Arriviamo così alla Legge 180/78 ("legge speciale per un problema speciale") e agli artt. 33-34-35 della Legge 833/78, istitutivi del Servizio Sanitario Nazionale e sui quali si è molto discusso in questi anni, non sempre in modo coerente.

La prospettiva che si apre con la nuova Legge potrebbe essere identificata con quella della "restituzione della delega" nella quale, sancita la fine del manicomio, la responsabilità di gestione della salute e della malattia mentale viene restituita ad altri soggetti: i nuovi servizi, certo innanzitutto, ma anche le famiglie, gli enti pubblici e privati preposti a dare risposta al diritto alla casa e al lavoro anche alle fasce deboli e marginali della società, la Magistratura e le forze dell'ordine, chiamati a loro volta a trovare soluzioni attente di volta in volta alla specificità del singolo caso, in grado di coniugare, nei casi in cui questo si renda necessario, il diritto alla libertà e alla cura del singolo con il diritto alla sicurezza della collettività.

Il quadro normativo si amplia successivamente con gli atti internazionali e nazionali (dalla Convenzione di Oviedo del 1997, ai documenti ufficiali del Comitato Nazionale di Bioetica del 2000 e 2002), i codici deontologici in tema di rispetto del paziente e di privacy relativa a varie professioni (in particolare, per il nostro settore: i medici, gli psicologi, gli infermieri e gli assistenti sociali), la recente Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone Disabili (UN, 2008) – recepita con la Legge 3 marzo 2009 n. 18 – e il dibattito, anche questo complesso e contraddittorio, in tema di diritto a decidere sulle cure da parte del cittadino, ora per allora o nelle condizioni date (disposizioni anticipate, testamento biologico nelle varie forme ed accezioni), affrontato ora solo sotto l'aspetto della nutrizione artificiale e delle cure palliative (per introdurre criteri definitivi restrittivi).



OLTRE IL CASO PARTICOLARE: IL TRATTAMENTO SENZA CONSENSO IN CASO DI MALATTIA MENTALE

La libertà di cura – hanno scritto recentemente R Ciliberti e Alfano³ – “rappresenta una dimensione cruciale della medicina e, in generale, di una società democratica, e certamente non può configurarsi un consenso responsabile avulso da una dimensione di libertà, benché non sia facile analizzare la complessa e varia modulazione in cui avviene la scelta della cura, particolarmente in pazienti che abbiano condizioni di grave prostrazione e siano contrassegnate dall’angoscia, dall’inquietudine, dalla disperazione o anche da una consapevolezza intermittente”.

Nuove e più differenziate forme di “non consenso/rifiuto del trattamento” rappresentano oggi l’aspetto più movimentato della psichiatria sotto il profilo culturale, tecnico e – forse – legislativo, attraverso il riferimento e la legittimazione di nuovi strumenti e procedure, basate sul principio di autodeterminazione (l’“adulto competente” può decidere di non curarsi) e di beneficenza (il soggetto ha il diritto di decidere, ma anche di avere accesso alle cure, e di sapere che le cure che gli vengono proposte sono di comprovata efficacia), nella cui ottica bisognerebbe sviluppare ricerche in tema di outcome a lungo termine dei trattamenti prolungati senza consenso, e di qualsiasi altra forma di obbligatorietà di cura.

Si tratta dello spostamento delle relazioni di cura da un rapporto paternalistico a uno contrattualistico, con la centralità di aspetti multifattoriali (relazionale/psicologico, influenza della cultura, della spiritualità, dei fattori di contesto). Si innesta, per questa via, il ridimensionamento della “lettura psicopatologica” del rifiuto delle cure come caso specifico e da dimostrare, e non come cornice onnicomprensiva, attraverso una nuova visione dei disturbi psichiatrici e del rapporto tra psicopatologia e persona.

Una nuova attenzione a questi problemi apre inoltre la tematica del rifiuto al trattamento ad un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, consentendo un intreccio, una integrazione ed il confronto con le altre discipline (psicologia, antropologia, etica, sociologia, diritto, ecc.) e le altre “specialità” mediche (neurologia, geriatria, oncologia, nefrologia, cure palliative, ecc.).

I paradigmi portanti si complessizzano e si intrecciano: la malattia mentale (“ti devi curare perché non capisci che ti serve”), ma anche la malattia infettiva (“ti devi curare per non danneggiare gli altri”), la malattia oncologica, nefrologica, endocrino-metabolica (“ti devi curare altrimenti muori”), la malattia degenerativa (“ti curiamo per il tuo bene, anche se tu non ne sei consapevole”) ed altro ancora.

Il punto centrale resta quello di raccogliere per quanto possibile la volontà del soggetto, connessa tuttavia alla sua capacità (reale o presunta) di valutare correttamente le necessità ed i rischi, a tutela della sua salute ma anche di quella di soggetti terzi.

Non a caso, in questo quadro ha avuto una scarsa influenza il paradigma della tossicodipendenza (per una connotazione di vizio, prima che di malattia), affrontata attraverso forme soft di costrizione al trattamento spesso attivate dall’evento reato e da misure di tipo amministrativo (vedi Legge 485/75 e successiva legislazione specifica); senza dimenticare alcune recenti forme

soft di accertamento sanitario obbligatorio (ASO), come il controllo dell'alcolemia con l'etilometro e la visita specialistica sul posto in riferimento a problemi di guida.

Quindi si conferma la centralità del paradigma dell'“adulto competente” (sa quello che vuole e fa quello che deve... ma allora come ci comportiamo con i minori?), mentre restano ambiguità sul processo decisionale: chi decide? Quando decide? Con chi decide? Per cosa decide?

Si apre, per questa via, una nuova riflessione per la costruzione di una “clinica del rifiuto/non consenso/non adesione al trattamento” in ogni tipo di malattia che riguarda, infatti, il 70% dei trattamenti sanitari, assumendo come punto di partenza i limiti e i bias della clinica – dalla diagnosi ai trattamenti –, sempre in bilico tra onnipotenza ed impotenza, e lavorando per rendere possibile, non solo formalmente, il passaggio dalla non coscienza della malattia alla consapevolezza, che è dimensione al contempo razionale ed emotiva.

