

Girolamo Digilio
(A cura di)

Vade-retro del pregiudizio
Piccolo Dizionario di salute mentale

Prefazione

Sono moltissime le persone che nella loro vita incontrano problemi legati alla salute mentale, eppure questo tema difficilmente diviene dibattito pubblico, se non quando ci si trova di fronte a qualche drammatico caso di cronaca. Con il risultato, talvolta, di rendere ancora più forte lo “stigma” che ancora oggi purtroppo circonda la malattia mentale.

Superare stigma e pregiudizi vuol dire lavorare per costruire una comunità cittadina responsabile e accogliente e, allo stesso tempo, significa costruire il migliore antidoto ad ogni tentazione di ritorno indietro, in una città che, prima capitale europea, ha chiuso il manicomio e che vuole oggi proporsi come sede di servizi avanzati di prevenzione, di cura e di integrazione sociale.

Questo importante volume ideato dall’Associazione di familiari A.RE.SAM aiuta a conoscere, a partire da alcune “parole chiave”, il mondo della salute mentale: i traguardi raggiunti e anche i problemi aperti che abbiamo di fronte. Un lavoro serio ed accurato che mi auguro possa diventare un punto di riferimento per tanti.

Un ringraziamento va a tutti coloro che hanno portato il loro qualificato contributo al testo e a Girolamo Digilio che lo ha fortemente voluto e ne ha curato la realizzazione.

Raffaella Milano

Assessore alle Politiche Sociali
e Promozione della Salute del Comune di Roma

Molte discussioni potrebbero essere evitate se ci si mettesse d'accordo sul significato delle parole.
Blaise Pascal

Introduzione

G. Digilio

Il “*Vade-retro del pregiudizio*” è parte integrante ed essenziale del Progetto “Insieme contro lo stigma”, promosso dall’A.RE.SA.M:-Onlus e dal Comune di Roma, Assessorato alle Politiche sociali e Promozione della salute, e realizzato dall’ARESAM con la collaborazione dei cinque Dipartimenti di Salute Mentale della Capitale. In esso è raccolta quella parte di informazione generale che è stata distribuita nel corso del progetto e che dovrebbe costituire la base di conoscenze di cui ogni Cittadino deve poter disporre per avere una visione sufficientemente congrua ed aggiornata della malattia mentale e dei problemi ad essa connessi. Abbiamo scelto la forma del dizionario per rendere più facile la ricerca delle singole parole-chiave, ma, come i lettori potranno facilmente constatare, il contenuto del dizionario va ben oltre la esposizione di una serie di asettiche nozioni per assumere i connotati di un’opera con una sua specifica valenza culturale che, sia pure attraverso la molteplicità degli Autori e dei loro stili, attinge la sua coerenza ad un unico fondamento che è quello del superamento della cultura del pregiudizio, del rifiuto di qualsiasi forma di discriminazione e di emarginazione dell’altro “diverso” e della difesa della dignità e dell’unità della persona umana.

Ringrazio il Comune di Roma, e in particolare l’On. Raffaella Milano, Assessore alle Politiche sociali e Promozione della salute, il suo Staff e la Consulta cittadina per la salute mentale, che con la loro sensibile attenzione ai problemi del disagio mentale, hanno reso possibile la realizzazione del progetto.

Un vivo ringraziamento a tutti gli Autori che hanno collaborato con entusiasmo e che hanno realizzato, pur nella sintesi richiesta dai fini divulgativi dell’opera, una ricca e articolata rappresentazione della cultura dell’accettazione della diversità e dell’inclusione sociale delle persone con sofferenza mentale.

Desidero infine ringraziare con particolare affetto Luigi Attenasio, Quinto Carabini, Marina Cornacchia, Anna Maria De Angelis, Angelo Di Gennaro, Tommaso Losavio e Vanni Pecchioli per il costante sostegno dato all’ ARESAM nelle varie fasi di realizzazione del progetto.

ABILITAZIONE

Ernesto Venturini

Il termine di “abilitazione” è stato introdotto in contrapposizione a una certa ideologia riabilitativa, che contraddistingue l’agire di alcuni servizi psichiatrici.

La “ri-abilitazione”, così come viene realizzata in questi contesti, configura infatti:

- Una tensione rivolta a un passato, che non esiste più, ma che pesa negativamente sul presente;
- Il riferimento a una astrazione – la guarigione – che contiene, più o meno evidenti, istanze di normalizzazione e di controllo sociale;
- L’esigenza di un riscatto, quasi che la malattia costituisca una colpa da cancellare;
- la creazione di artificiosi “*setting*” terapeutici.

L’idea di “abilitazione” prospetta invece:

- l’assenza di una inutile focalizzazione centrata sul passato;
- una tensione positiva rivolta al futuro;
- la valorizzazione della malattia per il suo intrinseco significato esperienziale;
- l’apprezzamento della quotidianità quale efficace di motivazione;
- l’avvio di un nuovo processo, che non riguarda esclusivamente la persona portatrice di disagio, ma che coinvolge anche altri soggetti (familiari, gruppi sociali, diversi ambiti della comunità).

Questa ri-definizione si iscrive in un più complesso processo epistemologico che caratterizza un nuovo sapere centrato sulla parte sana e non su quella malata del paziente, un sapere che sviluppa potenzialità individuali e collettive e che allarga le possibilità di identità positiva. (*Ernesto Venturini*)

ABITARE

Angela Pannarale

Elemento fondante la stabilità di un individuo è poter abitare in una casa.

Per quanto sia evidente che spesso la presenza di una sofferenza mentale impedisca di investire energie per la cura di una casa, così come impedisce di mantenere un lavoro o di curare un patrimonio, è difficile immaginare come sia possibile affrontare un percorso di cura di uno stato patologico senza avere un luogo dove vivere.

Abitare in una casa presuppone l’averla (questione di natura sociale).

Abitare-una casa inerisce al tema del come viene vissuto lo spazio-tempo della nostra dimora (questione di natura psichica).

La radice della parola “abitare” richiama *habitus*, abitudini, abito, ovvero tutto ciò che ha a che fare con il nostro comportamento, appunto, abituale, con i panni che circondano il nostro corpo e, quindi, con qualcosa di molto prossimo a noi, che ci è familiare, come lo è l’atteggiamento nei confronti delle cose quotidiane e di noi stessi.

Sorge, di conseguenza, la domanda: “come stiamo nei panni che portiamo?”. E, quindi, come stiamo con noi stessi, con chi ci è prossimo, con il luogo nel quale viviamo e che riverbera le nostre abitudini e il nostro stato d’animo.

E’ importante sottolineare che, quando una persona sofferente viene accolta, spesso per tempi non brevi, in un ambiente deputato alla cura, essa non debba essere espropriata di tutto ciò che appartiene ai ritmi e alle cose della vita quotidiana poiché curarsi, in questi casi di sofferenza psichica, significa proprio riappropriarsi di se stessi e della propria vita.

Affrontare la sofferenza può significare, spesso, interferire con ciò che la circonda, quindi, con l'ambiente nel quale si vive, andando alla ricerca di un linguaggio che, attraverso il piano concreto delle "cose", permetta di spostarsi gradatamente sul versante delle emozioni e degli affetti che tante volte sono difficili da comunicare con un linguaggio verbale.

Il luogo abitato diventa così il terreno nel quale introdurre elementi più propriamente significativi per la cura della sofferenza, anzi uno strumento utile per approssimarsi alle difficoltà della persona che soffre.

Per raggiungere questa meta è necessario un percorso, un lavoro per passi graduali e successivi che non può prescindere dal rimanere in contatto con un ambiente abitativo il più normale possibile, tale da favorire, da facilitare (a volte da dolorosamente provocare) la presa di contatto con se stessi.

Ne consegue che anche gli ambienti sanitari, deputati a questo tipo di progetti, debbano adattare le proprie caratteristiche e, quindi, i propri parametri alla complessità di questo compito. Sebbene sia facilmente intuibile dal senso comune che un ambiente sanitario per il trattamento di patologie organiche debba avere caratteristiche diverse da quelle di un ambiente nel quale viene curata la sofferenza psichica, esistono ancora sul piano normativo vincoli troppo rigidi relativi ai parametri ambientali, vincoli che impediscono la creazione di un ambiente familiare nei luoghi che curano la sofferenza psichica in regime residenziale e che, invece, risultano ancora tarati sulle esigenze dei trattamenti delle patologie internistiche o chirurgiche. In questo scollamento tra standard normati e standard utili, la necessità psicologica di porre l'accento sulla qualità e il senso dell'abitare un luogo per potersi permettere di abitare più serenamente se stessi, l'importanza di poter realizzare una scena ambientale dotata di senso per ogni individuo, la connotazione e la caratterizzazione dei progetti in funzione delle persone e non viceversa corrono costantemente il rischio di diventare mete periferiche, subordinate a regole istituzionali la cui funzione è sempre meno adatta alle persone e sempre più rivolta alla conservazione dell'istituzione in se e per sé.

Accanto a questo rischio esiste un altro problema invece di natura sociale che spesso impedisce ad una persona che può e sa abitare una casa di abitare in una casa poiché non ce l'ha. Queste situazioni derivano non solo dalla scarsità di alloggi disponibili e dalla povertà dei redditi di molti utenti dei servizi di salute mentale ma spesso dalla diffidenza nei confronti di potenziali inquilini che abbiano alle spalle una storia psichiatrica.

Affrontare questi nodi dell'abitare, nei quali la sofferenza mentale rende le persone più deboli fra i deboli, anche quando un'esperienza terapeutica è stata compiuta e quando un equilibrio è stato faticosamente raggiunto, significa aprire un dibattito che rivisiti la cultura delle nostre collettività. Ma in questo lungo e necessario cammino ogni soggetto attivo e pensante può contribuire a rendere l'abitare un diritto piuttosto che un'utopia. (*Angela Pannarale*)

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Girolamo Digilio

La legge n° 14 del 19 gennaio 2004, che istituisce la figura dell' "Amministratore di sostegno" rappresenta un importante progresso nella salvaguardia dei diritti delle persone con malattia mentale in quanto dà finalmente una risposta efficace all'esigenza di "tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana mediante intervento di sostegno temporaneo o permanente" (Art. 1). La legge in oggetto consente infatti di limitare gli interventi di tutela solo ad atti specificamente menzionati (e finalizzati soprattutto alla gestione del patrimonio o alla soluzione di problemi pratici della vita di ogni giorno) senza peraltro toccare la sfera dei diritti fondamentali del cittadino; viene così profondamente riformata e, di fatto, superata, la disciplina dell'interdizione e dell'inabilitazione che comportavano pesanti limitazioni dei diritti (l'interdetto non può sposarsi, non può fare testamento, non può riconoscere un proprio figlio naturale, non può ottenere un impiego pubblico, ecc.), sicuramente eccessive per la stragrande maggioranza delle

persone interessate, e rappresentavano odiose misure di etichettatura e di discriminazione come la annotazione della sentenza nel registro di stato civile.

Può essere assistita da un amministratore di sostegno qualsiasi “persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi”. La procedura può essere attivata dalla persona interessata che può nominare un proprio consulente, esigere un rapporto periodico, chiedere la modifica o la revoca del provvedimento.

L'amministrazione di sostegno è un istituto di grande rilevanza morale e civile del quale va garantita la corretta applicazione in tutte le circostanze in cui ciò si renda necessario. (*Girolamo Digilio*)

ASSOCIAZIONISMO DEI FAMILIARI

Ernesto Muggia, Presidente UNASAM

In seguito a condizioni locali particolarmente favorevoli o anche a volta sfavorevoli, gruppi di familiari hanno cominciato a discutere insieme, a ritrovarsi. Lo scopo in tanti anni che sono ormai passati è sempre quello: 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 a domicilio, ecc..

Ma, tornando alle associazioni, quali sono le funzioni principali a cui esse 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 e amici.

Lo scoprire di non essere soli, il constatare anche presso altri lo stesso tipo di condizione, di situazione, di dolore è di per sè un fatto terapeutico. Più oltre si potrà parlare di un vero e proprio auto-aiuto, sia pratico che psicologico, ma già il ritrovarsi periodicamente è cosa di grande valore.

Segue un lavoro comune di difesa contro le emergenze, di rappresentanza presso le istituzioni e di collegamento in rete con altre associazioni consimili. Una presenza vigile a fianco dei servizi, possibilmente non solo rivendicativa e antagonista, ma come tramite di cultura e risorsa con cui collaborare attivamente. Ecco quindi sorgere diverse iniziative nei confronti dell'opinione pubblica, dibattiti, proiezioni di films, convegni, campagne pubblicitarie. Oppure iniziative pratiche in collaborazione con i servizi locali per organizzare attività di tipo lavorativo o ricreativo in strutture messe a disposizione da enti locali o dai parenti stessi, sotto forma di centro diurno. Altrove sono stati organizzati momenti di vacanza protetti, oppure viaggi e visite turistiche. Insomma si sta diffondendo l'opinione che i familiari organizzati siano una risorsa, che deve essere sempre più valorizzata e 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 con il giusto rispetto dovuto a chi, pur nella sofferenza quotidiana, si vuole impegnare in un progetto di terapia, riabilitazione e reinserimento sociale dei malati più gravi da una parte, e dall'altra di salvezza per i giovani che si ammalano per la prima volta e per cui va impedita la cronicizzazione. E qui bisogna ricordare il ruolo salvifico del lavoro, che appare per adesso come il fattore di guarigione più importante a disposizione di chi si occupa di questi malati. Esso è in grado di ridare dignità alla persona, anzi di farla ritornare una persona a pieno titolo, con diritti e doveri, iscritta 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 promuovendo cooperative di tipo B, dove una parte rilevante dei soci è portatrice di bisogno. “Meno ospedale e più lavoro” potrebbe essere uno slogan significativo da adottare per riassumere un concetto fondamentale che sta già dando i suoi frutti in moltissime situazioni italiane e straniere da lungo tempo consolidate.

Nel frattempo si possono ricordare alcune tappe importanti nel percorso dell'UNASAM in questi ultimi anni, di grande crescita e visibilità: dalla partecipazione a importanti organismi nazionali e

internazionali (Osservatorio per la salute mentale presso il Ministero della salute, Consulta nazionale, EUFAMI, WAPR) alla presenza attiva nel Comitato Nazionale di Bioetica, alla collaborazione con la Società Italiana di Psichiatria, al ruolo trainante nella prima Conferenza Nazionale per la salute mentale. (*Ernesto Muggia*)

AUTO MUTUO AIUTO

Narciso Mostarda

La prima esperienza di questo tipo può essere attribuita a due alcolisti americani nel 1935. Essi scoprirono che la loro capacità di astenersi dall'alcool traeva un grande beneficio dal reciproco aiuto che erano in grado di esprimersi vicendevolmente.

Il passaggio successivo, fortemente innovativo, fu quello di immaginare che tale modello di aiuto reciproco poteva essere messo a disposizione anche di altre persone con problematiche simili.

Il gruppo di auto mutuo aiuto promuove un sostegno emotivo a tutti i componenti già nel momento in cui viene rotto l'isolamento e viene ridimensionata l'impossibilità a poter condividere con gli altri il proprio dramma personale e familiare.

Tale esperienza favorisce, senza dubbio alcuno, un miglioramento delle capacità degli individui di far fronte a situazioni patologiche impensabili, imprevedibili, poco conosciute.

L'attività dei gruppi di auto mutuo aiuto, inoltre, si pone come strumento aggiuntivo ai sistemi di cura tradizionali, integrandosi con le risorse delle istituzioni per concorrere a costruire un sistema di risposte più articolato, più condiviso e, quindi, più efficace.

In molti casi sono gli stessi operatori dei servizi di salute mentale ad avviare e a stimolare la nascita di queste esperienze con i familiari e con gli utenti.

Uno degli scopi principali dell'esperienza di auto mutuo aiuto è quello di prestare aiuto e sostegno ai componenti del gruppo, trattando insieme i propri problemi, migliorando le capacità dei singoli di affrontare questioni così complesse.

E' una relazione di aiuto tra pari che investono le proprie energie ed esperienze all'interno del gruppo.

L'aspetto interessante è che, mentre si opera per l'altro, si apprendono cose significative su di sé, potendo guardare alle proprie questioni attraverso le problematiche degli altri, prendendone una positiva distanza.

Avere la possibilità di aiutare l'altro consente anche di sperimentare il senso di utilità sociale che rinforza il proprio vissuto di soggetto in difficoltà che è, però, in grado di attivare delle risorse. (*Narciso Mostarda*)

BASAGLIA FRANCO

Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio

Il pensiero e l'esperienza di Franco Basaglia sono alla base di una svolta radicale nella concezione e nella pratica della cura della malattia mentale che ha portato, dopo la promulgazione della legge da Lui ispirata, alla chiusura dei manicomi in Italia e all'affermazione di un approccio nuovo, fondato sul rispetto dei diritti di cittadino e della dignità della persona con sofferenza mentale .

Franco Basaglia (1924-1980, conseguita la libera docenza in psichiatria si trasferisce nel 1961 con tutta la famiglia a Gorizia dove dirige l'ospedale psichiatrico. L'impatto con la durezza della realtà manicomiale è drammatico. Basaglia decide di impegnarsi in un radicale lavoro di trasformazione istituzionale. In questo periodo si ispira al modello della "comunità terapeutica" mutuato dall'esperienza di Maxwell Jones in Scozia, ma inizia ad applicare nuove regole di organizzazione e di comunicazione all'interno dell'ospedale, rifiuta categoricamente le contenzioni fisiche e le

terapie di shock. Organizza le assemblee di reparto e le assemblee plenarie, la vita comunitaria dell'ospedale si arricchisce di feste, gite, laboratori artistici. Si aprono spazi di aggregazione sociale. Si aprono le porte dei padiglioni e i cancelli dell'ospedale.

Dopo un breve periodo a Parma, dove dirige l'ospedale psichiatrico di Colorno, nel 1971 accetta la direzione dell'ospedale psichiatrico di Trieste perché gli viene garantita la possibilità di fare tutte le scelte che ritiene più opportune.