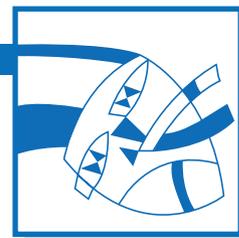
In questa prospettiva la questione del consenso informato, in particolare nel contesto della cura dei soggetti “deboli” sul piano della possibilità decisionale, si intreccia in modo complesso con nuove dimensioni della relazione di aiuto: dall'empatia al tema del controtransfert come capacità di comprendere cosa si muove dentro il medico di fronte al rifiuto di un trattamento da parte del paziente.

Si comprende quindi come il problema del rifiuto dei trattamenti non possa mai essere affrontato soltanto come una questione di carattere burocratico e giuridico⁴.

Antonio Maria Ferro, nell'affrontare recentemente il tema del consenso alle cure⁵, ha fatto riferimento alla “clinica del rifiuto” contrapponendola alla “clinica dell'oggettivazione” per sottolineare come questo aspetto – certo uno dei più complessi – del nostro lavoro richieda “abilità e competenze cliniche da un lato e dall'altro un assetto psichico dell'operatore e/o dell'équipe abbastanza sicuri e ben curati” perché, come il paziente, “anche noi potremmo rischiare di restare chiusi, estranei, inospitali in modo irritante o addirittura violento. In realtà, per ospitare in noi questi pazienti, così refrattari a condividere lo spazio per una relazione d'aiuto, è necessario prima di tutto rendere possibile in noi lo spazio dell'ospitalità e per questo occorre una cultura della psichiatria rispettosa e curiosa per l'altro da noi, anche nelle sue irriducibili differenze e talvolta incomprensibilità”. “Spero di riuscire a trasmettere” – prosegue – “come sia complesso questo lavoro verso l'alleanza terapeutica: talvolta parte della stessa terapia verte proprio su questo percorso che non può esaurirsi con un atto come l'eventuale TSO (...). La clinica del rifiuto non riguarda solamente la capacità di comprendere la sofferenza psichica e la sua gravità, come la sofferenza espressa dall'ambiente/entourage del paziente, ma anche la capacità di comprendere cosa si muova dentro di noi e come tolleriamo questa grave frustrazione al nostro desiderio di aiutare, curare”.

Lavorare dentro il mondo interno del paziente, dentro il contesto e dentro il sistema curante vuol dire, quindi, aprire spazi di senso e di speranza per la cura e nella cura.

Alcuni bioeticisti, come Francesco D'Agostino, intervenendo al Congresso della Società Italiana di Psichiatria (SIP) di Roma del 2009 hanno segnalato



con forza il rischio di una scissione, proprio in merito al consenso ai trattamenti sanitari, tra il piano giuridico e il piano etico del problema. Il primo muove a partire da una dilatazione interpretativa dell'art. 32 della Costituzione sui principi di autodeterminazione, di dignità e rispetto della persona, e di libertà di cura pur senza risolvere alcuni nodi – divenuti oggi centrali – come quello di chi e come deve valutare l'autodeterminazione, e quindi la competenza, della persona, a maggior ragione in situazioni di limite delle capacità mentali (anche se non di totale sospensione/soppressione), che stanno aprendo un nuovo orizzonte giuridico, normativo ed applicativo (il diritto dal basso e l'ampliamento della dimensione del sostegno nella concezione di Paolo Cendon⁶). Il secondo ruota intorno a una questione di fondo: tra diritto ed etica chi ha il primato? Cioè: l'etica deve appiattirsi sul diritto e quindi è il diritto che definisce spazi, confini e contenuti della dimensione etica, oppure l'etica è indipendente dal diritto e può (o deve?) antagonizzare la prospettiva giuridica, aprendo spazi autonomi?

Malattie quindi, ma anche storie, contesti, funzionamento di personalità e persone con caratteristiche non omogenee sotto il profilo clinico ed esistenziale.

Il problema centrale sembra in questo caso quello di lasciare aperti spazi di attenzione sul singolo caso, di valorizzare le specificità (il diritto "leggero" di cui parla ancora Cendon) senza rinunciare all'equità e alla certezza dei diritti e delle garanzie ("uguali per tutti"); garanzie imprescindibili per un quadro normativo coerente.

IL "CASO PARTICOLARE" DEL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO NEL PAZIENTE PSICHIATRICO

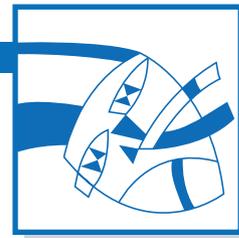
Certo, nel momento in cui pure avvertiamo la necessità di contestualizzarlo in un ambito più ampio, non è comunque possibile negare le specificità che il tema del rifiuto al trattamento assume in presenza di molteplici quadri psicopatologici, in fase acuta e non solo. Si può trattare di disturbi che interferiscono sullo stato di coscienza o sulla consapevolezza della malattia e sulla conseguente capacità di (auto)determinarsi rispetto ai trattamenti, quando necessari, indifferibili e si spera – aggiungiamo noi – appropriati ed efficaci. In questo quadro, la centralità della volontarietà del trattamento e il superamento delle "istituzioni speciali" (i manicomi) sono gli assi portanti del mutamento dei paradigmi tecnici, legislativi e di conseguenza culturali. Contemporaneamente, si aprono i problemi connessi ai limiti (cioè le precise condizioni/indicazioni in cui mettere in atto ASO/TSO) e alle garanzie ("uguali per tutti").

Il paradigma della "non coscienza di malattia" e/o dell'incapacità di arrivare a questa coscienza si presenta molto fragile, poiché proprio questo concetto rappresenta da sempre⁷, sul piano epistemologico, uno degli aspetti di maggiore debolezza della nostra disciplina⁸. Anche per questo, probabilmente, il legislatore del 1978 ha preferito erigere l'impianto della Legge sul binomio necessità/rifiuto delle cure, che, presentando minori implicazioni di carattere filosofico, ne rappresenta il corrispettivo concreto e molto più obiettivabile. Esso rappresenta, infatti, l'asse portante della condizione in cui un "rifiuto

(in varie forme) al trattamento” non può essere accettato: su questo paradigma si delineano i modelli di presa in carico e di prevenzione del drop-out, la costruzione della relazione terapeutica (anche quando faticosa e ambivalente), le responsabilità in ordine alla tutela della salute fisica e il lavoro di e per la tutela del paziente e del suo contesto. Ma è su di esso che si definiscono le coordinate della posizione di garanzia (anche alla luce dei recenti orientamenti giurisprudenziali) e delle responsabilità professionali – con le conseguenze legali – per il medico e per tutti gli operatori coinvolti nel programma di trattamento.

Anche così obiettivo il paradigma non sfugge ad alcuni problemi. Il primo è rappresentato dal fatto che questa costruzione si fonda sulla riduzione della complessità psicopatologica e personologica della cosiddetta “malattia mentale”, della quale viene depotenziata l’alta variabilità di quadri clinici con caratteristiche differenziate, con il rischio di ridurla al paradigma della psicosi come fenomeno complessivo. È quanto si è già evidenziato all’inizio dell’Ottocento nell’aspro dibattito tra psichiatri e giuristi sul tema delle monomanie⁹, di quei quadri cioè nei quali il funzionamento psicotico pareva limitato a un’area specifica del funzionamento mentale. Emblematici, tra i casi allora considerati e ancora attuali, quello di alcune tipologie di omicidio e di suicidio, o della piromania; ma tra i casi per cui si vorrebbe oggi riattualizzare questo paradigma, si potrebbero considerare i disturbi del comportamento alimentare (con l’anoressia definita “psicosi monosintomatica”^x), il gioco d’azzardo patologico, l’alcolismo o le altre tossicodipendenze, i disturbi del controllo degli impulsi in genere, per arrivare ai gravi disordini della personalità. Il rischio è quello dell’estensione di uno strumento legislativo originariamente pensato per la gestione delle fasi acute delle psicosi classiche (schizofrenia, paranoia, disturbi psicotici dell’umore) a uno strumento di compressione della libertà per periodi prevedibilmente non brevi in molte altre situazioni, nelle quali sarebbe più difficile enucleare una condizione propriamente “acuta”; il funzionamento mentale sarebbe quindi più limitatamente compromesso, e il luogo di messa in atto del provvedimento sarebbe prevedibilmente diverso dal servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

Un secondo problema è rappresentato dalle ambiguità inevitabilmente sottese alla dicotomia concettuale libero/obbligato, che racchiude tutta una gamma di situazioni intermedie, a quelli che sono comunemente definiti i TSO “striscianti”, in cui cioè il consenso ai trattamenti è ottenuto con una pressione psicologica particolarmente accentuata, o con l’alternativa di ricorrere o meno al TSO stesso. Problemi che ci sono parsi ben sintetizzati da Roberto Catanesi che, intervenendo anch’egli al Congresso SIP 2009, sosteneva che il concetto astratto di “consenso” è lontano da quanto avviene nella realtà, dove il consenso è il più delle volte negoziato e parziale, e che il grado di consenso è nella pratica difficilmente misurabile; che il problema è sempre capire dove collocare il giusto punto di equilibrio tra beneficiabilità ed autonomia; che “dissenso” non è sempre il contrario di “consenso” e che vi sono varie forme di “assenso più o meno condizionato”; e che, ancora, la libertà può rappresentare, almeno in determinati momenti – in particolare durante la crisi – un peso eccessivo di cui non si può chiedere al soggetto di farsi carico. Non a caso uno di noi, cogliendo la complessità dei problemi



sollevati in quell'occasione, gli faceva presente al termine dell'intervento – scherzando – la necessità che i medici di formazione medico-legale, con il rigore concettuale che li caratterizza, non “mettano troppo il naso” nelle cose degli psichiatri, dove – fissati certo alcuni doverosi punti fermi e limiti invalicabili – è però spesso indispensabile che quanto sta nel mezzo sia regolato dalla buona fede, dal buon senso e dalla qualità della relazione di cura; posizione però certo questa, ce ne rendiamo conto, non scevra di rischi di derive soggettivistiche.

Un terzo problema che meriterebbe di essere discusso, e su cui ritorneremo in seguito, è rappresentato dalla crescente diffusione di provvedimenti che, pur rappresentando a tutti gli effetti trattamenti obbligatori, in gran parte di carattere sanitario, non derivano dalla normativa sanitaria della Legge 833, ma da disposizioni dell'Autorità Giudiziaria: sia attraverso provvedimenti di carattere penale alternativi all'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o alla detenzione, che attraverso provvedimenti di carattere civile mediati dal tutore o dall'amministrazione di sostegno. È noto, rispetto ai primi, come nella vicina Francia esista da anni un ampio dibattito a questo proposito, e l'orientamento prevalente sia quello di paventare il rischio dell'affermarsi di una *fliciatría*¹¹, il che porta ad escludere la possibilità che programmi di carattere prevalentemente sanitario possano essere presi in considerazione come possibili alternative a provvedimenti giudiziari. In Italia, invece, in un clima culturale più paternalistico che potrebbe essere fatto risalire al diverso rapporto dei due paesi con la cultura affermatasi con le grandi rivoluzioni liberali, questa pratica (la presenza di prescrizioni di carattere sanitario nell'ambito di dispositivi giudiziari) è piuttosto diffusa pur senza essere mai stata messa realmente in discussione e sufficientemente problematizzata; senza una riflessione sufficiente su cui possano essere basate l'estensione, le conseguenze e il posizionamento reciproco dei diversi attori, in primo luogo giudici, psichiatri e soggetti.

Un quarto problema poi, che va ponendosi anch'esso con sempre maggiore insistenza, è rappresentato dall'applicazione di ASO e TSO in campo minorile; problema che rientra, tra l'altro, in quello più generale della definizione di modalità, luoghi e strumenti specifici per la gestione delle condizioni di malattia mentale grave in quella fascia di età.

Un quinto problema, evidenziato dal Documento della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome dell'aprile 2009, e forse di relativamente più facile soluzione rispetto ai precedenti perché meno direttamente legato allo scioglimento di nodi teorico-concettuali complessi, è rappresentato dall'eterogeneità delle pratiche affermatesi in questi anni nelle situazioni regionali, ma anche locali, in tema di condizioni, procedure, garanzie per l'ASO, per il TSO ospedaliero e per il TSO extraospedaliero.