Al suo arrivo sono ricoverate 1182 persone, 840 delle quali in regime coatto. L'ospedale è sotto l'amministrazione della Provincia che dà pieno appoggio al progetto di superamento del manicomio. Appena arrivato, Basaglia chiede di poter costituire la sua equipe e presenta un programma di ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica provinciale con un drastico ridimensionamento dell'ospedale attraverso l'apertura e la riorganizzazione dei reparti. Si tratta di spezzare l'isolamento del manicomio rispetto alla città per lavorare con un'immediata proiezione sul territorio circostante.

Basaglia, forte dell'esperienza di Gorizia e di Parma, si è reso conto che l'esperienza della comunità terapeutica non basta: bisogna dar corso ad un progetto politico che non si arresti alla bonifica umanitaria del manicomio, né alla semplice trasformazione delle sue dinamiche di funzionamento interno, ma metta in discussione la sua stessa persistenza.

A Trieste il manicomio deve essere chiuso. È necessario anche costruire una rete di servizi esterni che arrestino il flusso dei nuovi ricoveri e provvedano alle necessità di assistenza per le persone dimesse dal manicomio.

Nel 1973, contro lo sfruttamento "ergoterapico" degli internati, ottiene l'agognato riconoscimento giuridico della Cooperativa lavoratori uniti, prima esperienza di organizzazione lavorativa che coinvolge i degenti dell'ospedale psichiatrico e, successivamente, gli utenti dei servizi di salute mentale. Nello stesso anno, Basaglia fonda con altri collaboratori Psichiatria Democratica, movimento nel quale si confrontano molte esperienze di psichiatria alternativa che stanno sorgendo in Italia.

Il 13 maggio 1978 viene approvata in Parlamento la legge-quadro 180, che si ispira alle esperienze di superamento e di negazione dell'ospedale psichiatrico sviluppatasi in Italia. Approvata quasi all'unanimità, la legge avrà tuttavia un iter difficile nella fase di realizzazione. Sempre nel 1978, lasciata la direzione di Trieste a Franco Rotelli, Basaglia si trasferisce a Roma, dove assume l'incarico di coordinatore dei servizi psichiatrici del Lazio. Già iniziano i primi attacchi alla legge 180. Basaglia mette subito in campo tre programmi di de-istituzionalizzazione di alto profilo, per i quali chiede carta bianca all'amministrazione regionale. Ma nell'estate del 1980 Basaglia muore a Venezia. Nel 1981-82, a cura di Franca Onagro Basaglia, escono i suoi Scritti.

Non c'è dubbio che l'opera di Basaglia e dei suoi collaboratori si ponga come discriminare tra una psichiatria fondata sui concetti di internamento, di nascondimento e di violenza da un lato; e, dall'altro, un'idea di salute mentale fondata sul riconoscimento della complessità, della responsabilità e della necessità di una presa in carico globale nei confronti del cosiddetto malato mentale e della sua famiglia. Del resto sembra essere proprio questa l'eredità che ci ha lasciato Basaglia: superare e negare sì il manicomio ma, nello stesso tempo, proseguire - da parte dei tecnici - nel lavoro di costruzione di una rete efficace di servizi territoriali di salute mentale; di pretendere - in quanto cittadini - la realizzazione di una rete di servizi sociali in grado di soddisfare le esigenze primarie; di "inventare", "scoprire", "scovare" - cittadini, tecnici e utenti insieme - inedite modalità di cura. Dopo tutto, il manicomio non è sempre esistito: è un prodotto, come ormai sappiamo bene, della frammentazione scientifica avviata dalle sciabolate di Cartesio che ha pensato bene di divaricare ciò che è stato sempre unito come, ad esempio, mente e corpo, ragione e s-ragione, figura e discorso. **(Mario Colucci, Pierangelo Di Vittorio)**

BUONE PRATICHE

Giuseppina Gabriele

Per definire le buone pratiche è di straordinario interesse ascoltare il punto di vista dei pazienti in quanto sono portatori di saperi fondamentali che troppo spesso vengono ignorati a discapito della qualità del servizio e del livello di soddisfazione dell'utente. Ci viene in aiuto una ricerca realizzata dagli operatori Norvegesi che hanno rilevato, tramite questionari, cosa chiedono primariamente gli utenti dei servizi di salute mentale.

Le prime dieci priorità per i pazienti riguardano soprattutto il rapporto con gli operatori. Emerge che i pazienti danno molto peso alla considerazione che gli operatori hanno di loro, che vogliono essere presi seriamente, rispettati, ascoltati, vogliono poter avere fiducia, essere informati, essere aiutati nel momento di crisi, supportati ed incoraggiati per aumentare la propria autostima. Le successive (che stanno in una collocazione tra l'undicesimo ed il trentesimo posto) riguardano, in parte, l'ambiente e le prassi vigenti presso i luoghi di cura: i pazienti rivendicano puntualità e reperibilità degli operatori, accessibilità delle strutture e facilità di ottenere appuntamenti, possibilità di scelta di trattamento e coinvolgimento sul percorso di cura. Contemporaneamente, altrettanto importante risulta essere l'informazione sulla malattia mentale che va data ai parenti e alla collettività.

A seguire (tra il trentesimo ed il quarantaquattresimo) le scelte riguardano ancora gli operatori, che devono supportare il paziente nello stabilire rapporti con l'esterno, devono mantenere contatti costruttivi con i familiari e priorità che sottolineano l'importanza che i pazienti danno all'integrazione tra servizi: quelli sanitari e devono essere integrati con quelli sociali, domiciliari e quelli che si occupano di lavoro. Anche il fatto che i servizi non devono essere ubicati all'interno dell'ospedale viene visto dai pazienti come una priorità.

Per chiudere (tra il quarantaquattresimo ed il cinquantasettesimo) le esigenze attengono a vari campi: la tutela della privacy, la gratuità delle cure, la possibilità di recarsi a casa con maggiore frequenza, le sale di aspetto non devono essere affollate, arredamento delle strutture deve essere migliore e moderno, la facilitazione all'accesso alle informazioni sui servizi e sulle facilitazioni sin dalla prima visita.

Credo che non siano necessari molti commenti a queste richieste che appaiono di assoluto buon senso e si inscrivono perfettamente in ciò che gli operatori impegnati nella riforma psichiatrica nata dalla legge 180 hanno sempre sostenuto.

Il progetto di "presa in carico della situazione complessiva e del contesto", come viene inteso a partire da Basaglia e cioè come unica alternativa al manicomio e all'istituzionalizzazione, garantisce un intervento socio sanitario integrato, un lavoro di "rete" che coinvolge i vari soggetti chiamati ad intervenire in campo di salute mentale (la medicina generale, i servizi socio assistenziali, gli operatori della psichiatria...) e parallelamente anche i vari soggetti facenti parte della rete di relazioni e del contesto sociale della persona (famiglia, insegnanti, parenti, amici...)

La legislazione vigente, nata da istanze culturali che mettono in primo piano l'individualità del malato di mente che, pur portatore di sofferenza psichica, rimane una persona con pieni diritti di cittadinanza, ha spostato l'asse dell'intervento psichiatrico dal "manicomio" al "territorio", dalla "cura" al "prendersi cura" di pazienti con disagio mentale, non più visti solo come portatori di un quadro clinico, ma di un insieme di problemi e fenomeni che riguardano la loro vita di relazione, i loro bisogni, la loro famiglia e la vita sociale che li circonda.

Questo spostamento dell'asse di intervento ha determinato un nuovo assetto organizzativo dei servizi che vede nel Dipartimento di Salute Mentale il luogo elettivo dell'assistenza psichiatrica in grado di offrire un ampio ventaglio di risposte alla complessità dei bisogni, in collaborazione con gli altri organismi socio-sanitari del territorio, con le famiglie, il privato-sociale, il volontariato.

E' necessario che il DSM non abbia un approccio riduzionistico che lo porterebbe a dare una risposta esclusivamente tecnica, sia essa esclusivamente psicofarmacologica, o terapeutica, o

riabilitativa che determinerebbe inevitabilmente alla selezione, all'assistenzialismo, alla medicalizzazione, all'abbandono, al controllo.

Una buona pratica è anche il processo per definire e prevenire o ridurre le cause della disabilità e, nello stesso tempo, per aiutare l'individuo a sviluppare le proprie doti e capacità acquisendo fiducia e stima di sé attraverso i successi conseguiti nei ruoli sociali. Proprio l'empowerment, l'aumento della contrattilità, il ridare "voce" al paziente sono obiettivi indispensabili ad un corretto approccio terapeutico. La qualità dei processi consiste nella loro capacità di innescare una redistribuzione del potere che elimina la tendenza all'oggettivazione ed alla passivizzazione del paziente e lo trasforma in produttore di "competenze" ossia di risorse.

Le iniziative da promuovere in favore dei cittadini con problematiche psichiatriche devono inserirsi nella complessa articolazione di interventi sociali e sanitari, per dare piena attuazione al superamento dell'assistenza di stampo neo-manicomiale. L'ottica deve essere di garantire una risposta di presa in carico globale.

Per favorire ciò bisogna quindi:

- **costruire una rete di servizi** fortemente articolata per rispondere alla complessità dei bisogni delle persone con disagio mentale,
- **sostenere la sperimentazione di nuovi modelli di intervento** che abbiano al centro la formazione, il lavoro, la residenzialità e la rete sociale,
- dare fondamento concreto al "**diritto di cittadinanza**" delle persone con problemi psichiatrici,
- favorire le **forme di partecipazione** tramite l'**autorganizzazione** degli utenti e delle famiglie (consulte, associazioni, ...)

Necessario è dunque concentrare gli sforzi per la difesa di questo modello, contro il rischio di un ritorno ad una separazione tra due approcci, quello "tecnico/specialistico" e quello "sociale" con la conseguenza di non tener in considerazione i "diritti dei pazienti" e la loro partecipazione ai programmi.

La risposta deve ridurre i fattori di disagio, allargare la rete dei rapporti sociali, dare forti motivazioni alla persona per accettare e condividere il percorso ed infine ridurre situazioni di istituzionalizzazione ed emarginazione.

Ciò che mi preme sottolineare è la consapevolezza crescente negli operatori dei servizi psichiatrici dell'importanza di un coinvolgimento della famiglia nei progetti di riabilitazione; certamente non tutti i servizi (anzi una esigua minoranza) adottano modelli formali di intervento, ma è comunque importante che si promuova una convenzione tra punti di vista diversi, un incontro fra approcci specialistici e saperi concreti che vengono dall'esperienza quotidiana, tale per cui la famiglia del paziente cessa di essere complice o vittima della psichiatria, ma diventa protagonista responsabile dei processi di cura e di organizzazione della cura .

Il modello delle reti negoziali multiple pone al centro **non l'autonomia bensì la partecipazione**, di modo che l'obiettivo non sia quello di far cessare ai deboli di essere deboli per potere stare in scena con i forti ma di modificare le regole della scena, cosicché in essa vi siano **deboli e forti in scambio permanente di competenze e di interessi**.

Questa impostazione non riguarda solamente i disagiati psichici, ma tutte le fasce più fragili della popolazione, che altrimenti rischierebbero di subire politiche di internamento in: istituti, pensionati, manicomi, ecc..

Non dobbiamo sottovalutare che anche gli spazi fisici sono una componente significativa di una buona pratica, la qualità dei luoghi interagisce con la dimensione qualitativa dei rapporti e dei processi interattivi; purtroppo i luoghi dell'assistenza sono generalmente caratterizzati da messaggi di dequalificazione, di serialità, di povertà (anche di rapporti e di esperienze). I luoghi per la terapia smentiscono le loro stesse finalità.

In conclusione è ormai sufficientemente provato dall'esperienza che,

- fattori macrosociali,
- differenze culturali,
- eventi esterni ed estremi (guerre, disastri),
- condizioni socio economiche (disoccupazione, recessione economica),
- condizioni di insufficiente supporto sociale,
- ambienti psicologici avversi,

sono tutti fattori totalmente indipendenti dalle caratteristiche biologiche di un individuo, ma ciò non di meno sembrano dimostrare (come documentato da dati epidemiologici più o meno esaurienti e probanti) il ruolo cruciale dei contesti microsociale (famiglia) e macrosociale nella insorgenza e nella evoluzione di molte malattie psichiatriche.

Per ciò risulta ovvio come una presa in carico efficace deve essere capace di analizzare il contesto ed i bisogni reali per costruire un progetto che non parta da una risposta preformata e prevalentemente routinaria, ma sia il più possibile appropriato ed individualizzato. (*Giuseppina Gabriele*)

CENTRO DIURO

Ilario Volpi

I centri diurni costituiscono una delle strutture fondamentali per l'assistenza alle persone con sofferenza mentale senza segregazione e senza istituzionalizzazione. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali e di gruppo nonché di seguire attività di formazione ai fini dell'inserimento lavorativo;

Sia il primo Progetto Obiettivo Nazionale Tutela della Salute Mentale 1994-1996 (DPR del 7 aprile 1994), infatti, che tutte le normative nazionali e regionali che ad esso hanno fatto seguito definiscono come strutture minime di cui ogni Dipartimento di Salute Mentale deve essere composto: i centri di salute mentale, i servizi psichiatrici diagnosi e cura, le strutture residenziali e le strutture semiresidenziali (day hospital e centri diurni).

Il modello dipartimentale per la tutela e promozione della salute mentale, quindi, in un dato ambito territoriale, prevede la presenza di centri diurni pienamente integrati con le altre strutture al fine di garantire il principio della continuità terapeutica.

Si è fatto riferimento a questa tipologia di servizi come "strutture intermedie" ed il concetto sottolinea in maniera appropriata la condizione di "attraversamento" e di passaggio che deve caratterizzare i centri diurni.

Solitamente ai Centri diurni non si accede direttamente, ma mediante progetti complessi di presa in carico definiti e concordati con il Centro di salute Mentale che costituisce il motore organizzativo del sistema di cura.

La presenza dei Centri diurni appare ancora fortemente disomogenea sul territorio italiano ed anche tra le diverse ASL di una stessa regione. In ogni caso la rete non risulta ancora sufficientemente completata soprattutto in termini di risorse dedicate (finanziarie, di personale, ecc.) e di orari di apertura (che dovrebbero essere di almeno 8 ore al giorno).

La definizione più diffusa dei centri diurni ne sottolinea la funzione terapeutico-riabilitativa volta a prevenire e contenere i ricoveri, ma in realtà essi assolvono molteplici ulteriori compiti.

E' rintracciabile, infatti, una straordinaria varietà di obiettivi, di soluzioni organizzative, di attività che li distinguono. In maniera grossolana possono essere individuati due grandi raggruppamenti: i centri maggiormente connotati sul versante clinico-espressivo e quelli maggiormente orientati sul versante della preparazione al lavoro e dell'inclusione sociale.

Le esperienze più avanzate e significative dei Centri diurni si qualificano per:

- la capacità di attivazione di risorse che può anche mettere in moto fonti multiple di finanziamento, inclusa talvolta quella dell'Ente Locale;
- la forte capacità di lavoro di rete, il radicamento nei contesti di appartenenza e l'apertura alla comunità locale;
- la forte integrazione con il sistema della cooperazione sociale (in particolare con quella di tipo b);
- la grande attenzione all'inserimento lavorativo ed allo sviluppo di impresa sociale.

Numerose indagini sui Centri diurni hanno testimoniato esiti favorevoli non solo in termini di riduzione dei ricoveri, dell'assunzione di farmaci e del carico familiare, ma anche in termini di aumento dell'autonomia personale, nonché di quote rilevanti di ex pazienti divenuti soci lavoratori di cooperative sociali. (*Ilario Volpi*)

COMUNITA' TERAPEUTICO - RIABILITATIVE

Italo Antonimi

Le Comunità terapeutico-riabilitative sono strutture sanitarie residenziali che hanno contribuito significativamente al superamento del manicomio e alla territorializzazione della salute mentale. Esse accolgono su base volontaria, in termini validamente alternativi al ricovero, pazienti psichiatrici per i quali si rende necessaria una separazione temporanea dal contesto abituale di vita.

Il progetto terapeutico viene elaborato e verificato periodicamente dall'équipe inviante, da quella della comunità e dai suoi familiari, fino alla conclusione dello stesso e/o al suo proseguimento in altro luogo.

L'inserimento che, come è ovvio, esclude l'urgenza e l'emergenza, avviene in maniera graduale e richiede un periodo di prova che varia da soggetto a soggetto (mediamente due o tre mesi). La comunità accoglie mediamente 15 pazienti e la permanenza non può protrarsi oltre i 2-3 anni. Vengono accolti pazienti con disturbi psichici gravi i quali non possono essere curati se non esiste un ambiente che svolge funzioni di sostegno e di contenimento, collegato con aspetti concreti del fare e della cura di sé.

L'équipe è multidisciplinare (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, OTA) e l'assistenza è garantita in maniera continuativa nelle 24 ore da personale qualificato.

La cura si svolge attraverso la convivenza e l'agire quotidiano nel rispetto della persona, della sua dignità, dei suoi diritti. Il dispositivo terapeutico è costituito da una pluralità di interventi integrati di tipo farmacologico, psicologico (individuale, di gruppo, familiare), riabilitativo (attività artigianali, scolastiche, di formazione, di lavoro, ecc.) e socio-culturale (gite, feste, soggiorni, cinema, mostre, teatro, ecc.). Detti interventi si svolgono all'interno del contesto sociale perché consideriamo la persona e i suoi problemi dentro una rete di relazioni e in questa rete ricerchiamo possibili soluzioni. **Obiettivi:**

- Prevenzione e contenimento dei ricoveri ospedalieri;
- Acquisizione di abilità nella cura di sé e adeguate al contesto ambientale;
- Sviluppo delle capacità cognitive, affettive, relazionali e lavorative;
- Reinserimento nella vita sociale.