Altri problemi ancora riguardano la definizione di compiti, procedure e garanzie di tutti gli operatori coinvolti (personale sanitario, delle pubbliche assistenze – PA –, e delle forze dell'ordine di vario tipo); l'attribuzione di funzioni di terzietà di verifica e di controllo; e, soprattutto a seguito del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 1 aprile 2008, i problemi specifici relativi all'uso di ASO e TSO nella popolazione carceraria.

Una soluzione a molti di questi ultimi problemi ci pare sia stata recentemente offerta dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome nell'aprile

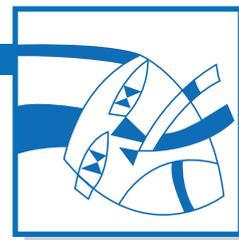
2009, con le *Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*¹² che intervengono a precisare, in modo uniforme tra le diverse realtà regionali, alcuni punti delicati sui quali c'è stata in questi anni minore chiarezza interpretativa o maggiore eterogeneità di soluzioni adottate. Tra i principali ricordiamo le modalità di realizzazione dell'accertamento sanitario obbligatorio, l'attuazione dell'ordinanza e il trasporto in caso di TSO, le modalità di accettazione in SPDC e di proroga del TSO, le modalità e i limiti del TSO extra-ospedaliero, la libertà di scelta del luogo e del servizio in caso di ASO o di TSO, i criteri di individuazione del luogo in cui attuare il TSO, la definizione delle circostanze in cui non si applicano le procedure standard per l'ASO o il TSO in condizioni di particolare urgenza, i rischi di uso improprio del TSO per malattia mentale, e, punto particolarmente importante, le procedure in caso di ASO o TSO in età evolutiva.

SALUTE MENTALE E SICUREZZA: LA PSICHIATRIA SOTTO PRESSIONI DI SEGNO OPPOSTO, FORSE CONVERGENTI

Da più parti si sottolinea come la questione del rapporto tra assistenza e sicurezza stia condizionando fortemente il funzionamento attuale dei servizi, e di quelli psichiatrici in particolare, l'immagine sociale del loro funzionamento e il dibattito sulla necessità di eventuali riforme. Arnaldo Ballerini si è recentemente espresso sulla natura della responsabilità dello psichiatra nella sua oscillazione storica, riportandola a una scelta antropologico-filosofica di fondo: "Se consideriamo l'uomo essenzialmente dal punto di vista della struttura sociale valorizzeremo fortemente la dimensione dell'integrazione e l'analisi delle prestazioni e dei comportamenti sarà sempre in primo piano; se invece collochiamo la sua essenza nell'essere anche una sorgente autonoma di bisogni e desideri, la natura della responsabilità psichiatrica cambia, rivolgendosi all'autonomia e all'autenticità dell'esistenza". "Una svolta è avvenuta nella psichiatria italiana", prosegue, "con la Legge 180, e nostro compito è conservare e trasmettere questo patrimonio"¹³.

È una prospettiva di cui non possiamo certo non apprezzare il segno incoraggiante, eppure lo stesso Ballerini è costretto, subito dopo, ad ammettere che questa svolta non implica che i compiti di controllo siano spariti; anzi: "certamente rischiamo che l'intervenuta vaghezza di questo compito, che rende difficilmente oggettivabili i suoi confini, aumenti i pericoli del fare psichiatria, ma ne aumenti anche la discrezionalità e quindi la consapevolezza". Segno, queste parole, all'interno di una lettura che ci piace per l'ammirevole sforzo di ottimismo di questo maestro, della consapevolezza di uno scarto che sempre più aspramente avvertiamo tra un mondo dei servizi italiani, che si vorrebbe ancorato a una svolta avvenuta irreversibilmente una volta per tutte, e una società civile che, all'interno di un movimento pendolare, nel frattempo ha raggiunto e si è prepotentemente assestata su una polarità di segno opposto.

È un dato, crediamo, questo, che non può essere ignorato, quello della domanda di sicurezza che da ogni lato si abbatte sui servizi e su una loro inadeguatezza/riluttanza a farvi fronte; sui servizi psichiatrici che rappresentano



l'avamposto dello stato sociale, visto che la questione della follia è per antonomasia la questione che definisce i livelli di tolleranza in un gruppo.

Franca Olivetti Manoukian ha colto l'importanza di questa questione, con la denuncia del forte ritardo della riflessione dei servizi in proposito e l'apertura di un interessantissimo dibattito sulla rivista *Animazione Sociale*¹⁴, e ha lanciato al mondo dei servizi la sfida a trovare le modalità per farsi carico di questa domanda tanto prepotente e diffusa, senza con ciò snaturare la propria realtà, rinnegare la propria storia e ribaltare il proprio mandato.

Per parte nostra, abbiamo raccolto questa sfida e le altre analoghe che abbiamo ricevuto numerose in questo periodo dal mondo delle istituzioni locali come da quello dell'università¹⁵, e vorremmo qui riprenderle, in termini diversi, analizzando, in particolare, la composizione della domanda di sicurezza che ci investe e il modo in cui il legislatore, o l'amministratore, potrebbero aiutarci a farcene carico o, invece, complicare ancora di più le cose con i loro interventi.

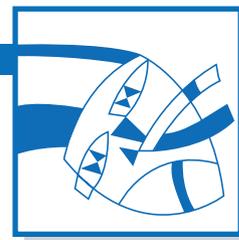
I servizi psichiatrici nascono, nei primi anni '80, per dare risposta assistenziale ai pazienti psicotici usciti dall'ospedale psichiatrico e ad altri pazienti gravi che necessitavano, dopo la suddetta chiusura, di una risposta alternativa. La situazione nelle varie Regioni era assai eterogenea, ma l'organizzazione consisteva essenzialmente in centri di salute mentale e servizi ospedalieri. In alcune Regioni, proseguivano l'attività anche case di cura neuropsichiatriche private in parte preesistenti. Tra la metà degli anni '80 e la metà degli anni '90 nascevano i centri diurni e le prime comunità terapeutiche; i primi per lo più a gestione diretta, le seconde per lo più operanti in convenzione. Nel frattempo, fasce di utenza meno grave, prima appannaggio di specialisti privati (neurologi, psicologi, psichiatri), cominciarono ad avvicinarsi ai servizi¹⁶, che solo in alcuni casi (Bologna, Verona, ecc.) iniziavano un lavoro sistematico con i medici di medicina generale e inauguravano circuiti e modalità di trattamento diversi dalla presa in carico tradizionale. Nella seconda parte degli anni '90 si verificavano importanti novità: l'accorpamento e l'aziendalizzazione delle USL; la diffusione del dipartimento di salute mentale (DSM) come modello organizzativo omogeneo; la chiusura degli ospedali psichiatrici, che costringe i servizi a farsi carico di un'utenza numerosa, prima invisibile, e determina un'ulteriore spinta verso la crescita, peraltro già in atto, della residenzialità; l'emanazione dei progetti obiettivo (P.P.OO.) che tende a rendere più omogenei i modelli assistenziali e a fissare parametri uniformi di risorse e di organici per tutto il territorio nazionale. Per tutti gli anni '90, e nel decennio successivo, il numero degli utenti in carico continuava ad aumentare, ed aumentava il ricorso alla residenzialità (che assorbe ancora oggi in molte Regioni circa la metà del budget sanitario). Il sistema manteneva comunque alcuni limiti che andavano via via evidenziandosi: insufficiente attenzione al coinvolgimento delle famiglie, ai trattamenti precoci¹⁷, all'utilizzo di tecniche riabilitative specifiche¹⁸, all'inserimento lavorativo, alla differenziazione dei percorsi di cura, al rapporto coi medici di medicina generale nei centri di salute mentale (CSM)¹⁹; insufficiente specializzazione negli interventi sulla crisi negli SPDC; insufficiente turn-over e tendenza a mettere in atto trattamenti interminabili nelle strutture residenziali; insufficienza di strutture e di organici in particolare in alcune Regioni. L'immagine sociale dei servizi, ma questo è forse uno scotto in parte inevita-

bile all'invisibilità ricercata in molte delle nostre pratiche²⁰, diventava intanto negli anni più degradata.

Nel frattempo, la società italiana cambiava radicalmente, e non sempre in modo tale da poter essere ricondotta a una rappresentazione coerente. Trovandoci, infatti, in questo periodo a partecipare a una tavola rotonda dedicata all'evoluzione delle misure alternative al carcere in diversi paesi, ci è capitato di lamentare la tendenza securitaria che si è andata in questi anni manifestando nel nostro Paese come in altri, citando noti esempi quali le restrizioni imposte alla possibilità per i recidivi di avvalersi della concessione di misure alternative prevista dalla Legge ex-Cirielli, o l'introduzione del reato di clandestinità, o ancora la stessa ispirazione restrittiva in tema di libertà personale che sembra sottendere alcune proposte di revisione degli articoli della Legge 833; provvedimenti e proposte che sembrano legati tra loro da una certa coerenza. Sembra si vada, insomma, verso un maggiore ricorso all'obbligatorietà e all'utilizzo di istituzioni chiuse, appartenenti al circuito giudiziario o a quello sanitario. Nel rispondere, però, a una domanda del pubblico sulla specifica gestione del problema dei rei malati di mente in Italia, abbiamo avuto difficoltà a spiegare come, in questo quadro, si inseriscano provvedimenti pressoché contemporanei, ma apparentemente di segno del tutto opposto, come le disposizioni del DPCM 1 aprile 2008 per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), che sembra spostare problemi e persone dal controllo hard del sistema penale a quello soft delle istituzioni psichiatriche, o la sentenza n. 9163 emanata nel 2005 dalla Corte di Cassazione, volta ad estendere ai gravi disturbi di personalità il concetto di infermità mentale rilevante ai sensi dell'applicazione del vizio di mente e destinata a fare giurisprudenza, che rappresenta un'ulteriore, e potenzialmente molto estesa, spinta verso la decarcerizzazione e la delega alla Sanità. La sentenza, del resto, partiva da un caso di incertezza diagnostica tra disturbo paranoide di personalità e disturbo paranoicale, ma si è poi estesa in generale ai disturbi di personalità, comprese quindi, con i problemi che sono evidenti, categorie ambigue e potenzialmente estensive come quelle comprese nel cluster B.

E ci pare, riflettendo su questo episodio, che la psichiatria italiana, isolata da anni da quello che appare come un ritorno della delega per cui la risposta ai problemi di salute mentale sembra problema solo suo, sia, in questa fase, sottoposta a due ulteriori spinte – sia sotto un duplice schiaffo, vorremmo quasi dire – che culturalmente e storicamente nascono da ispirazioni e raccolgono istanze contrapposte, ma che rischiano poi di porre entrambe la stessa necessità: quella del prevalere di una psichiatria del controllo.

Da “destra” – ci si perdoni la grossolanità di questa categorizzazione, che intende avere un carattere qui più culturale che politico – la psichiatria soft, quella dei trattamenti ordinariamente volontari e collocati nella comunità, nel territorio, viene avvertita come insufficiente a soddisfare la domanda di sicurezza, che in questi anni diventa un tema sempre più pressante della vita politica e sociale in Italia ma non solo, e a “controllare” quella parte della devianza, del pericolo e del disordine che trae la propria origine dalla malattia mentale – comprensiva dei disordini della personalità o delle demenze – e per questo si invoca una psichiatria fatta di più obbligatorietà nei trattamenti e posti letto più numerosi, più chiusi, più “lontani”. Senza apparentemente tener presente che più posti letto significherebbe inevitabilmente più costi



(ipotesi che, nel clima odierno, odora di eresia) o necessità di pagare la quantità con la qualità. Di questo, del resto, si è ampiamente dibattuto anche in merito a disegni di legge avanzati nelle precedenti legislature²¹.