CONSENSO INFORMATO

A. Di Gennaro, G. Infantino

Il 1° gennaio 2004 è entrato in vigore il decreto legislativo n° 196 del 30/06/04, meglio noto come “Codice in materia dei dati personali” o Testo Unico della privacy. Il nuovo provvedimento legislativo, che ha incorporato la legge n° 675/96 e successive modifiche, si propone di coordinare in forma sistematica le norme vigenti, riferite direttamente e strettamente alla protezione dei dati personali, nonché tutte le altre norme connesse, apportando le modificazioni e le integrazioni necessarie al fine di assicurare la migliore attuazione di un Testo unico di rango legislativo consono al valore dei diritti e delle libertà fondamentali tutelati dalla disciplina in questione.

Il “Codice” suggerisce che il consenso al trattamento deve essere richiesto all’utente per iscritto su apposito modulo o, se ciò non è possibile, oralmente.

Per quanto riguarda gli utenti di un Dipartimento di Salute Mentale, il consenso informato fa parte di una buona pratica: che l’utente e i suoi familiari diventino, infatti, protagonisti del processo di cura rimane un caposaldo della presa in carico. Che si concordino con loro i vari passaggi del percorso terapeutico è un elemento di per sé “curativo”. Esso si oppone, infatti, alla violenza tipica del manicomio o, comunque, di tutte quelle regole che tendono a piegare, se non a distruggere, la volontà dell’altro.

CONSULTE PER LA SALUTE MENTALE: vedi voce “Partecipazione”.

CONTENZIONE

Giuseppina Gabriele

Contenzione equivale, nel linguaggio comune della psichiatria, e anche della medicina (infatti, non dobbiamo mai dimenticare che queste pratiche aberranti non sono estranee ai “contenitori per le lungodegenze”), a legare al letto una persona che sta male.

Questa modalità era molto diffusa in manicomio e, purtroppo, è ancora in uso in alcune strutture psichiatriche. Esistevano reparti in cui per prassi quotidiana si tenevano tutti i degenti legati ogni notte e alcuni subivano questo mal/trattamento sulle 24 ore per periodi di anni. Una delle prime fasi dell’apertura dei manicomi coincise proprio con l’eliminazione di questa modalità. Coloro che hanno vissuto tutto il periodo del superamento degli ospedali psichiatrici possono testimoniare con me in maniera diretta come, in tempi relativamente brevi, l’abolizione di fascette, camice di forza e chiavistelli ha avuto come risultato un cambiamento del clima nei reparti, una migliore possibilità di comunicazione con i pazienti e di conseguenza la possibilità di entrare in un percorso di “cura nella relazione” e, di conseguenza, di un uso minore o in ogni modo più appropriato di psicofarmaci. Lo scenario della contenzione nega ogni dimensione terapeutica ed è, invece, quest’ultima l’unica garanzia di un miglioramento delle condizioni del paziente e conseguenzialmente di una possibile diminuzione della terapia farmacologica. Già nel 1839 Connolly sosteneva: “... forse è ancora troppo presto per potersi pronunciare positivamente sugli effetti generali di queste nuove misure (si riferiva all’abolizione degli strumenti di contenzione) ma il medico è propenso a credere, dopo un’attenta osservazione a tutte le ore nel corso d’alcuni mesi, e nonostante alcune difficoltà, che le urla e la confusione che regnavano nelle stanze sono già diminuite, sono anche diminuite sensibilmente le crisi maniacali e i parossismi cui vanno soggetti molti pazienti, sono superati con minori danni e difficoltà ... le loro crisi di mania verrebbero ancora esasperate da severe misure repressive; così pure accadrebbe nei soggetti che, ormai malati da molti anni, sono stati ripetutamente sottoposti ad

ogni genere di coercizione violenta” (Conolly, 1876) Questo cambiamento nella prassi molto significativamente fu introdotto da Conolly in un periodo in cui non esistevano gli psicofarmaci. In sostanza è l’approccio neo-manicomiale e repressivo a determinare la necessità di più farmaci, più contenzioni fisiche, più terapie elettroconvulsivanti ed è quindi falsa la tesi di chi afferma che si “lega per dare meno farmaci”. Contenzione è, in effetti, una parola “morbida” che “camuffa” un gesto estremamente brutale.

Viene quindi usata una parola emotivamente sopportabile per tutti, perché evoca il “tenere con”, ben lontano, quindi, dalla realtà che è di immobilizzare fisicamente. Altrettanto utili a nascondere la violenza sono i sinonimi che si usano per gli strumenti necessari a questo atto: gambetta, bracciale, fascetta e cinghietta, camiciotto. Purtroppo la contenzione “prende la mano” nella gestione del reparto: è stato rilevato nell’esperienza che, se prevista, diviene inesorabilmente “l’atto necessario” e quindi la tecnica per eccellenza, anzi la “madre di tutte le tecniche”. Il suo uso, a mio avviso, va interpretato come un deterrente, simbolico e reale, affinché “regni l’ordine istituzionale”.

Legare equivale ad incrinare la relazione terapeutica e la fiducia del paziente nel servizio.

Per ragioni etiche relative all’esercizio dei diritti individuali, ma anche per produrre il necessario cambiamento nei servizi, presupposto di una presa in carico efficace, bisogna porsi seriamente il problema di abolire la contenzione, ed ogni altro apparato coercitivo e repressivo. Per superare la “praticaccia” del “legare” bisogna, quindi, riflettere contemporaneamente sulla questione delle “porte aperte/luoghi aperti” e cioè degli spazi fisici e mentali che si concedono al paziente ricoverato. Quando si affronta il dibattito con chi usa queste pratiche, il tema che ricorre è la responsabilità personale in relazione ad una fantasticata pericolosità sociale del paziente. Uso il termine fantasticata perché dalla statistica risulta che non ci sono atti criminosi reali compiuti dai paziente tali da giustificare questa limitazione estrema della libertà.

La contraddizione fondamentale è quella storica per la psichiatria di accettare un mandato sociale di controllo come risposta alla devianza ed alla sofferenza.

Si tratta, quindi, di mettere in discussione che nel ricovero nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura (cito questa struttura perché è quella dove più frequentemente si rileva l’uso di questa modalità) ci sia un mandato di “controllo-custodialistico” così forte da giustificare un così aberrante intervento coercitivo. Stando alla lettera della legge 180 la risposta è negativa.

La contenzione fisica, purtroppo, è giustificata da chi la utilizza come una “normale” reazione a tre caratteristiche del paziente: pericolosità, incomprendibilità, incurabilità. Siamo davanti ai tre pregiudizi classici sulla “follia” che vanno superati con un profondo cambiamento culturale. Per richiamarci ad un’informazione largamente conosciuta possiamo e ricordare il processo al dott. Coda avvenuto realmente negli anni ’70 e riprodotto nel recente film “La meglio gioventù”. Dalle testimonianze dei pazienti, ammessi per la prima volta nella storia in un’aula di tribunale come testimoni credibili, era chiaro che l’apparato repressivo (per l’utilizzo del quale questo psichiatra fu effettivamente condannato) era costituito proprio dall’insieme dei diversi metodi e pratiche coercitive e prescindeva da una qualsiasi valutazione della reale “pericolosità” del paziente.

Al contrario, proprio negli stessi anni, risultati straordinari di miglioramento delle condizioni di salute e di vita di pazienti molto gravi sono stati ottenuti proprio concretizzando uno dei tanti insegnamenti di F. Basaglia: “la libertà è terapeutica”. Si è dimostrato ampiamente che, anche nel caso di una crisi seria, restando con il paziente e consentendogli di mantenere lo “scambio” con l’operatore su quello che sta succedendo si ottengono cambiamenti utili anche per il suo futuro. Infatti, non bisogna dimenticare che l’autodeterminazione e l’autorealizzazione personale sono, per tutti, un ottimo presupposto di salute intesa come benessere psico/fisico e non come assenza di malattia.

Accettare il rischio di una pratica della libertà e dei diritti del paziente, è l’unica dimensione che ci apre alla speranza di una presa in carico efficace.

CONTINUITA' TERAPEUTICA

Ilario Volpi

Il concetto esprime il principio per cui **uno stesso paziente deve avere la possibilità di essere seguito da una stessa équipe nelle diverse fasi del decorso della sua patologia** (ad esempio nel momento di un eventuale ricovero come nel corso del trattamento presso i Servizi territoriali): Questo principio si realizza nell'organizzazione dipartimentale (vedi voce DSM) mediante un progetto complesso di presa in carico della persona con sofferenza mentale, che si mantiene unico ed in cui i diversi momenti dell'intervento terapeutico-riabilitativo e le varie strutture che l'utente attraversa sono fra loro fortemente integrati.

COOPERAZIONE SOCIALE INTEGRATA

Vanni Pecchioli

Cooperazione sociale integrata nasce negli anni '70 nell'ambito del processo di superamento e di successiva chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste. La prima esperienza, La Cooperativa Lavoratori Uniti di Trieste (1974) è sostenuta, infatti, dagli stessi ricoverati che concorsero alla trasformazione dell'Ospedale. E' oggi soggetto imprenditoriale ed economico emergente, con un progressivo sviluppo nella crescita dei fatturati e dei livelli occupazionali. Si configura come risorsa di grande rilevanza sia per il modello sociale ed economico che propone sia per il ruolo ed i riconoscimenti che sta assumendo nelle politiche sociali attive impegnate a contrastare i processi di emarginazione sociale. Tale tipo di Cooperativa, proprio per la sua capacità di intraprendere a partire dalle capacità residuali e dai bisogni più marginalizzati, costituisce un'opportunità insostituibile per definire nuove strategie e risorse per le persone svantaggiate e a rischio di esclusione. Cos'è una Cooperativa sociale integrata ?

La Cooperativa sociale integrata è una società (impresa) a responsabilità limitata di tipo cooperativo che annovera tra i propri soci lavoratori persone con disagio psichico o handicap mentali, tossicodipendenti, ecc... Perché la cooperativa sociale si possa definire anche integrata è d'obbligo che almeno il 30 % dei propri soci lavoratori sia in condizione di svantaggio (art. 4, L. N. 381/91). Una cooperativa sociale integrata può accedere ad un complesso di agevolazioni. In particolare all'affidamento diretto dei pubblici appalti (art. 5, L.N. 381/91): il legislatore ha ritenuto così di compensare gli oneri derivanti dall'assunzione di persone svantaggiate.

Che cosa fa o può fare una Cooperativa sociale?

- Le Cooperative sociali sono oggi prevalentemente impegnate nei seguenti settori:
- Riqualificazione urbana, allestimenti e manutenzioni aree verdi
- Ecologia, servizi ambientali, raccolta ordinaria e differenziata dei rifiuti e loro riciclo
- Agricoltura biologica
- Catering e ristorazione
- Artigianato (lavorazione legno, ferro e vetro)
- Assemblaggi e confezionamenti
- Information technology e gestione e monitoraggio dati on-line
- Design, pubblicistica, grafica editoriale e attività di tipografia ed editoria
- Office Center, attività di supporto a privati e a Pubbliche Amministrazioni
- Organizzazione congressi, eventi e servizi
- Ospitalità e servizi turistici
- Commercio solidale
- Attività di pulizia per appartamenti, condomini ed edifici pubblici

CRONICITA'

Luigi Attenasio

Cronicità: un termine già problematico in medicina generale che viene trasferito in psichiatria prima ancora di capir bene cosa stia a designare, se i caratteri di un processo morboso, un fatto clinico, un comportamento imm modificabile o cos'altro. E' luogo comune associarne il senso a una malattia a lungo decorso, un difetto irrimediabile, la persistenza di uno stato morboso o di un difetto dei quali non si veda la possibilità di un esito. Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV), la Bibbia della psichiatria, è un pò pilatesco perché, eludendo di definirla, la collega al fattore tempo: una malattia diventa cronica oltre un certo limite di tempo. Viene da dire che Woody Allen è un malato cronico visto che è in terapia psicoanalitica da decenni!!!!

Quel che è certo è che la psichiatria è storicamente fondata sulla cronicità e nasce e si sviluppa in funzione della cronicità. Il nostro stesso lavoro di psichiatri è un lavoro essenzialmente "cronico", nel senso che si organizza e si svolge in funzione di eventi cronici e la cronicità è sicuramente un problema chiave, teorico e pratico, uno snodo tecnico, culturale, politico, per i risvolti che ha tuttora ed ha avuto nel passaggio dal vecchio al nuovo. Ricordo semplicemente che il termine "nuova cronicità" ha acquistato quasi la dignità di una diagnosi e la prefigurazione di una prognosi, sempre "infausta" verso le chances riabilitative in senso lato e che gli attacchi più virulenti alla legge 180 vengono motivati con la denuncia della situazione di abbandono dei pazienti cronici. Le proposte di "controriforma" con le diverse ipotesi di istituzione dei nuovi "contenitori" si sono alimentate purtroppo anche per l'atteggiamento poco responsabile di quegli psichiatri che nel dopo riforma l'hanno sospinta al margine del loro interesse culturale e professionale considerandola una questione puramente assistenziale da abbandonare anche concettualmente e volentieri delegare ad altri servizi con competenza di supporto sociale.

Nei dizionari un possibile sinonimo dei termini cronico/cronicità è la nozione di inguaribilità, irrimediabilità ed invalidità permanente. A complicare ulteriormente le cose interviene uno di quei processi tipici non solo in psichiatria, la naturalizzazione, per cui si crea una realtà, occultandone tutta la problematicità e indeterminatezza, e la si presenta come oggettiva, certa, sicura, quasi una ipotesi naturale. Così "trionfa" il pensiero istituzionale, per dirla con Mary Douglas. Quello della cronicità come esito ineluttabile del progressivo rotolare della malattia mentale è tra le certezze che il buon vento della deistituzionalizzazione ha spazzato via, ritrovandone una origine nel perverso connubio tra disturbo psichico e inadeguatezza dell'intervento, inefficace e spesso anche dannoso.

Già nel 1974 l'equipe di Arezzo criticava il ricorso alla categoria medica di cronicità come risultato di una operazione di profonda oggettivazione per cui i pazienti sono oggetti naturali, con una storia abbastanza prevedibile all'interno di gestioni e strutture in cui rimangono oggetti naturali, la cui passività e la cui storia sono sempre date e previste dall'esterno (Agostino Pirella). Affermammo allora che era l'organizzazione della risposta a dare forma alla domanda. A tal proposito ricordo la problematicità e ricchezza di significati della definizione di Michele Riso della "cronificazione" in psichiatria come "reificazione forzata e quantificata della qualità di un comportamento- la follia- che si ripropone nel tempo" collegandola alla condizione necessitata della localizzazione della stessa reificazione in uno spazio chiuso in cui il tempo è scandito dalla osservazione medica". Nel frattempo Ciompi rimetteva in discussione il concetto stesso di "schizofrenia cronica" ipotizzandolo piuttosto come artefatto sociale, cioè molto collegato a che cosa si fa per il malato piuttosto che alla "volontà" del destino e le ricerche dell'OMS sul decorso della schizofrenia e l' International Pilot Study of Schizophrenia chiarivano che se vi è una ubiquitarietà del disturbo, la evoluzione è collegata alla organizzazione sociale e alle relazioni con la comunità di appartenenza: contesti sociali diversi producono effetti sociali e anche clinici diversi. Certe "scorie" paleonaturalistiche purtroppo ancora sopravvivono fino ad ipostatizzarsi in nuove paradiagnosi, come "pazienti non collaborativi", da noi o YACP, Young Adult Chronic Patient (giovani adulti pazienti cronici), in USA.

Non possiamo dunque che riconoscere la responsabilità dei servizi nel passaggio alla cronicità come prodotto di una restrizione definitiva nei sistemi di scambi sociali e corollario di una diminuzione

delle attività potenziali del soggetto, in cui il paziente perde la sua autonomia mentre aumenta il suo gradiente di dipendenza nei confronti di quello che lo assiste e che è sempre una istituzione a determinare la soglia di tolleranza e cronicità. E' sempre una istituzione che distribuisce prognosi di cronicità e risponde a richieste velate o esplicite, di uno spazio adeguato alla durata dei mali della gente. E' sempre una istituzione che fornisce un quadro compatibile con una lunga quarantena, lo organizza, gli conferisce una perennità tollerabile. Ecco che la cronicità diventa uno status, un modo di essere sociale. Tale sistemazione della vita di tanta gente fu l'ospedale psichiatrico (Jean Claude Polack).

“Da questo punto di vista, la “cronicità” appare sempre più come un portato degli apparati, la trasposizione su un oggetto di una attitudine, di una “prognosi” carica di valutazione espressa dalla istituzione sanitaria; è un destino che risulta prevalentemente dall'abbandono nei confronti di chi si ritiene essere senza speranza. E' assenza, o incapacità di un progetto teso a modificare le condizioni dell'esistenza, per sé e per gli altri; è il rifiuto della presa in carico della complessità, che viene forzatamente semplificata e ridotta a schemi più facilmente controllabili: cronicità è nella testa di chi seleziona le domande, le specifica e le separa, per poterle rinviare ad altro da sé; cronicità è stato il manicomio con la sua carica di abbandono totale, istituzionalizzato e nascosto dietro i muri rassicuranti eretti dalla scienza psichiatrica...Sembra proprio che la cronicità non sia una qualità, una caratteristica dell'essere sofferente, quanto piuttosto della organizzazione del sapere medico e della sua applicazione. Essa appare in realtà come una “convenzione” stipulata all'interno di un preciso quadro organizzativo, di lì trasmessa ed imposta. Convenzione che, come spesso accade, ha continuato ad essere trasmessa inalterata al di là delle condizioni storiche che l'avevano determinata nel suo nascere, ed ha finito per assumere l'apparenza di una cosa reale, concreta. Il fenomeno “cronicità” assume invece, nella nostra visione, un valore ed uno spessore ben diversi; lungi da tentazioni riduzionistiche è per noi non una diagnosi, ma un problema, non una definizione, ma l'indicazione diretta ed esplicita del campo vasto ed accidentato del nostro agire. La cronicità cessa di avere significato di predizione infausta, di ineliminabile limitazione della esistenza umana, per assumere il valore di segnale dell'enorme mole di problemi sociali, individuali, psicologici e culturali irrisolti e misconosciuti. Un problema aperto e complesso; nessuna certezza, nulla di scontato né di ovvio rimane a fondamento indiscusso di questa categoria, il cui uso “banale” inevitabilmente rinvia alla pratica manicomiale.

Ciò che dunque al termine della nostra ricognizione rimane chiaro ed evidente è l'ampiezza e la complessità del problema, la sua irriducibilità entro facili schemi preordinati; la certezza che nessuna codificazione può porre una definizione di cronicità; essa è segno e misura della mancata soluzione di un problema” (Vincenzo Pastore).

Suggerimenti bibliografici:

Vincenzo Pastore, *Cronicità/Riabilitazione nei servizi territoriali per la salute mentale* in Venti Anni di Fogli di Informazione Nr.9 Collana dei Fogli di Informazione Centro di Documentazione Pistoia 1992

Agostino Pirella, *La lungodegenza tra natura e storia* in Fogli di informazione Nr. 14 Centro documentazione Pistoia 1974

CSM (Centro di Salute Mentale)

Girolamo Digilio

Riportiamo le funzioni e le attività del CSM così come sono enunciate nel P.O. 1998-2000; dobbiamo rilevare però che queste funzioni sono svolte, purtroppo, solo in parte a causa della permanente sottodotazione di personale della maggior parte dei CSM: ciò è causa di abbandono dei pazienti e delle famiglie, favorisce la cronicizzazione, fa aumentare i ricoveri che finiscono per essere il principale intervento messo in atto per contrastare la malattia mentale.

Il Centro di salute mentale (CSM) è il cuore del DSM e la “cabina di regia” del “Progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato” in quanto è la sede organizzativa dell’*équipe* multidisciplinare degli operatori e sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo nel territorio di competenza in stretta collaborazione con il distretto sanitario. Assicura la continuità terapeutica tramite la formulazione e l’attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati con le modalità proprie dell’approccio ai bisogni globali del paziente e della sua famiglia e tramite interventi integrati, ambulatoriali, domiciliari, di “rete”, ed eventualmente, anche residenziali; svolge attività di raccordo con i medici di medicina generale fornendo loro consulenza psichiatrica e conducendo, in collaborazione, progetti terapeutici ed attività formativa; mediante lo svolgimento di queste attività viene attuata la prevenzione delle situazioni di crisi e la riduzione dei ricoveri in regime di TSO e volontario.

Il CSM fornisce inoltre consulenza specialistica ai servizi “di confine” (alcolismo, tossicodipendenze, ecc.), alle strutture per anziani e per disabili e svolge attività di filtro ai ricoveri e di controllo alle case di cura private, al fine di assicurare la continuità terapeutica.

Il CSM è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, per almeno 12 ore al giorno, per sei giorni alla settimana. (*Le associazioni degli utenti e dei familiari da tempo chiedono che per le persone con diagnosi psichiatrica accertata e seguite dal DSM esista, nell’ambito del DSM stesso, almeno una struttura aperta 24/24 ore in grado di fornire un primo orientamento ed eventualmente di consentire un breve soggiorno di osservazione e con funzioni di filtro rispetto ai SPDC. L’informatizzazione dei servizi e la istituzione di una cartella clinica computerizzata consentirebbe all’operatore di guardia di intervenire nell’ambito del progetto terapeutico personalizzato.*)

DE-ISTITUZIONALIZZAZIONE

Ernesto Venturini

Il termine di de-istituzionalizzazione si configura per una sua ambiguità. In una determinata accezione, ha un significato radicale ed emancipatorio nei confronti dei processi di oggettivazione psichiatrica, in altri contesti (specie stranieri), significa la semplice chiusura dell’ospedale psichiatrico, l’applicazione burocratica di una legge, una confusa prospettiva amministrativa motivata da politiche di razionalizzazione e di riduzione della spesa pubblica.

Per queste ragioni sembra opportuno introdurre una nuova terminologia che consenta di superare questi significati e di riconoscere le differenze nei processi di applicazione della riforma psichiatrica. Si propone di scomporre la de-istituzionalizzazione in quattro differenti modelli: la deospedalizzazione, l’abilitazione psicosociale, l’inclusione sociale, la promozione di valore sociale. In realtà esiste una sostanziale discontinuità ideologica e scientifica fra il primo modello – la de-ospedalizzazione – e gli altri modelli, che possono essere letti invece come fasi, in progressione, di un unico progresso.

1. La de-ospedalizzazione

La de-ospedalizzazione comporta la “umanizzazione” dell’ospedale psichiatrico, la riduzione del numero ricoverati negli ospedali, la dimissione in istituti e/o in famiglia, l’assenza di interventi sui livelli di regressione istituzionale dei ricoverati e del personale.

2. L’abilitazione psicosociale (il primo livello della de-istituzionalizzazione)

Questo processo attiva la dimissione di tutti i ricoverati dagli ospedali psichiatrici, con interventi importanti sui livelli di regressione dei pazienti, ma senza alcuna azione sui meccanismi espulsivi della società (sul cosiddetto *bisogno di manicomio* di una comunità). Il processo non modifica il circuito psichiatrico tradizionale e nemmeno la organizzazione socio-sanitaria esistente.

3. L’inclusione sociale (il secondo livello della de-istituzionalizzazione)

E' una forma di de-istituzionalizzazione che agisce sulle istituzioni sanitarie/sociali modificando il circuito psichiatrico (risponde al *bisogno di manicomio* di una comunità, ribaltando le istanze espulsive e trasformandole in azioni solidali). Attiva norme che sostengono, riconoscono e perseguono i diritti politici e giuridici; incide sui trattamenti, sull'obbligo delle cure, sui luoghi di ricovero, sul lavoro, sugli interventi sociali.

4. La promozione di valore sociale (il terzo livello della de-istituzionalizzazione)

E' una forma di de-istituzionalizzazione che agisce sulla salute mentale di una comunità modificando lo stigma e le rappresentazioni mentali della malattia. Di fatto rappresenta il cambio di cultura di una comunità. La promozione di valore sociale comporta l'attivazione di pratiche abilitative e preventive rivolte al singolo, che agiscono però, più complessivamente, anche sul contesto sociale. La promozione sociale attiva strategie rivolte sia ai diritti sociali, come terreno concreto delle pratiche di emancipazione, che alla produzione e alla capacità di accesso al valore: autonomia personale, istruzione, formazione professionale, capacità sociale, esercizio di potere.

DEPRESSIONE

Maurizio Bacigalupi

Condizione patologica caratterizzata da tristezza, stanchezza, persistente perdita di interesse per attività considerate in precedenza piacevoli. La depressione è un'esperienza comune in situazioni esistenziali particolari quali un lutto o una grave perdita. In questi casi è considerata normale, purché sia transitoria.

Altri sintomi che frequentemente accompagnano la depressione sono: la scarsa autostima, sensazioni ingiustificate di colpa, la perdita di slancio vitale. Spesso durante una depressione sono interessate alcune funzioni vitali comuni come il sonno e l'alimentazione. I disturbi del sonno più comuni sono l'insonnia, caratterizzata da risvegli precoci e, più raramente, l'ipersonnia, una tendenza a dormire in continuazione. I disturbi dell'alimentazione sono invece caratterizzati dalla perdita di appetito, con perdita di peso, o viceversa una tendenza nervosa ad assumere cibo continuamente (bulimia).

La depressione rappresenta il più diffuso disturbo psichiatrico: il rischio di esserne colpiti nel corso della vita va dal 12% per gli uomini, al 15% per le donne.

In caso di sospetta malattia, la prima persona a cui rivolgersi è il Medico di Famiglia. Sarà lui a valutare attentamente tutti i sintomi e a dare i primi consigli per un corretto trattamento. In caso di necessità, sarà lo stesso Medico di Famiglia a richiedere la collaborazione di uno specialista (lo psichiatra) per avere indicazioni più approfondite sia sull'inquadramento diagnostico che sulla necessità di trattamenti specialistici e/o psicoterapici. La depressione è infatti una malattia che risponde bene alle cure farmacologiche che, in alcuni casi, devono essere associate ad una psicoterapia. Gli interventi efficaci di cui oggi disponiamo richiedono però costanza ed alcuni mesi di trattamento.

DIRITTI DI CITTADINANZA E SALUTE MENTALE

Maria Teresa Milani

La "*diversità*", intesa come categoria culturale per indicare la persona che, a causa di una sofferenza mentale, perde i propri diritti di cittadinanza, ha fatto la storia della follia.

Superare questa barriera, posta da chi si considera parte sana di un gruppo sociale, vuol dire acquisire una migliore conoscenza della salute e una corresponsabilità nel gestirla.

Già, da alcuni anni, i temi della salute sono diventati prioritari nell'ambito della sanità, centrata tradizionalmente, sulla dimensione della diagnosi e della terapia.

La medicina ha sviluppato un approccio funzionalista e curativo, che distingue la parte del corpo malata dalla salute integrale della persona.

Tuttavia, le richieste dei cittadini sono mutate ormai da tempo.

Sempre più i cittadini chiedono servizi sul territorio e assumono un rapporto attivo nei confronti dei servizi sanitari. Sempre più si fanno “consumatori” assumendo alcuni comportamenti tipici di chi fruisce di servizi. Propensione alla libera scelta. Attenzione alla qualità. Apertura di conflitti, anche in sede giurisdizionale, per tutelare i propri diritti.

In questo contesto e grazie anche alla spinta della riforma psichiatrica, iniziata con la legge 180, sono cambiati i parametri di giudizio sulla malattia mentale.

In questi ultimi venti anni si è imparato a prendersi cura, sul territorio, di pazienti che un tempo sarebbero stati internati negli Ospedali Psichiatrici.

Si è capito che non bastano ambulatori e strutture ospitanti, spesso carenti e del tutto insufficienti; ma occorre pensare i soggetti all'interno di un tessuto sensibile e duttile, che prenda le forme di una rete di intervento e di accoglienza, che sostenga i pazienti, affinché non perdano o perdano meno possibile, le loro abilità.

Una modalità di rapporto in grado di realizzare l'obiettivo centrale del diritto di cittadinanza, inteso come capacità di esercitare e di usufruire dei diritti del cittadino

.Essere nuovamente attori della propria cura, responsabili del proprio corpo, tendere verso l'autonomia e realizzare il senso della propria presenza anche attraverso il pieno esercizio dei diritti.

Recentemente, ai tradizionali diritti sanciti dalla Costituzione (alla libertà art.13, all'uguaglianza art.2, alla salute art. 32, al lavoro) con la riforma del Titolo V della Costituzione, si riconosce ai cittadini la titolarità di un nuovo diritto a svolgere, assumendone l'iniziativa, attività che i pubblici poteri sono tenuti a favorire, in quanto di interesse generale.

L'art. 118 ultimo comma, così recita:

“Stato, Regioni, Città Metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli e associati per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà”

Si tratta di una importante legittimazione del ruolo che già migliaia di persone (vedi le associazioni dei familiari, degli utenti, delle associazioni di auto-mutuo-aiuto, delle cooperative e imprese sociali) svolgono da anni spesso scontrandosi con l'indifferenza, quando non addirittura con l'ostilità, delle istituzioni.

Grazie all'art. 118 u.c la cittadinanza attiva, già ben radicata nella società italiana, viene legittimata anche sul piano costituzionale come componente essenziale di un nuovo sistema di governance, di governo allargato e partecipato.

Questo nuovo diritto apre delle prospettive impensate anche per le politiche sulla Salute mentale, e per le ricadute sui soggetti coinvolti

I cittadini, infatti, che si attivano ai sensi dell'art. 118 u.c, esercitano una libertà nuova, che non rientra né fra i diritti di libertà tradizionali, né fra i diritti sociali, bensì si caratterizza per essere una forma di libertà solidale e responsabile, dal cui esercizio traggono vantaggio sia il soggetto agente sia ogni altro soggetto.

Secondo quanto disposto dalla Costituzione, tale libertà consiste nell'autonoma decisione di attivarsi nell'interesse generale.

DSM (Dipartimento di Salute Mentale)

Girolamo Digilio

Il DSM è l'assetto articolato delle strutture proprie della tutela della salute mentale psichiatrica delle Aziende USL al quale fanno capo tutte le attività territoriali ed ospedaliere per la realizzazione del progetto terapeutico-riabilitativo: deve assicurare pertanto l'unitarietà degli interventi e la continuità delle cure alle persone con sofferenza psichica. Rappresenta una unità funzionale complessa con un proprio budget contrattato annualmente con l'Azienda e finalizzato a coprire le necessità per la conduzione di tutte le attività previste dal Progetto obiettivo e il buon funzionamento delle sue strutture. Le sue principali articolazioni sono:

- **Il CSM, Centro di Salute Mentale** (vedi voce "CSM"). E' la vera "cabina di regia" del DSM in quanto sede organizzativa dell'équipe degli operatori e sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza;
- **Il SPDC, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura** (vedi voce "SPDC"): provvede alla cura dei pazienti che necessitino di trattamenti medici con ricovero in ambiente ospedaliero sia in regime di trattamento volontario che obbligatorio;
- **D. H. (Day Hospital)**: è un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il SPDC; può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne dell'ospedale, collegate con il CSM, dotate di spazi adeguati, delle attrezzature e del personale necessario; è aperto almeno otto ore al giorno per 6 giorni alla settimana;
- **Il Centro Diurno, CD** (vedi voce "Centro diurno"): è una struttura semiresidenziale, collocata nel contesto territoriale, in cui vengono attuati programmi terapeutico-riabilitativi. E' dotato di una propria équipe, per lo più integrata da operatori di cooperative sociali e/o organizzazioni di volontariato. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali e di gruppo nonché di seguire attività di formazione ai fini dell'inserimento lavorativo;
- **Le Strutture residenziali** (vedi voce "Residenzialità): la struttura residenziale, che non va intesa come una mera soluzione abitativa, è una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative all'interno di specifiche attività riabilitative.

ELETTROSHOCK

Daniele Sadun

La terapia convulsivante (elettroshock) è stata praticata per la prima volta da due psichiatri italiani, Bini e Cerletti, nel 1938 quando le possibilità di intervenire in modo efficace nella cura dei disturbi psichici con le terapie biologiche erano scarsissime.

Le motivazioni che avevano indotto all'uso di questa tecnica (una scarica elettrica che produceva crisi convulsive simili a quanto avviene nell'epilessia) si sono dimostrate in seguito del tutto infondate: infatti le premesse teoriche sostenevano che le persone epilettiche non potessero manifestare i sintomi della schizofrenia.

Da allora sono stati effettuati numerosi studi, ma non è stato chiarito il meccanismo che produrrebbe gli effetti sul disturbo mentale.

Bisogna notare che anche gli psichiatri che continuano a usare sistematicamente questa metodica sono costretti ad ammettere che comunque i risultati attesi sarebbero transitori e non superiori a quelli che si otterrebbero con altri mezzi terapeutici.

Invece è certo che gli effetti collaterali sono frequenti e non trascurabili. In un elevato numero di casi si osserva perdita di memoria e confusione mentale che, sia pure regredibili, influiscono negativamente sul processo di cura.

Ma gli aspetti più negativi della terapia elettroconvulsivante (TEC) sono connessi allo stigma che fin dall'inizio sono connessi a questa pratica. Non dobbiamo dimenticare che in psichiatria gli aspetti simbolici a volte assumono una rilevanza fondamentale nella scelta del trattamento di cura. Quindi la TEC è stata la cura più contestata prima della riforma psichiatrica del 1978 (cosiddetta Legge Basaglia) perché:

- veniva effettuata senza basi scientifiche
- veniva praticata spesso senza utilizzare le più elementari precauzioni per evitare traumi o danni collaterali al paziente
- le indicazioni diagnostiche erano più delle volte inappropriate
- veniva calpestata la dignità della persona che spesso subiva l'elettroshock senza poter esprimere il proprio consenso
- la scarica elettrica poteva assumere caratteristiche punitive o comunque di abuso.
- Per questi motivi l'elettroshock è diventato il simbolo di una psichiatria oppressiva, una psichiatria che non rispettava la persona con disturbi mentali e che riteneva superfluo mettere in atto tutti i tentativi per per ricercare la sua collaborazione e decisionalità durante il processo di cura. Inoltre, un'altra ragione, forse più importante, ha portato al rifiuto di questa terapia: utilizzare l'elettroshock può indurre gli psichiatri a non ricercare altre terapie più lunghe, più complesse e forse più costose, ma che nel tempo si dimostrerebbero sicuramente più efficaci e durature.
- Le soluzioni "magiche", nella cura delle persone con disturbi mentali, dovrebbero essere decisamente respinte: va sempre tenuta presente, infatti, la complessità di un disturbo che necessita di un lavoro fatto in équipe. Lavoro che dovrà essere sempre integrato, coordinato e prolungato nel tempo.

EMERGENZA

Maurizio Bacigalupi

In medicina è una condizione in cui è necessario un intervento molto rapido per salvare la vita al paziente o per evitargli gravi lesioni. Di maggiore gravità rispetto ad un'urgenza (→ vedi) richiedono interventi medici o chirurgici particolari. Di fronte ad una situazione che si presenta con le caratteristiche di gravità dell'emergenza è necessario ricorrere immediatamente ad un Pronto Soccorso ospedaliero o attivare i servizi per l'emergenza sanitaria (118) o quelli di pubblica sicurezza (113 – 112).

ENTI LOCALI, RUOLO NEL SISTEMA DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Girolamo Digilio

Gli Enti locali (Comune, Provincia, Regione) in quanto erogatori di interventi e servizi sociali hanno un ruolo particolarmente importante nell'ambito del sistema di presa in carico globale della persona con malattia mentale: l'abitare, il reinserimento lavorativo, l'organizzazione del tempo libero, ecc. sono essenziali, almeno quanto i trattamenti medici, per la buona riuscita del progetto terapeutico-riabilitativo.

Elenchiamo qui di seguito le competenze e i compiti degli Enti locali così come sono enunciati nel Progetto obiettivo tutela della salute mentale 1998-2000:

Gli Enti locali, in relazione alle proprie competenze in tema di interventi e servizi sociali, collaborano alla realizzazione del progetto obiettivo, destinando, allo scopo, quote adeguate dei propri bilanci.