Ma anche da “sinistra” – il riferimento è sempre grossolanamente riferito solo alle sensibilità culturali prevalenti e alle istanze – ci paiono in atto, nei fatti, spinte a un più forte mandato di controllo, alle quali si è fatto in questi anni meno caso e sulle quali c’è stata minore riflessione. L’OPG – per caratteristiche strutturali, logistiche, tecnico-scientifiche – non può certo più essere considerato una risposta neppure minimamente adeguata al contenimento-trattamento dei rei affetti da malattia mentale, e si è scelto di superarlo. Questo, di per sé, è giustamente affare in gran parte nostro; solo, sommessamente osserviamo, a un maggiore onere di questo genere dovrebbero, per logica, corrispondere maggiori risorse e strategie complesse per affrontarlo. Invece, da subito, il provvedimento sembra aver determinato una maggiore pressione della domanda di soluzione ai servizi, che si è tradotta – in parte per reali necessità e in parte per la cultura prevalente in Magistrati e Periti, ma anche all’interno dei servizi stessi – in posti letto residenziali.

E non intendiamo, qui, certo negare l’importanza di questi posti letto e il bisogno che ne avvertiamo, in particolare ogni volta che il rischio suicidario o di aggressività eterodiretta di un individuo ci spinge a volerlo accogliere, anche per controllarne la stabilità in uno spazio nostro e specializzato; solo, ci preoccupa il fatto che questi sembrino talvolta rappresentare, senza prospettive di evoluzione, l’unica possibile risposta.

Ma la domanda di controllo di cui ci sentiamo investiti in quanto istituzione vista (a torto o a ragione, sarebbe da vedere) come più “democratica”, e però al contempo più “forte” rispetto ad altre, è molto più vasta. Il punto di partenza è rappresentato da una constatazione, più o meno consapevole, della condizione drammatica in cui versano due istituzioni fondamentali della vita civile che si sono fatte, nel bene e nel male, carico, nel passato, anche di importanti aspetti di controllo sociale nell’area minorile: pensiamo alla famiglia e alla scuola. I servizi che dovrebbero farsi carico della salute mentale in età adolescenziale e anche infantile, poi, non hanno avuto, nella maggior parte delle realtà regionali, uno sviluppo adeguato. Sempre più spesso, così, gli SPDC si trovano di fronte a imbarazzanti e improprie richieste di ricovero di minori, e persino bambini, a fronte di comportamenti devianti che nessuno pare in grado di contenere e di trattare.

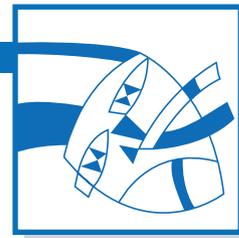
Le istituzioni del circuito penale sono in crisi drammatica: le carceri sono sovraffollate, i comportamenti suicidari al loro interno sono drammaticamente frequenti, il passaggio alle Regioni dell’assistenza sanitaria degli istituti non pare finora aver determinato, nella maggior parte dei casi, i miglioramenti che erano attesi (anzi talvolta ci sono stati addirittura dei peggioramenti), qualsiasi velleità di trattamento criminologico al loro interno è stata in questi ultimi anni abbandonata, non fosse che per l’evidente insufficienza di organici e risorse. Ripugna, e questo ci sembra sempre più che evidente a voler considerare perizie e sentenze che regolarmente ci vengono trasmesse, l’idea che giovani, soprattutto se non appartenenti a fasce sociali marginali, sotto i trent’anni anche in presenza di reati molto gravi contro la persona, possano impattare in un circuito penale in queste condizioni.

Quando i confini della malattia mentale tendono a farsi più sfumati, nel

campo dei disturbi della personalità, della depressione, dei disturbi gravi in età precoce, degli abusi di sostanze e degli agiti connessi, allora tutto questo può contribuire a far sì che il fatto stesso che un comportamento umano possa trovare un riferimento causale nel mondo interiore, cioè nella mente (e dove altro?), induca a leggerlo come il sintomo di una malattia mentale. E lo spostamento della lettura di queste situazioni dalla devianza al problema psicologico, alla malattia, diventa un passo molto breve che trova la propria formalizzazione possibile nella già ricordata tendenza giurisprudenziale a una più ampia interpretazione del concetto di infermità di mente, nella poca chiarezza che in genere caratterizza ancora – nonostante tanti tentativi di sistematizzazione – la nosografia psichiatrica, e che anzi sembra andare in una direzione sempre più inclusiva, quando non addirittura in improprie generalizzazioni e interpretazioni erroneamente panassolutorie di categorie proprie della psicologia, in particolare psicoanalitica, dalle quali anche psicoanalisti a noi particolarmente cari hanno, peraltro da anni, messo in guardia con competenza e buon senso²².

L'apparente carattere "scientifico", ma anche l'ampia permeabilità della nosografia psichiatrica e il contenimento apparentemente "soft" della psichiatria, realizzato nell'acuzie dal SPDC e sul periodo medio-lungo dalla residenzialità, dunque, rappresentano l'unico appiglio per chi cerca soluzioni caratterizzate da un minimo di umanità in quello che, per il resto, rischia di apparire come un deserto sempre più desolato. E questo è un fatto. Ma, bisogna tenerne pur conto, in questi casi la richiesta che viene rivolta alla psichiatria e alle sue istituzioni relativamente, e talvolta anche discutibilmente, chiuse, rischia di non essere una richiesta di "cura", ma altro: sono il contenimento e il controllo (anche chimico) dei comportamenti, l'"esilio" a una certa distanza (meglio se lunga) e per qualche tempo (il più possibile) dal contesto sociale e dalla famiglia, e, al più, un intervento esclusivamente pedagogico-educativo che con la cura psichiatrica non dovrebbe essere confuso. Sulla base, di nuovo, delle migliori e più solidali intenzioni ciò rischia comunque di somigliare a quanto – esilio, controllo, pedagogia – duecento anni fa Esquirol perseguiva nella costruzione del manicomio di Charenton, prototipo di tutti i successivi manicomi e del loro modello, rivelatosi poi fallimentare.

E a complicare ulteriormente le cose c'è il fatto che questa domanda, che dovrebbe essere analizzata e problematizzata caso per caso, tende invece, talvolta, a bypassare i DSM, il cui ritardo di azione e riflessione su questo versante ha spesso determinato la nascita di perversi corto circuiti tra: Magistrati, periti, che sono spesso non specializzati in psichiatria, e professionisti privi di rapporti con i DSM; OPG, che si sono trovati in questi anni costretti ad arrangiarsi a fronte della sordità dei servizi; singole realtà della residenzialità privata, che si sono mosse in anticipo e tendono talvolta ad operare, certo salvo lodevoli eccezioni, come soggetti autonomi, per poi presentare il conto a quello che finisce per essere considerato solo come un soggetto pagatore. E sfugge perciò a qualsiasi possibilità di essere governata e di evolvere verso progetti, quando è possibile, personalizzati.