In particolare:

I Comuni e i loro organismi di rappresentanza:

garantiscono il più ampio sviluppo degli interventi di prevenzione primaria;

partecipano alla programmazione locale e regionale ed alla verifica dei risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie nel campo della tutela della salute mentale;

assicurano la funzione della totalità dei servizi sociali rivolti alla generalità dei cittadini;

garantiscono il diritto alla casa, anche destinando quote di alloggi di edilizia popolare;

destinano strutture per assicurare servizi.

Le regioni, le province autonome e i comuni garantiscono la partecipazione degli utenti dei DSM alle attività di formazione finalizzate all'inserimento lavorativo, programmate nel proprio ambito territoriale, anche con specifici interventi mirati.

Le regioni e le province autonome definiscono criteri, modalità e strumenti certi per la formalizzazione dei rapporti fra aziende sanitarie ed enti locali.

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Ilario Volpi

Gli operatori che lavorano nel settore sono una famiglia piuttosto eterogenea composta solitamente da psichiatri, infermieri e assistenti sociali; quasi sempre sono presenti, inoltre, educatori e, in alcune realtà regionali, anche sociologi. Di norma la "presa in carico" dei pazienti e la definizione di progetti terapeutico-riabilitativi complessi (soprattutto nei casi più gravi) implica un approccio multidisciplinare (bio-psico-sociale) che può essere garantito solo dalla stretta integrazione di competenze diverse. Non di rado, tuttavia, carenze degli organici e conflitti di ruolo e potere tra le diverse figure professionali si frappongono alla ottimale funzionalità dell'équipe.

ESAURIMENTO NERVOSO

Angelo Di Gennaro

E' un'espressione popolare, priva di valore scientifico, che non si riferisce ad una ben determinata condizione morbosa, ma che viene usata per le più diverse situazioni caratterizzate dalla presenza di un disturbo psichico, per lo più lieve, e che sottolinea il valore dell'affaticamento da stress come causa di un "esaurimento" (batteria scarica) delle capacità di reagire alle comuni difficoltà della vita. In generale non suscita automaticamente meccanismi rifiuto nei riguardi della persona che ne soffre e, per questo motivo, è spesso usata anche per minimizzare situazioni più gravi che

esporrebbero la persona colpita alla stigmatizzazione. E' pertanto una espressione molto ambigua che richiede l'accertamento della natura del disturbo di volta in volta presente.

L'esperienza maturata nel corso di molti anni di servizio ci fa osservare, però, qualcosa di nuovo e di interessante, specialmente nel caso che ci si alleni a raccogliere storie di vita. Gli utenti che vediamo in età adulta presso i nostri Servizi di salute mentale riferiscono di aver vissuto, durante la preadolescenza e l'adolescenza, momenti critici che essi spesso associano a difficoltà scolastiche; aggiungono che nessuno si è accorto, a quell'epoca, di tali difficoltà; e quand'anche essi fossero stati sottoposti a visita presso lo psicologo o lo psichiatra infantile, il problema è rimasto immutato: quel senso di insicurezza, di incertezza, quella timidezza apparentemente immotivata sono rimasti inalterati nel tempo. Quasi a segnalare una seconda natura del problema, comunque non riconducibile all'individualità, alla fragilità della persona, bensì, ancora una volta, alle caratteristiche delle relazioni umane e istituzionali.

Ben sappiamo, infatti, come sia difficile far incontrare, ad esempio, scuola e famiglia, servizi sanitari e sociali, i tempi di lavoro con il cosiddetto tempo libero. E come le contraddizioni di tali sistemi posti in connessione tra loro siano così difficili da sciogliere.

L'esaurimento nervoso, allora, sta ad indicare una difficoltà che va decifrata ulteriormente; può essere sì un sintomo di affaticamento, ma può anche significare qualcosa di ben più complesso di cui l'esaurimento nervoso personale è solo una spia, una specie di allarme rosso.

FOLLIA

Pier Aldo Rovatti

Credo che ci siano due facce della follia. Una corrisponde allo stigma della follia, è la faccia sociale e storica: ogni società ha i suoi "matti" e quindi anche i suoi "normali", traccia una linea di esclusione e costruisce dispositivi di stigmatizzazione che variano storicamente, isolando di volta in volta gli "altri" e i diversi. Possiamo riconoscere questa linea (è il lavoro che hanno cominciato grandi pionieri come – per esempio – Michel Foucault e Franco Basaglia), cercare di abbatterla o di renderla più sottile, ma dobbiamo anche riconoscere che essa ogni volta si ricostituisce. Esiste una società senza il suo "folle" ?

L'altra faccia è l'esperienza stessa della follia, ciò che resta e non si riduce allo stigma. Qualcosa che paradossalmente dovrebbe essere "salvato", sottratto alla sofferenza, riguadagnato alla soggettività di ciascuno di noi. Qui psichiatria e psicanalisi possono incrociarsi nel loro lavoro critico: l'inconscio va salvaguardato così come dovremmo custodire la nostra parte "notturna", il senso non "normalizzabile del nostro esistere. Una società di "normalizzati" – contrapposta a una società fondata sullo stigma – è il fantasma terribile di una realtà di esclusione. Anche Basaglia l'ha detto: civile è quella società che sa ospitare la follia. Ospitare o valorizzare ? E se scopriremo che l'esperienza della follia – una volta liberata dai suoi lacci e dalle maschere che la irrigidiscono – è infine un bene prezioso che dà senso al nostro vivere e ci permette di pensare e di agire, di trasformarci ogni volta in qualcosa d'altro?

FORMAZIONE E TRASMISSIONE DEL SAPERE PRATICO

Luigi Attenasio e Angelo Di Gennaro

La psichiatria vive una realtà che potremmo definire scissa: da un lato (la psichiatria accademica) essa vive in un mondo "artefatto", dove il paziente – separato dal suo contesto di appartenenza – viene mentalmente sezionato, catalogato, classificato secondo categorie diagnostiche che risentono di tale separazione e si presentano quindi come parziali e sostanzialmente inadeguate a descrivere la complessità della realtà del paziente e della sua psicopatologia; dall'altro, abbiamo la psichiatria

territoriale che si sforza - a partire dal superamento dei manicomi e dall'approvazione della legge 180/1978 - di mantenere saldi i rapporti tra paziente, famiglia, servizio di salute mentale e società civile. Ciò, nella convinzione che la mente non sia del tutto riconducibile all'interno del corpo umano, ma che essa è nel rapporto tra le persone. Sulla base di questo principio di natura epistemologia si fonda l'attività terapeutica territoriale nei confronti dei pazienti psichiatrici, soprattutto quelli definiti gravi.

Di conseguenza, gli psichiatri formati presso le Università si trovano impreparati ad affrontare la complessità sia della realtà del paziente, sia della famiglia, sia del contesto di cura in cui viene a trovarsi. In più essi trovano difficoltà a distinguere il concetto di cura rispetto a quelli - decisamente più adeguati nel campo della psichiatria territoriale - del prendersi cura, della presa in carico, del progetto terapeutico. Appare evidente, quindi, la necessità di programmare una formazione che definiremmo "sul campo".

Le attività di assistenza dovrebbero avere, seguendo questa ottica, una caratteristica e una direttrice principali ossia quella di una psichiatria aperta non soltanto al confronto con discipline confinanti (ad es: filosofia della scienza, letteratura, architettura, economia, ecc.), ma anche con la pratica quotidiana come ad es: la presenza di antropologi, sociologi, ecc... all'interno dell'équipe di lavoro. Volendo ampliare ulteriormente lo sguardo, diremmo che l'ottica della psichiatria aperta dovrebbe sfociare in una prospettiva teorico-pratica di ricerca e di costruzione di salute mentale.

Va da sé, che la ricerca universitaria, dovrebbe fondarsi a partire dalla pratica del lavoro territoriale. È a nostra conoscenza che i pazienti che afferiscono ai Servizi psichiatrici universitari in qualche modo si presentano già selezionati: per la terapia psicofarmacologica, per la psicoterapia individuale o di gruppo o familiare, ecc. Confermando così l'idea iniziale che ciò che è importante è la malattia più che il malato, la cura più che il prendersi cura, la disciplina medico-psichiatrica più che un approccio socio-ambientale, ecc.

E' opportuno sottolineare che soltanto nei Servizi territoriali di salute mentale - veri e propri laboratori di esperienze - è possibile incontrare la gran parte delle tipologie della cosiddetta malattia mentale ed è possibile, soprattutto, elaborare ipotesi di presa in carico legate al contesto specifico di appartenenza. Qui le istanze sociali appaiono in tutta la loro forza e la loro importanza "clinica". Riuscire ad individuarle e affrontarle significa riuscire a costruire il passaggio da malattia a salute mentale.

Tutto ciò premesso, tre quesiti rimangono aperti: 1) se le prospettive teoriche di cui parliamo non si danno senza le esperienze, come è possibile una loro trasmissione senza pensare ad un terreno comune di pratiche?; 2) è possibile una sistematicità (presupposto di ogni trasmissibilità), nell'intero corpo delle conoscenze-esperienze?; 3) come è noto, in psichiatria più che altrove, la prescrizione, l'intervento, il progetto si identificano con la dimensione della cura, la terapia; essi però si attestano inevitabilmente su un piano di pertinenza ideologica; e allora: quali capacità?, quali scopi?, quali credenze?, quali valori vengono trasmessi? e chi li decide? e nell'interesse di chi?

GRAVITA'

Agostino Pirella

Secondo una metodologia puramente medica la gravità si valuta, usando termini latini, "quoad vitam" e "quoad valetudinem" e cioè in relazione al rischio di morire e a quello di non morire. Certamente, se un medico afferma che c'è pericolo per la vita del paziente o che non potrà guarire, si tratta ovviamente di un evento grave, difficile da trattare e sottoposto ad eventi imponderabili. Se si traduce tutto ciò nella pratica della psichiatria, dovrebbe derivarne come un corollario il

“pessimismo”, con cui Franco Basaglia definiva l’atteggiamento prevalente degli psichiatri, dato che la psichiatria storica ha sempre (e qualche segno ne resta ancora oggi) puntato sui rischi maggiori (suicidio, omicidio, aggressività, pericolosità) che comportano appunto prognosi severe e ancora più severi provvedimenti restrittivi.

Le esperienze alternative a questo paradigma della pericolosità e della gravità presunta, hanno chiaramente dimostrato, non solo in Italia, ma in tutto l’Occidente, che l’ipotesi di pericolosità è legata all’atteggiamento del contesto e all’assenza di spazi di comunicazione tra i pazienti e l’ambiente sociale, secondo linee di uguaglianza e di rispetto dei diritti fondamentali di libertà e di vita. In questo senso la “gravità” si pone in funzione delle risposte collettive ed assume, come è stato osservato, i caratteri di “gravosità” per il collettivo che si occupa del caso. Non è raro che nelle discussioni su uno di questi casi, è proprio il clima di stanchezza, di sfiducia, e di pessimismo a caratterizzare il confronto, mentre lo spostamento del centro dell’attenzione alla storia del caso – anche nei suoi aspetti meno noti e più penosi – ed alle risposte inadeguate, a dir poco – che sono state apprestate – riescono spesso a stimolare risposte positive.

Molte esperienze hanno dimostrato che proprio la critica alle carenze ed alle distorsioni che hanno caratterizzato le gestioni passate aprono opportunità di sbocco e di superamento di elementi che definiamo come espressione di “gravità”. In qualche caso è l’ostinazione del servizio a ripetere modalità fallimentari che rappresenta il cuore del problema: una modificazione di quelle modalità condiziona modificazioni successive del comportamento del paziente, con risultati talvolta sorprendenti. Un altro elemento da considerare è la persistenza di atteggiamenti di sfiducia nelle possibilità del paziente di vivere una vita autonoma. E’ stato dimostrato che pazienti considerati “gravi” persistevano nella loro “gravità” proprio per la sfiducia che sentivano attorno a loro di poter uscire dalla situazione di dipendenza (dal servizio o dalla famiglia). Sono ormai molti i casi, nelle varie esperienze della riforma, di persone che riescono a vivere una loro vita autonoma e soddisfacente in un’abitazione condivisa, senza personale stabile all’interno di essa, secondo il modello anglosassone delle “supported homes” (case supportate). In non pochi casi si trattava di persone che i servizi non avrebbero mai immaginato che potessero riprendere una loro vita sociale e di una convivenza soddisfacente e solidale con altre persone reciprocamente accettate.

GUARIGIONE

Peppe Dell’Acqua

Oggi anche nel caso di disturbi mentali gravi è possibile definire un concetto di guarigione.

Secondo buona parte delle definizioni mediche, per guarigione si intende il ripristino dello stato di salute, inteso come un ritorno completo alla condizione preesistente ad una malattia, oppure come un ritorno parziale, con danni residui ma compatibili con il benessere complessivo dell’individuo.

E’ però evidente che tale concetto deve tener conto dei tempi e delle circostanze in cui il disturbo si manifesta. In particolare quando la durata del disturbo è di medio-lungo termine, è improbabile un “ritorno alla condizione preesistente alla malattia”, se non altro perché nel passare del tempo la persona è cambiata, cresciuta, maturata, nonostante le sue problematiche e talvolta proprio grazie ad esse. In ogni caso oggi la guarigione dai disturbi mentali gravi è possibile, sempre che si intenda un dinamico processo di maturazione e di ritorno ad un relativo stato di serenità, equilibrio, soddisfazione. Perciò, con la parola *guarigione* intendiamo soprattutto l’esperienza attiva del “riaversi”, “rimettersi in cammino”, “recuperarsi”: percorsi ogni volta personali ed unici che impegnano chi soffre di un grave disturbo nella riconquista di un’autonomia piena, di soggetto e di cittadino, responsabile di sé in quanto capace di responsabilità verso gli altri, fino al punto da impegnare se stesso in un “lavoro di aiuto” ad altri in difficoltà analoghe.

Molti studi accreditati sostengono oggi che le persone con disturbo mentale severo, come la schizofrenia, possono guarire e/o recuperare diversi gradi di possibilità di vita. Le persone guariscono completamente nel 25 % dei casi, si dice *guarigione clinica*; oppure, nel 50 % dei casi,

recuperare un soddisfacente livello di vita, un adeguato ruolo lavorativo, sociale e familiare pur avendo bisogno di cure psichiatriche, si dice *guarigione sociale*. Solo il 25 % delle persone con disturbo mentale severo fanno fatica a trovare una soddisfacente condizione, si dice che sono *resistenti al trattamento* proprio per segnalare non tanto la severità della malattia ma la nostra incapacità a trovare percorsi adeguati. E il decorso e l'esito saranno tanto più favorevoli quanto più saranno disponibili servizi sanitari efficienti, strategie terapeutiche coordinate tra servizi, famiglia e altri enti o soggetti che in qualche modo aiutano la persona come i servizi sociali, la scuola, il posto di lavoro, le associazioni, il volontariato e risorse economiche adeguate ed opportunamente impiegate ed integrate.

E' questa pluralità – di luoghi, di soggetti, di culture, di risorse – che oggi consente di rispondere più pienamente alla domanda di salute e di cura, e che autorizza anche gli operatori ad affrontare con maggior ottimismo i problemi connessi al disturbo mentale. Oggi è possibile nei fatti superare il pregiudizio della cronicità-inguaribilità del malato di mente, pregiudizio che fino a non molti anni fa escludeva la guarigione come un obiettivo sempre possibile da perseguire.

Maggiori possibilità di recupero e guarigione dal disturbo mentale vengono oggi associate all'introduzione di nuovi e più adeguati interventi farmacologici e psicologici, che possono lenire la sofferenza mentale e ridurre gli effetti talvolta distruttivi, sui comportamenti e sulle relazioni. Ma da soli questi interventi sono insufficienti, se le persone che soffrono di disturbo mentale, i loro familiari, i cittadini coinvolti e variamente associati, non rafforzano il loro potere di autonomia, di scelta e di decisione, nel perseguire i propri obiettivi di salute e nel difendere i propri interessi. Tutto ciò avviene meglio e con più forza quando è funzionante e ben articolata la rete dei servizi di salute mentale nella comunità.

La vera "scoperta", quello che abbiamo acquisito in molti anni di lavoro per il cambiamento dell'assistenza psichiatrica, è che, chi soffre di disturbi mentali, deve essere prima di tutto aiutato a salvaguardare e conservare i propri diritti all'interno dello spazio sociale: sia nella vita più privata e quotidiana, che nel tessuto delle relazioni e degli scambi nella comunità cui appartiene. Sono diritti non sostenuti solo da norme giuridiche ed amministrative, ma da risorse che vanno attivamente ricercate e formalizzate, oltre che da azioni e interventi che ne garantiscano l'accesso e l'uso effettivo.

Al contrario, una lunga permanenza in ospedale o in istituto riduce la possibilità di guarigione. Pratiche restrittive come la contenzione, le porte chiuse, le terapie farmacologiche indiscriminate impediscono la guarigione ed aumentano lo stigma.

La guarigione comporta dunque profondi cambiamenti. E un processo così vasto non si realizza in breve tempo. E' un percorso paragonabile al lavoro del contadino. Che deve dissodare la terra, concimarla, seminare, annaffiare, sarchiare, aspettare la maturazione, raccogliere, conservare.

Tutto ciò ha una precisa cadenza: non si può seminare prima di dissodare o raccogliere prima di concimare. E ogni cosa ha il suo tempo. E in ogni momento può accadere qualcosa che danneggia il lavoro fatto: una siccità, una grandinata, una gelata. Molto si perde, qualcosa si recupera, comunque si impara a fare meglio e a proteggersi.

Le stesse cose avvengono in un percorso terapeutico: non si teme la grandine ma una ricaduta; non si tratta di dissodare la terra ma di somministrare i farmaci giusti; non di concimare ma di garantire l'accesso ai diritti; non si aspetta la maturazione dei frutti ma il verificarsi di qualche esperienza di successo. E così avanti.