LE ATTUALI PROPOSTE DI LEGGE COLGONO I REALI NODI DEL PROBLEMA?

Questi, dunque, ci pare, alcuni nodi attuali che riprendiamo in gran parte da riflessioni maturate all'interno del gruppo dirigente della SIP e all'interno dei servizi e che avvertiamo come più urgenti da sciogliere, per poterli rendere – i servizi stessi – più efficienti e, se già efficienti, metterli nella condizione di fare validamente la propria parte – senza scordarsi di portare sempre con sé la propria storia, il proprio mandato di cura, la propria prospettiva – in una politica plurale della sicurezza:

- garantire standard sufficienti di risorse, spazi e organici in tutte le Regioni e le realtà locali;
- verificare caso per caso che le cure più appropriate, che rappresentano un diritto dell'utenza, siano rese disponibili;
- costruire la possibilità di trattamenti intensivi nella comunità, che possano costituire l'alternativa, o favorire il turn over, rispetto alla soluzione residenziale che deve cessare di essere considerata una panacea per essere utilizzata definendo con chiarezza obiettivi, modalità, tempi, progetti e target di intervento;
- definire pratiche di messa in opera del TSO il più possibile omogenee ed efficienti tanto sotto il profilo della cura che delle garanzie necessarie a tutte le persone a vario titolo coinvolte;
- ripensare il rapporto tra DSM e circuito giudiziario superando reciproche diffidenze in modo che, una volta esaurita la fase in cui esistenza della malattia, imputabilità delle responsabilità e pericolosità della stessa sono state definite, la gestione successiva, gravida di implicazioni cliniche, e l'evoluzione successiva possano essere impostate attraverso un dialogo tra Magistrato e DSM, attenti contemporaneamente, ciascuno per la sua parte, a esigenze di sicurezza e di tutela della salute;
- ripensare quali condizioni, a vario titolo devianti, possano effettivamente beneficiare di un intervento da parte della psichiatria, e quali invece necessitino di risposte, certo altrettanto dignitose ed efficaci, ma diverse, che debbano essere rese disponibili con provvedimenti e iniziative in altri ambiti.

Abbiamo la sensazione che, rispetto ai nodi che abbiamo così identificato, le proposte di legge oggi depositate in Parlamento, come la gran parte dell'attuale dibattito sull'assistenza psichiatrica, parlino di altro. Il problema della psichiatria non ci pare oggi tanto rappresentato dalla possibilità di tenere obbligatoriamente chiuse per lungo tempo le persone – il che è già possibile, quando occorre, utilizzando la normativa in essere. Solo chi non conosce, ci rifacciamo ancora alle riflessioni di Ferro, la “clinica del rifiuto”, chi non conosce la sofferenza psichica per il fatto di misurarsi continuamente con essa e le sue contraddizioni nella clinica, seguendo giorno per giorno, anche per anni, la persona nelle sue trasformazioni, solo chi è da essa spazialmente, o anche interiormente, distante, può illudersi che per “legge”, attraverso disposizioni più “forti”, si possa aiutare qualcuno a curarsi o a guarire. È per questo, forse, che il dialogo tra lo psichiatra clinico e il politico o il giornalista, che vedono la clinica del rifiuto da lontano, ma spesso anche il perito o il Magistrato, che la intercettano in un momento della storia della persona e

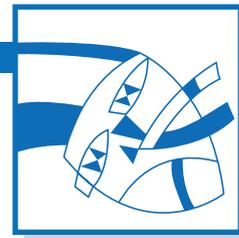
non la accompagnano nel tempo, come fa invece la clinica, è tanto difficile; ed è tanto difficile spesso vedere riconosciuto e rispettato il nostro lavoro. Senza contare il fatto che una soluzione sbrigativa, generale, che risolva il problema una volta per tutte, non c'è.

Il tema della sicurezza rappresenta, certo, una delle questioni che balzano maggiormente all'ordine del giorno, e la psichiatria è spesso chiamata in causa, talvolta più a proposito altre meno. Al servizio psichiatrico, talvolta, una società impaurita chiede sicurezza contro la violenza incomprensibile, imprevedibile, insensata, frutto di un black-out della ragione che è possibile aspettarsi – certo non solo e assolutamente non sempre, ma con maggior frequenza rispetto ad altri – nel malato di mente. Ma la paura, come evidenziano ancora Ciliberti e Alfano, è cattiva consigliera in tema di libertà, anche di libertà di cura. Riteniamo che la psichiatria debba essere in grado di non farsi schiacciare da questo tema, né rimanere sola con in mano cerini che senza aiuto non può spegnere, ma neppure di farsi scivolare addosso le questioni chiamandosene fuori; questo è un impegno che occorre assumere in modo responsabile, consapevoli certo dei limiti ma anche delle potenzialità degli strumenti, prognostici e di presa in carico, che possediamo.

Il clima culturale in cui ci muoviamo ci pare rappresentato però, in parte certo anche per nostra responsabilità, da un generale impoverimento, a fronte del quale ci sembra importante ribadire – come abbiamo cercato di fare nel redigere con tanti colleghi il Programma della SIP per l'attuale triennio – che l'identità dello psichiatra si caratterizza per il fatto di essere portatrice di un sapere specifico, capace di descrivere (semeiotica clinica) e di comprendere (psicopatologia), che rappresenta la sola base sulla quale è possibile l'incontro con l'altro, il paziente. E che le capacità terapeutiche si fondano sia sulle nostre motivazioni e idealità profonde, sia sulla conoscenza che la psicopatologia ci consente dei disturbi mentali (basilari anche nella scelta dei farmaci), sia sulla relazione di cura, che coinvolge l'impegno di risorse emotive dentro un'alleanza “psico-terapeutica” con il paziente, ogni paziente, sia volontario che in TSO, che carcerato, che in OPG.