Le persone devono riuscire a recuperare tutto quello che era stato perduto nel momento del buio: le relazioni affettive, la fiducia nelle proprie capacità, la sicurezza delle proprie competenze, il piacere della propria individualità, la padronanza del proprio corpo. Ricomporre insomma il mosaico della propria identità.

Anche per questo la guarigione non può che avere tempi lunghi.

Il processo di guarigione dal disturbo mentale non si risolve come un intervento chirurgico che asporta la parte malata o come una cura antibiotica che spazza via un'infezione. Esso implica dei cambiamenti nei contesti di vita, nella famiglia, nei servizi, nelle relazioni personali e all'interno dell'individuo stesso; richiede delle attenzioni, dei riposizionamenti, delle riorganizzazioni di tanti aspetti del quotidiano.

L'equilibrio e la salute non sono d'altra parte condizioni statiche che si raggiungono una volta per sempre. Essi vanno costruiti e ricostruiti giorno per giorno, a volte qualcosa o qualcuno li mette in discussione, talora vacillano per poi essere ridefiniti...

E questo è vero per tutti. Non solo per le persone con disturbo mentale.

IMPRESA SOCIALE

Vanni Pecchioli

L'impresa sociale, moderna elaborazione delle pratiche e delle teorie costruitesi nell'ambito dei processi di deistituzionalizzazione e di superamento delle strutture manicomiali, costituisce un sistema teorico, una metodologia ed, al contempo, una prassi complessa e multicontestuale finalizzata a contrastare i processi di emarginazione ed invalidazione sociale. Rappresenta un monito verso ogni forma di separazione, stigma ed impoverimento degli ambienti sociali ed una condanna verso ogni risposta al disagio psichico che sia 'povera' in quanto priva di investimenti e prospettive. Scopo dell'impresa sociale è quello di restituire risorse, poteri, e diritti a chi non ne ha.

E' nella rete concreta delle opportunità delle Comunità che è possibile realizzare 'impresa sociale' e promuovere il reinserimento delle persone a rischio di esclusione. Le iniziative di impresa sociale possono essere considerate ancora come "Servizio", dal momento che sono elemento di "presa in carico e di cura"; ma, allo stesso tempo, sono anche occasione di promozione di cittadinanza poiché sostengono tale diritto complessivo in tutte le sue articolazioni: diritto alla salute, alla scuola, alla casa, al lavoro, alla socialità, all'affettività, ai rapporti. Questa la natura dell'impresa sociale: l'essere azione costante contro l'impoverimento dei contesti, delle relazioni e delle prospettive di chi è meno garantito nella tutela dei propri diritti.

L'impresa sociale, nel ridefinire ciò che serve nella 'presa in carico complessiva' di chi soffre, introduce un elemento di 'critica' nei confronti dei modelli di cura prevalenti (e spesso riduzionistici) e propone un'importante riflessione sulla natura delle risorse e delle strategie necessarie per prevenire e contrastare la condizione di malattia ed emarginazione.

INCURABILITÀ – INGUARIBILITÀ

Tommaso Losavio

Abitualmente, in modo assolutamente errato, si confondono i due termini perciò si è soliti dire: "È morto per una malattia incurabile". Tutte le malattie (comprese quindi le malattie mentali) sono curabili: alcune malattie tendono a persistere nel tempo (per questo motivo sono abitualmente dette "croniche") e pertanto non guariscono. Generalmente le malattie che non guariscono hanno bisogno di essere curate per molto tempo, spesso per tutta la vita ma, se ben curate, non si manifestano con disturbi e/o con minorazioni.

Molte malattie mentali, se opportunamente e tempestivamente curate, possono guarire completamente senza menomazioni o esiti spiacevoli. Altre malattie mentali, invece, perché non si manifestino con nuove crisi o perché non si cronicizzino hanno bisogno di essere curate in modo continuo (vedi continuità terapeutica) e con opportuni interventi terapeutici integrati (

farmacologici, psicologici e sociali). La malattia mentale con maggiori probabilità di persistere nel tempo, è il “disturbo schizofrenico” che richiede pertanto la massima attenzione perché sia diagnosticato tempestivamente e curato nel modo più opportuno. Recenti studi internazionali hanno dimostrato che un terzo delle persone che presentano un disturbo schizofrenico guariscono completamente, un terzo guarisce “socialmente” senza le disabilità che impediscono un buon inserimento ed adattamento sociale ed un terzo, invece, continua a manifestare sintomi e difficoltà sociali che richiedono interventi terapeutici continuativi e il supporto dei servizi sanitari e sociali per favorire l’inclusione sociale ed ostacolare processi di emarginazione.

LAVORO

Vanni Pecchioli

Malattia mentale, esclusione ed impoverimento sono elementi sinergici di un unico percorso: la persona con disturbo psichico è ulteriormente sofferente soprattutto perché intorno a lei, progressivamente, si definisce il nulla.

Per contrastare tale destino occorre promuovere programmi in grado di garantire sia i necessari interventi sanitari sia un adeguato sistema di opportunità sociali e materiali. Il prendersi cura di qualcuno rimanda, pertanto, alla capacità di farsi carico dell’insieme degli elementi che riguardano la persona stessa ed il suo destino, ovvero: la sua sofferenza, i suoi bisogni psicologici e materiali, le sue relazioni, i suoi diritti. Un insieme integrato di interventi, quindi, da articolare nel tempo, in diverse sedi, con diversi strumenti e più interlocutori.

In una tale prospettiva, il lavoro assume un ruolo determinante poiché produce risorse, promuove opportunità, alimenta competenze e sostiene diritti. E’, pertanto, elemento insostituibile nel processo di individuazione e valorizzazione sociale ed economica di ciascuno. Come è possibile curare o riabilitare senza il lavoro, quindi? Per la persona con disturbo psichico (come per chiunque) lavorare significa, infatti, poter interagire con la realtà circostante, svolgere un ruolo riconosciuto e disporre di maggiori opportunità.

Come si sa, il lavoro è un diritto costituzionale; i malati di mente, tuttavia, sono troppo spesso i meno garantiti in questo diritto. Per tale motivo il Progetto Obiettivo nazionale per la tutela della salute mentale individua come prioritario l’obiettivo dell’inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico, sollecitando in tale direzione l’impegno dei diversi soggetti presenti sul territorio: Enti locali, Dipartimenti di salute mentale, Cooperazione sociale integrata, Associazionismo di settore, Imprese, ecc...

LEGGI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN ITALIA

Girolamo Digilio

La legislazione italiana per la tutela della salute mentale, basata sulla difesa della dignità e dei diritti della persona con sofferenza mentale, è probabilmente la più avanzata nel mondo, ma non ha trovato ancora una completa applicazione per cui permangono ritardi e disfunzioni del sistema che penalizzano gravemente i pazienti e le loro famiglie. La chiusura dei manicomi, realizzata a seguito della legge 180/78 (“Legge Basaglia”) è stata una conquista di civiltà che ha consentito la liberazione di decine di migliaia di persone rinchiusi nei manicomi-lager ed ha consentito loro condizioni di vita certamente assai migliori rispetto a quelle alle quali erano costrette.

Tuttavia il nostro sistema di tutela della salute mentale non garantisce tuttora, anche ai nuovi pazienti, quanto la legge prevede: i DSM infatti, presenti su tutto il territorio nazionale, pur essendo

ormai un sicuro punto di riferimento, non dispongono di tutte le risorse necessarie, soprattutto di personale, per garantire, anche fin dall'esordio del disturbo, quel percorso terapeutico che cambia il destino di queste persone e che si fonda sulla presa in cura precoce e continuativa nel territorio e sul reinserimento sociale e lavorativo; è invece ancora grave il fenomeno dell'abbandono dei pazienti che vanno incontro a processi di cronicizzazione che potrebbero essere evitati.

In questi ultimi anni la chiusura culturale di importanti settori del ceto politico, manageriale e amministrativo ha bloccato infatti a metà del guado lo sviluppo di un sistema che, pur tra difficoltà e ritardi, aveva iniziato a decollare: è stata invece privilegiata la sanità privata a danno del servizio pubblico e le strutture ospedaliere a danno delle attività nel territorio. Le ingenti risorse dirottate in queste direzioni rappresentano non solo un grave spreco, ma anche una immorale dissipazione di risorse umane che avrebbero potuto essere recuperate.

Elenchiamo, comunque, le più importanti leggi vigenti perché esse costituiscono un grande patrimonio della nostra collettività e soltanto attraverso la loro attuazione passa la costruzione di un sistema di tutela della salute mentale rispettoso della persona, della sua dignità, dei suoi diritti.

1. Legge 180/78 ("Legge Basaglia"): è una legge quadro che sancisce il superamento dei manicomi e regola le modalità di attuazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Postula un diverso approccio alla malattia mentale e modifica gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico sostituendo al controllo sociale dei malati di mente (manicomio) la promozione della salute e la prevenzione dei disturbi mentali e spostando la centralità dell'intervento dal ricovero ospedaliero ai servizi territoriali.
2. Legge 833/78: istituisce il Servizio Sanitario Nazionale e recepisce i contenuti sostanziali della legge Basaglia.
3. D.P.R. 7/4/94, Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996": enuncia gli obiettivi e le strategie dell'intervento dello Stato per la tutela della salute mentale e definisce la tipologia, le attività e gli standard delle strutture alternative al manicomio, la loro "mission", la loro distribuzione nel territorio, la loro reciproca articolazione, i loro rapporti con le altre istituzioni coinvolte nella tutela della salute mentale.
4. Legge 68/99, Norme per il diritto al lavoro dei disabili.
5. D.P.R. 10/11/99, Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000": aggiorna e perfeziona il precedente progetto obiettivo.
6. Legge 328/2000, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
7. Legge 6/2004, istituzione dell'amministratore di sostegno: supera gli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione e istituisce la figura dell'"Amministratore di sostegno" finalizzata alla maggiore "inclusione" delle persone con disabilità, anche psichica, con la minore limitazione possibile della loro capacità di agire.

MALATTIA MENTALE

Peppe Dell'Acqua

La condizione di *benessere mentale* può essere definita come la capacità di stabilire relazioni appropriate e soddisfacenti e di adottare comportamenti adeguati a far fronte ai diversi cambiamenti – ambientali, relazionali, istituzionali – che si succedono nel corso della vita. Se una persona riduce, compromette o perde queste capacità, si sviluppano condizioni di disagio e sofferenza che possono, in talune circostanze, sfociare in un disturbo mentale.

Con il termine *disturbo mentale* si indicano svariate alterazioni dell'emotività, dell'umore e/o del pensiero, che possono arrivare fino a gravi e complessi insiemi di sintomi riguardanti il comportamento, le relazioni e il modo di pensare. Nelle psicosi questi sintomi, per intensità, frequenza e durata, vanno al di là di un lieve e temporaneo disagio. Generalmente sono fonte di dolore per la persona che ne è colpita e intenso disagio per quelle che le vivono accanto.

Molte volte la persona non percepisce questa condizione di sofferenza come qualcosa di definibile e di oggettivabile, dato che essa è in stretta continuità con la sua storia, col divenire della sua esistenza, con il suo stesso sentire. Questo è il segno della difficoltà che le persone devono affrontare per riconoscere e accettare la condizione di malattia, ovvero di condividere con gli altri il senso di quella particolare sofferenza e di quello speciale stato sociale. Difficoltà che condiziona talto le persone fino al rifiuto ostinato delle cure.

Altre volte il problema viene invece percepito dalla persona come qualcosa di estraneo, che non le appartiene: uno sguardo, un'offesa, una minaccia sostenuta da altri. Questo provoca intenso disagio, malessere, allontanamento dagli altri, conflitti. Quindi, in tale molteplicità di situazioni, una persona può vivere molto male ma senza riuscire ad averne coscienza. O quanto meno senza riuscire a condividere con altri il senso di tale condizione.

E' evidente poi che questa condizione di sofferenza comporta spesso una palese modificazione del modo di vivere, di stare in pubblico, di valutare gli accadimenti o i grandi temi che riguardano gli uomini, i governi, le religioni, la natura e rimanda al concetto di normalità ed al problema delle organizzazioni sociali e di quanto esso può variare in un dato contesto storico e sociale.

Nel linguaggio comune il termine *normalità* è generalmente usato per indicare caratteristiche o comportamenti più o meno frequenti e diffusi, ritenuti validi, giustificati o auspicati.

Nel corso dei secoli si sono accumulate sul disturbo mentale credenze tanto diffuse quanto errate, che alimentano pregiudizio, stigma e luogo comune e condizionano il modo in cui la società e le famiglie affrontano il problema.

Lo stigma della malattia mentale si manifesta con un atteggiamento accusatorio, di paura e di rifiuto, da parte dei singoli e dell'intera società. Così ai tanti problemi derivati dal disturbo mentale si aggiungono anche quelli del marchio, della discriminazione, dell'esclusione.

E malgrado tutti i miliardi spesi dai paesi più ricchi per migliorare i programmi di salute mentale, la pesante cappa continua ad esistere.

In più, la presenza dello stigma ostacola o addirittura impedisce l'accesso alle cure, in particolare per le persone con i disturbi mentali più severi: il carico di vergogna e pregiudizi che bisogna sopportare nell'accettare di essere "*malato di mente*" ritarda la richiesta di aiuto ed impedisce l'uso di risorse che potrebbero favorire un positivo decorso.

La condizione di malattia mentale, del tutto incomprensibile se immaginata come totalmente distante e diversa dalla condizione di benessere, diventa invece estremamente comprensibile proprio se riportata all'interno dell'esperienza di vita che appartiene a tutti.

Una persona che sperimenta un disturbo mentale, per esempio la schizofrenia che è reputata tra le più gravi condizioni di malattia, vive sentimenti comuni ad ognuno di noi: odio, amore, gioia, rabbia, diffidenza, fiducia. Ciò che cambia è la loro ampiezza, profondità e intensità. Fino ai confini più estremi. Del resto a tutti noi possono venire in mente idee e pensieri bizzarri, che ci stupiscono o ci spaventano. Quello che cambia, in una condizione che definiamo di malattia, è l'incapacità di controllare questi stati d'animo, di farvi fronte o di metterli da parte. Nella persona sofferente sentimenti, pensieri ed emozioni possono divenire così forti ed invadenti da caratterizzare intere giornate o periodi della vita a discapito delle relazioni familiari, sociali e del lavoro.

La sofferenza mentale non ha cause univoche, immutabili, valide sempre e ovunque, comunque e per tutti.

Esistono tuttavia diversi fattori che rendono le persone più o meno esposte e più o meno sensibili alle disavventure della vita.

E allora alla certezza, semplicistica e riduttiva, che esista una sola e principale causa che determina il disagio psichico, per esempio un danno alle cellule del cervello, va sostituito un modo di pensare più ampio.

Le caratteristiche affettive, emotive, comportamentali delle persone e la loro maggiore o minore capacità di adattamento alle difficoltà della vita, traggono origine dalla *interazione di molteplici fattori: biologici, psicologici e ambientali.*

In breve, i *fattori biologici* sono la componente genetica di un individuo, l'ereditarietà legata a particolari geni e cromosomi, gli esiti di una malattia o di un trauma, il funzionamento più o meno alterato delle cellule del cervello e delle sostanze chimiche che esse usano per comunicare tra loro.

I *fattori psicologici* sono i meccanismi di crescita di una persona, appresi nel corso del suo sviluppo evolutivo, che contribuiscono a formarne la personalità, il carattere, l'identità, il modo particolare di affrontare i problemi della vita, delle relazioni, della propria singolare storia. I *fattori ambientali* chiamano in causa tutta l'organizzazione sociale dominante, nei suoi molteplici aspetti culturali, sociali, economici, politici e religiosi: disoccupazione, migrazione, promiscuità, appartenenza a gruppi religiosi o politici chiusi, scarso livello d'alfebetizzazione, famiglia mal funzionante.

Particolari condizioni e le diverse intensità ed i molteplici significati degli eventi che accadono, possono produrre intensa sofferenza, comportamenti o scelte sicuramente svantaggiosi, fino alla perdita della capacità di stare adeguatamente nelle relazioni. Per alcuni questa condizione può limitarsi ad un breve periodo – caratterizzato per esempio da stati di ansia, insonnia, tensione – per poi tornare ad uno stato di relativo benessere. Per altri invece quel disagio potrebbe durare nel tempo e diventare più intenso, sfociando in un disturbo mentale vero e proprio. In questo caso il comportamento, il modo di parlare, di pensare, di rapportarsi con gli altri assumono caratteristiche che, nel linguaggio della psichiatria, diventano sintomi.

Un approccio integrato al disturbo mentale deve tener conto di tutti gli elementi che abbiamo esaminato. Una parte di essi sono utili per spiegare, altri per interpretare, altri ancora per comprendere. *Spiegare* una condizione di sofferenza mentale significa andare alla ricerca delle possibili cause e descrivere i sintomi. E' una premessa indispensabile, ma se ci si ferma qui si corre il rischio di cercare solo evidenze oggettive, togliendo significati alle esperienze individuali delle singole persone.

Il passo successivo è cercare di *interpretare*, decodificando i segnali del disturbo mentale. Per sollevare il pesante velo dell'apparente mancanza di senso e dare un significato agli avvenimenti, alle parole e ai gesti della persona sofferente. Ma anche se ci fermiamo qui corriamo il rischio di ridurre l'individuo a un oggetto. Un oggetto che viene investito dei significati che qualcun altro gli attribuisce dall'esterno.

E' allora attraverso l'immedesimazione, l'"empatia", il mettersi nei panni dell'altro, apparentemente incomprensibile, che possiamo infine arrivare a *comprendere*. Ciò richiede un grande desiderio di conoscenza della condizione umana, delle sue ruvidezze e scabrosità, restando in uno stato di "sospensione di giudizio". Significa anche sapersi porre in una posizione di ascolto e di osservazione con la capacità di riuscire ad accettare gli altri *mondi possibili*.

MANICOMIO

Tommaso Losavio

La data della fondazione delle istituzioni esclusivamente dedicate alla cura dei malati di mente può essere fissata all'inizio del 1800. Non è che prima non ci fossero strutture di ricovero per i "pazzi" ma queste avevano caratteristiche prevalenti di "asilo" più che di ospedali.

Durante la rivoluzione francese un medico, Pinel, con un gesto rimasto memorabile nella storia della medicina, ruppe le catene che incatenavano gli alienati e pose inizio alla storia della cura della follia considerata come malattia. Una malattia speciale che venne chiamata "*malattia morale*" per la quale erano necessarie cure particolari – il trattamento morale – che soltanto un'istituzione particolarmente attrezzata poteva fornire. La cura o trattamento morale si identificava con la permanenza per tutto il tempo necessario in un ospedale che, con le sue regole rigide, la sua organizzazione gerarchica, i suoi insegnamenti di vita avrebbe svolto un'azione di cura sui malati ricoverati incapaci di controllare passioni, sentimenti e ragione.

Nacquero così in Europa i manicomi nei quali alla metà del secolo XX erano ricoverate circa un milione di persone:

Solo a partire dalla metà degli '60 iniziò a svilupparsi una critica ai metodi di cura manicomiali. Burton in Inghilterra individuò una sindrome che attribuì alla *istituzionalizzazione* per descrivere alcuni sintomi che i ricoverati sviluppavano a causa del prolungato ricovero. In Italia, F. Basaglia insieme con altri psichiatri denunciò i danni causati dall'internamento ed iniziarono una trasformazione radicale delle regole, dell'organizzazione e dei modelli operativi della psichiatria che portò all'approvazione nel 1978 della legge che sanzionava la chiusura dei manicomi. In realtà gli ultimi ricoverati sono stati dimessi alla fine del 1999, vent'anni dopo l'approvazione della legge.

MASS MEDIA

Gian Piero Fiorillo

I **mass media**, o mezzi di comunicazione di massa, quali il cinema, la televisione, la stampa, la radio, hanno grande potere nel determinare lo status sociale delle persone. Essi possono accrescere o diminuire il prestigio, la fama, l'autorità, la dignità di una persona, non solo attraverso il modo di presentarla, ma anche per il semplice fatto di concederle o negarle un certo spazio nei propri programmi. Per questo è necessario porre molta attenzione al modo in cui i mass-media rappresentano la malattia mentale, i disturbi psicologici e soprattutto le persone che soffrono di questi disturbi. E' facile infatti danneggiare molte persone, semplicemente presentando la malattia mentale come fonte di aggressività e pericolosità sociale.

Molti studi dimostrano che i mass media interpretano perlopiù in chiave di violenza la malattia mentale, rinforzando lo stereotipo della pericolosità e di conseguenza lo stigma sociale. Lo stigma, che è il risultato dei pregiudizi derivanti dalle rappresentazioni sociali della malattia mentale, induce a sua volta i media a offrire cattive rappresentazioni influenzando negativamente sul decorso e sull'esito della malattia stessa. Questa stigmatizzazione colpisce non solo chi soffre di disagio psichico ma anche i familiari e coloro che prestano le cure. Il termine "**stigma**" deriva dal greco *sitzein* e definisce sia colui che ha una anomalia fisica rispetto a ciò che si considera normale, sia colui a cui viene assegnato un marchio infamante per aver trasgredito le norme sociali. In entrambi i casi ne consegue l'emarginazione dal contesto sociale. In altre parole, quando un tratto personale è oggetto di valutazioni negative particolarmente diffuse e ostili, tali da marcare severamente l'identità e l'autostima del soggetto, esso è detto stigma.

L'idea che chi soffre, o ha sofferto in passato, di un disturbo psichico sia potenzialmente violento e pericoloso determina da un lato un peggioramento delle condizioni di vita della persona a causa dell'emarginazione e, d'altro canto, può provocare un adattamento della persona stessa al ruolo che la società le impone. Questo fenomeno, conosciuto in psicologia sociale come *effetto Pigmalione*, favorisce l'avverarsi della *profezia sociale*.

I mass media hanno dunque grandi responsabilità nel veicolare le rappresentazioni dei fenomeni sociali, e anche nel suggerire o favorire comportamenti individuali.

Fortunatamente si possono trovare alcuni, anche se pochi, esempi di rappresentazione corretta del disagio psichico e della malattia mentale. Fra le produzioni cinematografiche recenti, ad esempio, vogliamo ricordare "Un silenzio particolare" di Stefano Rulli e, in ambito internazionale, "A beautiful mind" con Russel Crow nella parte di John Nash, matematico e vincitore del premio Nobel, nonostante abbia dovuto combattere fin da giovane contro la schizofrenia.

MATTO

Luigi Attenasio

“Matto”, voce molto complessa: parafrasando Benjamin per cui il Libro perfetto, il Libro dei libri, è un testo composto soltanto di citazioni, anche la voce “perfetta” è solo di citazioni. Da ciò dunque, intuizioni, riflessioni, immagini, di altri, intercettate nella mia lunga frequentazione con i matti, diventate, per dirla con Sergio Moravia, segnava, *Wegmarken* di heideggeriana memoria. Eccone dunque alcune, vere e proprie epigrafi del mio rapporto con loro, con qualche rimpianto per tantissime altre, parimenti importanti, che ho dovuto, necessariamente, escludere.

“Molta follia è suprema saggezza per un occhio che capisce – Molta saggezza, la più pura follia. Anche in questo prevale la maggioranza. Conformati, e sei saggio – dissenti, e sei pericoloso.

Un matto da legare” **E. Dickinson**

“ Il modo con cui la follia si manifesta è funzione della cornice nella quale è accolta. Nel manicomio più che altrove, tutto è concepito perché la follia cessi di parlare” **M. Mannoni**

“Dr. Van Nypelseer: ‘ lo vede che è pericoloso, glielo avevo detto che era pericoloso’ – Abrahams: ‘ sono venuto da lei per molti anni due o tre volte la settimana, e che cosa ne ho ricavato? Se io sono pazzo e pericoloso come dice adesso, lei non sta raccogliendo che ciò che ha seminato, ”” **J.J. Abrahams**

“Qualunque cosa dica il pazzo resta pazzia, come qualunque cosa dica il delinquente resta delinquenza, perché il rapporto istituzionale è solo un rapporto di potere che serve a perpetuare il dominio, la discriminazione attraverso la stigmatizzazione. Ricordiamo dunque che nei loro confronti abbiamo una sola superiorità: la forza” **F. Basaglia**

“Un viaggiatore che si era perduto in un paese dove nessuno parla la sua lingua e non sa dove andare si sente smarrito, solo e senza aiuto. Ma ecco che improvvisamente incontra un tale che sa parlare la sua lingua...Torna un po’ di vita, un po’ di voglia di continuare a combattere...Essere pazzi è come uno di quegli incubi in cui si cerca di chiamare aiuto ma non viene fuori la voce. Oppure la voce esce ma non c’è nessuno che senta o capisca. E non ci si può svegliare da questo incubo se non c’è qualcuno che sente ed aiuta a svegliarsi.” **Joan**

“Ho cercato di chiarire il concetto di cura che viene veramente richiesto al medico; in ogni caso non vuol dire dominare la vita di una persona” **H. G. Gadamer**

“ I provocatori, i sovrachiatori, tutti coloro che , in qualunque modo, fanno torto altrui, sono rei, non solo del male che commettono, ma anche del pervertimento a cui portano l’animo degli offesi.”

A. Manzoni

“A stretto rigore, il problema non è come farsi curare ma come vivere”. **Joseph Conrad**

“ Come un cane!, mormorò e gli parve che la sua vergogna gli sarebbe sopravvissuta” **F. Kafka**

“Come, più della psicologia stessa, la sofferenza la sa lunga in materia di psicologia!” **M. Proust**

“Durante la Liberazione, al seguito delle truppe americane che erano entrate con le nostre a Parigi, c’era un cappellano israelita, il rabbino Najditch. Nel suo primo sermone, pronunciato in francese, aveva detto: ‘Fin tanto che un solo uomo resta incatenato nessun altro uomo può essere interamente libero’”. **E. Minkowski**

“La società sta vivendo drammaticamente la dialettica dell’accettazione o del rifiuto dell’altro, soprattutto se diverso, con cui ci si trova a dover vivere....” **Luigi Di Liegro**

“Porte di corno’ chiamò Nerval, le soglie della follia. Quelle porte una matura umanità le attraverserebbe danzando...” **G. Mariotti**

“Certe conquiste dell’anima e della conoscenza non sono possibili senza la malattia” **T. Mann**

“ E’ il punto di vista del malato che è, in fondo, quello vero “ **G. Canguilhem**

“La vita è una commedia per coloro che pensano. Una tragedia per coloro che sentono”.**H. Walpole**

“E’ col cuore che si vede nel modo giusto; ciò che è essenziale è invisibile all’occhio”. **Antoine de Saint-Exupery**

“In questo mio memoriale di documentazione sulla depressione rivelo le emozioni e le sensazioni provate quando per calamità durante il corso della mia vita è stato inciso il mio corpo e impressionato il sentimento” **Aldo Cinti**

“Il folle aspetta troppo una carezza...” **Bice**

“E’ da folli aspettare troppo una carezza...” **Marina**

“I muri di questo reparto / dovrebbero crollare / noi dovremmo fuggire liberi / con i nostri sacchi a pelo / appesi ai rami di una foresta / come bozzoli dondolanti / in cerca di avventure / da divorare / liberi nel volo .” **Tania – Desiderio di una libertà**

“Quando il ricordo si fa ossessione, il ragionare ti fa male, imbusta il tuo passato e spediscilo nel vento, qualcuno lo troverà. Fuori piove, la pioggia penetra, corrode, arrugginisce, rende schiavi e uccide; costruisce un ombrello contro le ingiurie della società, ma non nasconderti mai sotto l’ombrello; anche se ora grandina, lotta nel presente per il futuro, seduci la società e trafiggile il cervello, dalle ceneri risorgerà un’alba nuova”. **Alessio**

Suggerimenti bibliografici: Franco Basaglia, *Scritti* Volume I e II, Einaudi Torino 1981

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO (O.P.G.)

Ilario Volpi

Denominato così dopo la riforma carceraria del 1975, il “manicomio criminale” non è stato toccato dalla nuova legislazione psichiatrica, mantenendo sostanzialmente inalterata la caratteristica di doppia esclusione del malato di mente rispetto al contesto civile e alle opportunità terapeutiche. Esiste un dibattito aperto sul rapporto tra condizione di sofferenza, incapacità, imputabilità: da tempo numerose organizzazioni di esperti chiedono il superamento degli O:P:G:, ma le numerose proposte avanzate non hanno ancora trovato soluzione.

Attualmente nei diversi O:P:G: esistenti in Italia sono internate oltre 1000 persone.

PARTECIPAZIONE

Girolamo Digilio

La partecipazione dei cittadini-utenti alla vita delle istituzioni e alla definizione dei bisogni e delle priorità sanitarie è una condizione essenziale per favorire risposte adeguate alla domanda di salute dei cittadini ed è un presupposto necessario per il conseguimento della salute per tutti. Il concetto di “libertà attiva”, per cui la legalità non è un insieme di regole imposte dall’alto, ma deriva dall’apporto attivo della cultura e della viva esperienza dei cittadini è un cardine della moderna democrazia. La partecipazione dei cittadini può così contrastare la involuzione burocratica delle istituzioni e la loro degenerazione in centri di potere che molto spesso capovolgono, nella pratica, il senso stesso della loro missione: non più l’istituzione al servizio del cittadino, ma il cittadino al servizio dell’istituzione.

Già la legge 833/78 riconosce la funzione delle associazioni di volontariato “di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale”;

tutta la successiva legislazione sanitaria, in conformità con le direttive dell’O.M.S., favorisce ampiamente “sia nella fase di progettazione che in quelle dell’erogazione e della verifica della prestazione, la più ampia partecipazione e consultazione dei cittadini, delle organizzazioni sindacali e degli organismi sociali, quali strumenti di crescita civica e quali mezzi per il miglioramento del sistema socio-assistenziale ed il suo adeguamento alle esigenze dei singoli e della collettività”. In particolare, i Progetti obiettivo nazionali tutela della salute mentale 1994-1997 e 1998-2000 (tuttora vigente) sottolineano “l’importanza di sviluppare la collaborazione con le associazioni dei familiari

e degli utenti, riconoscendone il ruolo attivo ed il valore fondamentale come risorsa al fianco delle équipes e dei servizi” (P.O. 1998-2000).

Nonostante questa notevole apertura culturale delle nostre leggi, stenta tuttavia a decollare nel Paese un processo di reale presenza attiva dei cittadini nelle istituzioni: solo in alcune Regioni esistono Consulte regionali per la salute mentale, variamente composte, che, non senza difficoltà, riescono a rappresentare il punto di vista degli utenti dei servizi. Nel Lazio, esiste un sistema di consulte a livello dipartimentale e, a Roma, una Consulta cittadina che svolgono un importante ruolo di rappresentanza dei bisogni dei cittadini in tema di salute mentale.

La partecipazione dei cittadini alla programmazione sanitaria e alla scelta delle priorità resta pertanto un impegno e un importante obiettivo per il movimento degli utenti e dei familiari.

PERCORSO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO

Girolamo Digilio

La malattia mentale (vedi) non è un evento episodico, ma un processo evolutivo, per lo più di lunga durata, che, condizionato da molteplici fattori (biologici, ambientali, psichici, familiari) procede dalla “normalità” alla “patologia” e, se ben trattato, dalla “patologia” alla “normalità” in tempi non meno brevi. La sua cura non può essere semplicisticamente ridotta all’uso di una singola pratica, per quanto apparentemente efficace (per esempio il trattamento con psicofarmaci), ma deve confrontarsi con i suoi bisogni globali e con i molteplici fattori in causa e deve adeguarsi ai sintomi che si manifestano nel tempo e sono espressione dello stato di evoluzione complessivo.. Si delinea così un vero e proprio “percorso” basato sulla comprensione profonda del paziente e rispettoso della sua dignità di persona e dei suoi diritti di cittadino. Accanto alle farmaco- e psico-terapie è quindi fondamentale per la riuscita del progetto terapeutico organizzare un programma che affronti i problemi dell’abitare (vedi), del lavoro (vedi), del tempo libero, dell’ambiente sociale e familiare.(vedi voce “riabilitazione”). Assai schematicamente si possono distinguere alcune “tappe” del percorso, alle quali dovrebbero corrispondere, grosso-modo, strutture dedicate. Un accento particolare va posto sull’importanza decisiva per tutto il successivo decorso e per il destino del paziente della prevenzione (soprattutto nell’età evolutiva), della presa in cura precoce e continuativa (Centri di Salute Mentale, CSM); della riabilitazione e dell’inclusione sociale (Centri diurni, Impresa sociale, strutture semiresidenziali o residenziali); una presa in cura così articolata evita o riduce al minimo il determinarsi di situazioni particolarmente critiche che possono richiedere un ricovero ospedaliero (che, di norma, si effettua presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, SPDC), e riduce anche al minimo esiti invalidanti e cronicizzanti quali quelli che abbiamo potuto osservare nelle persone rinchiusi nei manicomi o, in tempi più recenti, in pazienti mal trattati a causa della inadeguatezza delle strutture e dei servizi di comunità.

Pericolosità

Tommaso Losavio

“Devono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo...” così recitava l’articolo 1 della legge n. 36 del 14 febbraio 1904 “ Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati” rimasta in vigore sino alla legge di riforma del 1978.

Lo stretto legame tra pericolosità e malattia mentale, il considerare il malato di mente come soggetto pericoloso non sono soltanto il risultato di credenze popolari che hanno antichissime radici (molti folli, ad esempio, sono stati bruciati sui roghi dell’inquisizione perché ritenuti posseduti dal demonio): la prima legge, emanata dal parlamento dello stato unitario, sull’assistenza

psichiatrica in Italia poneva come motivo centrale di ricovero il problema della pericolosità e non quello della malattia.

La richiesta esplicita della *custodia* ratificava anche, senza equivoci, il mandato di controllo che l'organizzazione sociale delegava alla psichiatria e alla sua istituzione: il Manicomio.

La credenza che il malato di mente fosse o potesse divenire pericoloso è stata per secoli sostenuta dalle credenze popolari e dalle modalità di trattamento di questi pazienti (Celso nel I° secolo d.c. aveva già sostenuto la necessità di usare nei loro confronti le catene, i ceppi e la fustigazione) e dalle legislazioni che ponevano in primo piano la necessità della custodia piuttosto che della cura. In tempi più recenti, gli organi d'informazione hanno contribuito a rinforzare questa erronea convinzione continuando a sostenere l'opinione che *folia* sia la causa dei crimini più efferati. Non è raro infatti leggere sui giornali o ascoltare per radio o per televisione di *gesti folli*, del *folle che ha commesso un delitto*, di un *raptus di folia* a proposito di notizie di cronaca che colpiscono i lettori e gli ascoltatori per l'imprevedibilità o l'inspiegabilità dell'atto criminale

La "pericolosità" è un modo di comportarsi che preoccupa e spaventa e che quindi con grande difficoltà può essere considerata come una delle espressioni possibili della normalità, come uno degli eventuali comportamenti che, in situazioni particolari, persone normali o, meglio, non malate sono capaci di mettere in atto.

Le persone con disturbi psichiatrici possono essere, come le persone senza disturbi psichiatrici, pericolose e la loro pericolosità non è necessariamente e genericamente espressione della malattia né tanto meno una condizione permanente ("*è malato, quindi pericoloso*"). Come le persone non malate anche i pazienti psichiatrici possono avere una struttura di personalità che li espone più facilmente di altri a reazioni esplosive e aggressive. Si possono realizzare, per i sani e i malati, situazioni particolari (d'allarme, di pericolo, di frustrazioni, di vissuti d'aggressione) nelle quali più facilmente alcune emozioni diventano difficili da controllare e danno luogo a comportamenti impulsivi e violenti. La persona con disturbi psichiatrici solo in alcuni momenti della sua malattia, quando lo stato di coscienza, la capacità di governare gli impulsi, la facoltà di valutare la realtà, la possibilità di stabilire relazioni efficaci sono più compromessi, può mettere in atto comportamenti "pericolosi". Sono in genere situazioni transitorie e facilmente modificabili con interventi terapeutici opportuni che non dovrebbero mai richiedere straordinarie misure tendenti a limitare le sue libertà e a ledere i suoi diritti. Spesso proprio il non sentire compresa la sofferenza che si vive, comportamenti violenti e oppressivi nei suoi confronti, la solitudine e l'abbandono possono accendere l'irritabilità, determinare l'aggressività, spingere a comportamenti violenti. Questi, in alcune situazioni, andrebbero letti anche come richiesta di aiuto, come paradossale ma prepotente richiesta di maggiore protezione e provocatoria sfida e messa alla prova della capacità di tenuta di un rapporto terapeutico e/o normale).