Libertà, responsabilità e speranza, del resto – scrivevamo ancora in quell'occasione coi colleghi – rappresentano categorie dell'umano, con importanti ricadute professionali fortemente interconnesse nella cura, che rischiano oggi di essere schiacciate dal costante richiamo, di cui ci sentiamo oggetto da parte della politica, dell'informazione e talvolta anche della Magistratura, a surrogare funzioni di sicurezza (e al limite di sanzione) o ad assolvere il ruolo presunto onnipotente di garantire il controllo degli atti e di prevenire i comportamenti di chiunque.

Crediamo invece che, se non perdiamo la bussola, una psichiatria migliore nella sua capacità di incontrare l'altro che necessita di aiuto nelle modalità che abbiamo richiamato, e anche di erogare trattamenti caratterizzati da un più alto grado di appropriatezza, insieme ad un contesto sociale più aperto verso la possibilità di integrazione delle persone – e possono essere tutti – cui capita di fare nella propria vita esperienza della malattia mentale, e più attento a non colpirle con atteggiamenti di stigma il più delle volte ingiustificati, potranno fare fronte insieme, con responsabilità e buoni risultati, anche a quelle situazioni, rare ma certo drammatiche, nelle quali la malattia mentale può porre anche problemi alla sicurezza, del soggetto stesso o di altri.



Bibliografia

1. Peloso PF. Hospital care of madness in the Turk sixteenth century according to the witness of GA Menavino from Genoa. *Hist Psychiatry* 1998; 9: 35-8.
2. Peloso PF. La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945). Verona: Ombre Corte, 2008.
3. Ciliberti R, Alfano L. Il diritto di rifiutare i trattamenti sanitari tra esigenze di controllo e istanze di libertà. Abstract del XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria Forense, Alghero, 28-30 maggio 2010; pp. 64-6.
4. Soricelli E (ed). Il consenso informato nelle situazioni d'urgenza psichiatrica. Genova: ERGA Edizioni, 2000.
5. Ferro AM. Le cure senza consenso nei DCA: la "clinica del rifiuto". *Psichiatri Oggi* 2010; 12: 5-7.
6. Cendon P. Un altro diritto per i soggetti deboli, l'amministrazione di sostegno e la vita di tutti i giorni. In: Ferrando G (ed). *L'amministrazione di sostegno. Una nuova forma di protezione per i soggetti deboli*. Milano: Giuffrè Editore, 2005; pp. 21-68.
7. Maura E, Peloso PF. Come una canna al vento: Camillo Tomei e le illusioni della psichiatria. Abstract book del XLIV Congresso Naz.le SIP, Montesilvano (PE), 15-20 ottobre 2006; pp. 435-6. Ampliato in: *Atti*, in stampa.
8. Rossi Monti M. La conoscenza totale. Paranoia, scienza e pseudoscienza. Roma: Il Saggiatore, 1988.
9. Fontana A. Le intermittenze della ragione. In: Foucault M. *Io Pierre Rivière, avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello... Un caso di parricidio nel XIX secolo*. Torino: Einaudi; 1976. pp. 293-310.
10. Selvini Palazzoli M. *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli, 1982.
11. Lameyre X. Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite. *Ann Méd Psychol (Paris)* 2004; 162: 657-61.
12. Conferenza delle Regioni e Province Autonome. Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (Art. 33-34-35 L. 23 dicembre 1978, n. 833). *Psichiatri Oggi* 2009; 11: 6-8, 22.
13. Ballerini A. Il paradosso italiano: espansione della psichiatria di comunità e marginalizzazione della conoscenza psicopatologica. *Psichiatria di Comunità* 2009; 8: 183-90.
14. Olivetti Manoukian F. La domanda di sicurezza può non investire i servizi? Tracce per una discussione pubblica. *Animazione Sociale* 2008; 38: 1-8.
15. Ferrannini L, Peloso PF. Si può proteggere la società dalla sua follia? *Animazione Sociale* 2009; 39: 88-91. Vedi anche: Ferrannini L, Peloso PF. Le politiche di salute mentale tra diritti, rischi di emarginazione, bisogni di sicurezza. In: Regione Liguria. *Quaderni di studi. Seminari sulle politiche di sicurezza urbana*, voll. 1-2. Genova: Brigati, 2007; pp. 55-63. Peloso PF, Ferrannini L. L'organizzazione del sistema della salute mentale in Italia tra promozione della salute e domanda di controllo. In: Ceretti A, Casella A, Cornelli R (eds). *Salute mentale e controllo sociale. Tra ricerca scientifica e decisioni politiche*. Milano: Giuffrè, 2009; pp. 93-102. Peloso PF. Politiche di salute mentale e politiche della sicurezza: note in tema di trattamento sanitario obbligatorio e presa in carico. In: Regione Liguria: *quaderni di studi. Seminari sulle politiche di sicurezza urbana*, voll. 3-4. Genova: Brigati, 2009; pp. 63-80. Ferrannini L, Peloso PF. La psichiatria di comunità e i nuovi profili di pericolosità. *Rivista Sperimentale di Freniatura* 2011; 135: 87-101.
16. Ferro AM, Ambrosi P, Cocchi A, Torre E. Vecchia e nuova utenza dei servizi psichiatrici. In: Asioli F, Ballerini A, Berti Ceroni G. *Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993; pp. 297-307.
17. Edwards J, Mc Gorry P. *Intervento precoce nelle psicosi*. Torino: CSE, 2002.
18. Barbieri L, Boggian I, Lamonaca D. *Problem solving nella riabilitazione psichiatrica. Guida pratica*. Trento: Erikson, 2008.
19. Asioli F, Berardi D. *Disturbi psichici e cure primarie*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2007.
20. Leff J. Nuove sfide per la psichiatria di comunità. *Psichiatria di comunità* 2007; 1: 1-4.
21. Munizza C (ed). *Salute mentale e diritti. Problemi e percorsi di tutela*. Torino: Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, 2003.
22. Rossi R. Uomo colpevole e uomo tragico: il molteplice e l'individuale. Un punto di vista psicoanalitico. *Il Giudice* 1987; 1: 12-8; In: Speciale-Bagliacca R. *Colpa. Considerazioni su rimorso, vendetta e responsabilità*. Roma: Astrolabio, 1997.