Una critica che venne avanzata da più parti alla riforma psichiatrica (legge 180/78) era centrata sulla modifica sostanziale da essa apportata al mandato di controllo sociale delegato per secoli al manicomio. La tesi sostenuta era legata al timore, spesso enunciato come certezza che la chiusura dei manicomi avrebbe determinato un aumento dei suicidi (*il pericoloso a sé*) degli atti criminali (*il pericoloso agli altri*) compiuto dai malati di mente non più protetti dall'istituzione. Il numero dei suicidi¹ e dei mancati suicidi² negli anni del dopo riforma in Italia, al contrario di quanto avviene in molti altri paesi europei, non solo non è aumentato ma dimostra una tendenza alla riduzione complessiva e ad un aumento relativo per le fasce dell'età adolescenziale e per la terza e quarta età. Più difficile è avere indicazioni statisticamente attendibili per i comportamenti delittuosi. Si può comunque fare riferimento al numero delle persone che, prosciolte a causa di una infermità mentale,

¹ Il comportamento suicidario non è sempre e soltanto una manifestazione di disturbo psichiatrico

² Si distinguono i mancati suicidi dai tentativi di suicidio: i primi sono comportamenti finalizzati al suicidio ma che non raggiungono lo scopo per evenienze non previste; i secondi sono comportamenti, spesso dimostrativi, non adeguati a raggiungere lo scopo

sono state internate con una misura di sicurezza³ in uno dei sei ospedali psichiatrici giudiziari ancora funzionanti in Italia . Questo numero, che da anni oscilla complessivamente intorno alle mille unità, non ha mostrato dopo la riforma incrementi significativi .

I nuovi servizi di salute mentale a centralità comunitaria svolgono una funzione di protezione del malato e della sua famiglia ma la tutela diviene possibilità di emancipazione e di autonomia , ha i suoi punti di forza nel *prendersi cura* e nella *continuità terapeutica* e non viene più delegata alla semplice custodia .

PREGIUDIZIO

Luigi Attenasio

La parola pregiudizio deriva dal termine latino “*praejudicium*”, parola che per gli antichi significava giudizio precedente all’esperienza stessa, ossia emesso in assenza di dati sufficienti. Esso è una opinione a priori, anteriore alla conoscenza di determinati fatti o persone, basata su convincimenti tradizionali, rivolta a persone di una razza o di una religione o nei confronti di chi assolve un qualunque altro ruolo sociale significativo. I pregiudizi si formano prima o senza il dovuto esame dei fatti e sono mantenuti a dispetto di evidenze che li contraddicono. Ci fanno prendere una posizione, quasi sempre squalificante verso persone di un gruppo sociale per la sola appartenenza a quest’ultimo e determinano atteggiamenti ingiustificati e antipatie basate su una errata e quasi inflessibile generalizzazione, sentita o anche espressa e diretta, contro un gruppo nel suo complesso oppure contro un individuo in quanto **membro di quel gruppo. Non ce ne possiamo sbarazzare** tanto facilmente, perché spesso sono condivisi e fanno parte integrante del tessuto dei rapporti sociali e dei processi collettivi su cui si edifica la realtà. Mattoni di questa costruzione sono gli stereotipi, immagini mentali, veri nuclei cognitivi, spesso semplificazioni un po’ grossolane e quasi sempre molto rigide, costruite non a caso, nè arbitrariamente ma secondo modalità stabilite culturalmente. Essi non solo orientano la ricerca e la valutazione dei dati dell’esperienza, alterati di fatto già al momento della loro percezione ma si riproducono perché ciò che può contraddirli viene ignorato o neutralizzato in vari modi. I pregiudizi sono sostenuti da generale inflessibilità e dogmatismo, da una mentalità ristretta, e si caratterizzano per grande parzialità. Sono credenze superficiali, distorte per la tendenza a categorizzare, cioè a raggruppare gli individui in un blocco unico, senza tener presente situazione e contesto, trascurando le caratteristiche peculiari di ciascuno. I malati mentali sono stati tra le principali vittime delle paure irrazionali dei normali, perché la follia è qualcosa di misterioso, sconosciuto, imprevedibile. che ha generato paure irrazionali che, trasferite sul “diverso”, ne hanno fatto facilmente un capro espiatorio con quanto ne consegue: improduttività sul piano sociale, inefficienza, convinzione della loro pericolosità, organicità della malattia mentale, incurabilità. “La ricerca nel gruppo del capro espiatorio, del membro da escludere, sul quale scaricare la propria aggressività, non può essere spiegata che nella volontà dell’uomo di escludere la parte di sé che gli fa paura. Il razzismo in tutte le sue facce non è che l’espressione del bisogno di queste aree di compenso, quanto l’esistenza dei manicomi-quale simbolo di ciò che si potrebbe definire le “riserve psichiatriche” paragonandole ai ghetti e ai fenomeni di *apartheid* - è l’espressione di una volontà di escludere ciò che si teme perché ignoto e inaccessibile...Di fronte alle sue paure e alla necessità di assumersi le proprie responsabilità, l’uomo tende a oggettivare nell’altro la parte di sé che non sa dominare...E’ un modo di negarla in sé negando l’altro; di allontanarla escludendo i gruppi in cui è stata oggettivata...”(Franco Basaglia). Da un lato dunque la non conoscenza, dall’altro la convinzione errata di conoscere già tutto. Hegel in “Fenomenologia

³ Le persone che commettono un atto delittuoso e che, in base ad una perizia psichiatrica, vengono dichiarate incapaci d’intendere e volere al momento in cui hanno commesso l’atto a causa di una malattia mentale non possono essere giudicate. Vengono pertanto prosciolte e viene loro inflitta una misura di sicurezza che in base alla gravità dell’atto commesso varia tra un minimo di due anni ed un massimo di dieci anni da scontare in un ospedale psichiatrico giudiziario

dello spirito”, ammonisce di stare attenti al “già noto” che, proprio perché troppo noto, rischia di non essere conosciuto. Rosenhan, a dimostrazione dei danni causati da ciò, nel 1973 pubblica i risultati di un esperimento condotto da lui stesso, dai quali si evince in maniera chiara come un etichettamento iniziale di un soggetto porti poi ad una difficoltà nel riconoscere le sue effettive condizioni. Rosenhan stesso e i suoi collaboratori, fingendosi malati psichiatrici si fecero ricoverare in vari ospedali americani, sotto mentite spoglie. Essi furono ammessi con diagnosi di schizofrenia. Durante la permanenza in ospedale tutti i falsi pazienti smisero di fingere, comportandosi in maniera del tutto naturale. Nessun operatore sospettò nulla e tutti i soggetti vennero dimessi con una diagnosi di schizofrenia, mentre furono proprio alcuni pazienti ad intuire e sospettare qualcosa circa l’esperimento. Il preconstituito è dunque difficilmente eliminabile, soprattutto in psichiatria dove ha allignato profondamente. Alcuni recenti episodi lo confermano: qualche tempo fa in una famosa cittadina turistica siciliana il sindaco non ha permesso ad alcuni ospiti lungodegenti presso il Manicomio di Palermo di alloggiare in una Casa famiglia perché “rovinano il turismo”; in un paese emiliano un giovane utente dei servizi psichiatrici dopo avere interrotto gli studi per ragioni di salute ha chiesto di completarli. La sua domanda è stata accettata dalla scuola. Alcuni genitori dei ragazzi hanno protestato. Anche lì il sindaco si è schierato per l’esclusione del ragazzo malgrado il parere negativo dei servizi territoriali curanti, la grande solidarietà mostrata dagli studenti e una raccolta di firme a lui favorevoli; è recente la presa di posizione, in una cittadina laziale, di un gruppo di genitori contro l’insediamento di un Centro Diurno per utenti psichiatrici presso una scuola; in Gran Bretagna i ministri degli Interni e della Sanità del governo di Tony Blair hanno proposto non tanti anni fa una legge per l’internamento a vita in speciali unità carcerarie di massima sicurezza di persone ritenute incurabili e socialmente pericolose anche nel caso non abbiano commesso crimini, affidandole al giudizio di psichiatri e non più a quello di magistrati.

Abbiamo provato ad affrontarlo, scegliendo di incontrare alcuni gruppi significativi: insegnanti e studenti di scuole medie superiori e universitari, familiari, poliziotti, portandoli a conoscenza del problema attraverso strumenti della nostra esperienza e verificando eventuali modifiche nel loro atteggiamento verso la follia. Con un questionario abbiamo chiesto quali caratteristiche per loro sono tipiche della persona malata di mente, quale il suo destino rispetto alla guarigione, quali le possibili cause della malattia e se accetterebbero un lavoro di assistenza a persone malate di mente. Li abbiamo incontrati più volte utilizzando filmati, diapositive, e altro, con informazioni sulla storia della psichiatria e le trasformazioni avvenute in Italia in questi ultimi quaranta anni, suggerendo testi come stimolo per la discussione. Dopo aver visto il vecchio e il nuovo, alle stesse domande, da risposte molto improntate a uno stereotipo determinato dal pregiudizio del matto in quanto persona pericolosa, irrecuperabile e “naturalmente” volto alla cronicità, si è passati a un aumento delle risposte con una più realistica percezione, a un incremento della disponibilità emotiva nei suoi confronti e a un atteggiamento più improntato a considerare la malattia mentale non determinata esclusivamente da anomalie biologiche o predisposizioni ereditarie. Riassumendo, superata la barbarie manicomiale, il bilancio della trasformazione psichiatrica è positivo ma c’è il rischio di vanificarne gli effetti. I luoghi odierni della salute mentale sono ancora per chi li frequenta da utente spazi “minati” dove si annida il pregiudizio. L’istituto di psichiatria dell’Università di Napoli ha coordinato dal 1998 al 2000 uno studio nazionale sul contesto socio-familiare dei pazienti con schizofrenia. I Centri di salute mentale coinvolti sono stati 29 e gli operatori, di tutte le professionalità, 465. Circa il 70% di loro ha indicato come causa della schizofrenia l’ereditarietà!!!. A ciò, più delle scoperte cosiddette scientifiche fanno da contrappeso gli utenti con la partecipazione alla storia, alla “biografia” del servizio, con la valorizzazione del loro punto di vista e la riacquisizione dei diritti in un “rovesciamento dei significati” che ha coinvolto lo stesso concetto di patologico: il malato, il pazzo, l’alienato non sono che l’altra faccia del normale. Per Canguilhem, maestro di Foucault, è il punto di vista del malato ad essere, in fondo, quello vero.

Suggerimenti bibliografici:

Bruno M. Mazzara, *Stereotipi e pregiudizi* Società editrice il Mulino, Bologna 1997

PRENDERSI CURA

Tommaso Losavio

Il prendersi cura è l'aspetto centrale della pratica di un servizio di salute mentale di comunità che si sviluppa nell'incontro tra il tempo del paziente e il tempo dei suoi curanti. E', anche, l'attenzione a cogliere non soltanto la malattia e i suoi sintomi, ma i diversi momenti e le diverse forme dell'esistenza (non soltanto della malattia) del paziente con i suoi molteplici rapporti che lo legano alla sua storia personale, alla sua famiglia ed al suo contesto sociale.

E' alternativo all'istituzionalizzazione e costituisce il metodo di lavoro dei nuovi servizi a centralità territoriale che operano in assenza di istituzioni totali come soluzione di problemi che talora possono apparire anche insolubili. Il rapporto di cura si colloca costantemente nella prospettiva "dell'esclusione dell'esclusione" e tende costantemente e tenacemente ad attribuire (o a restituire) alla sofferenza del paziente - e al modo in cui è espressa - il diritto di appartenere al mondo di ciò che può essere compreso e non soltanto interpretato come sintomo di malattia.

Le condizioni operative per realizzare un simile progetto sono da ricercarsi :

1. Nel TEMPO - Il tempo della domanda, a volte tumultuoso altre volte lentissimo, spesso è contrapposto al tempo della risposta (del servizio) il più delle volte rigido e burocratico;
2. Nel RAPPORTO - La consapevolezza che il rapporto è (per definizione) asimmetrico perché il livello di potere del curante è maggiore di quello del curato;
3. Nelle CONOSCENZE e COMPETENZE - Le conoscenze e le competenze nel campo della psichiatria sono ancora parziali e precarie e non devono essere utilizzate come assolute e definitive;
4. Nella SOGGETTIVITA' - Il rispetto della soggettività del curato deve essere assunta come alternativa all'oggettivizzazione, abituale in qualsiasi rapporto tra curante e curato.

I servizi che operano in questa prospettiva sono costretti misurarsi quotidianamente con la complessità dei problemi e il piano di lavoro prevede l'attivazione di sempre nuove prospettive e percorsi nella ricerca di risposte a problemi che risultano necessariamente molto più complessi e articolati di quanto la semplice riduzione a malattia possa consentire di comprendere e di risolvere. Cura quindi non come semplice cura della malattia, ma anche come ricerca di una tutela e di una protezione della persona che soffre che, a causa della sua sofferenza, può correre dei rischi che mettono in gioco la sua capacità di libertà e i suoi diritti di cittadinanza in alcuni momenti e in alcune circostanze della storia della sua sofferenza e della sua vita.

PRIVACY

Gaetano Infantino e Angelo Di Gennaro

La privacy è un diritto fondamentale della persona strettamente connesso alla sua identità. Si estende anche ai dati genetici, la cui riservatezza pone però in certi casi problemi delicati e complessi.

La legge 675/96 ha introdotto nel nostro Paese il concetto di privacy, che vuole tutelare tutte le operazioni che coinvolgono informazioni personali: la raccolta, la registrazione, il raffronto, la selezione, l'astrazione la comunicazione, l'organizzazione, la conservazione.

Il Testo unico 196/03 sulla privacy vuole essere un contenitore ragionato delle disparate norme che si sono accumulate in sei anni di riservatezza dei dati personali: perché un testo sulla privacy e le sue implicazioni nella sanità ? La sanità è uno di quegli ambiti ove l'interpretazione e la ricezione delle leggi trovano le maggiori difficoltà, proprio a causa della molteplicità dei dati, soprattutto con la caratteristica di sensibilità, che gli operatori raccolgono, trattano, conservano, comunicano allo scopo di soddisfare la domanda di salute dei cittadini. A complicare l'applicazione della n° 196/03

vi è anche l'esigenza di integrazione con altre norme, come la legge sulla trasparenza e semplificazione amministrativa.

Una legge di così ampio respiro obbliga tutti gli operatori sanitari a ripensare il proprio *modus operandi* nei confronti del trattamento dei dati personali: come tutte le leggi innovative, che sanciscono o ribadiscono principi generali sono poi le persone, nel momento del recepimento e dell'applicazione, che permettono alle norme stesse di vivere e imporsi. Ecco quindi la necessità di approfondire, al di là della sua popolarità contingente, questa tematica in un testo *ad hoc* e di analizzare l'impatto dell'applicazione della legge nella pratica professionale nei Servizi sanitari.

Per quanto riguarda l'attività terapeutica e riabilitativa del Dipartimento di Salute Mentale, l'applicazione del Codice pone qualche problema. Soprattutto quando si pensi che la gran parte del lavoro clinico si fonda sulla ricerca e il mantenimento di un clima e di un rapporto di collaborazione tra i Servizi, gli utenti, le famiglie e le istituzioni collaterali al DSM (Comune, Municipi, Agenzie lavorative, ecc.).

La difficoltà attuale, quindi, è quella di rispettare le norme del Codice da un lato, e proteggere i dati cosiddetti sensibili dell'utente e della famiglia; e, dall'altro, di individuare spazi di lavoro che sappiano conciliare tali esigenze con il diritto dei cittadini ad essere curati utilizzando tutti gli strumenti a disposizione, compresa una corretta e fluida comunicazione fra le varie istituzioni coinvolte nel sistema curante nel suo complesso. Ovviamente, è dovere dell'équipe curante agire nell'interesse del cittadino-utente che va considerato sempre - almeno nell'ambito della tutela e della promozione della salute mentale - protagonista della propria storia e del proprio processo di cura.

PROGETTO OBIETTIVO TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (P.O.)

Girolamo Digilio

Gli obiettivi e le strategie dell'intervento dello Stato per la tutela della salute mentale sono enunciati nel 1° e 2° "Progetto Obiettivo tutela della salute mentale" (P.O.), emanati con D.P.R. rispettivamente il 7/4/1994 e il 10/11/1999, che definiscono anche la tipologia e gli standard delle strutture alternative al manicomio, la loro "mission", la loro distribuzione nel territorio, la loro reciproca articolazione, i loro rapporti con le altre istituzioni coinvolte nella tutela della salute mentale. I due P.O., ma soprattutto il primo, che disegnava per la prima volta uno schema di organizzazione quale era venuta configurandosi negli anni '60-'90 nel corso delle esperienze di Franco Basaglia e del processo di superamento dell'ospedale psichiatrico, rappresentano il completamento della legge 180/78, legge quadro fondamentale che, da una parte sanciva la chiusura dei manicomi e dall'altra regolamentava le modalità di attuazione del T.S.O. (Trattamento Sanitario Obbligatorio) definendo le procedure per la salvaguardia dei fondamentali diritti di cittadino della persona con malattia mentale: questa legge, senza entrare nei dettagli organizzativi, postulava un diverso approccio alla malattia mentale e modificava gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico sostituendo la promozione della salute e la prevenzione dei disturbi mentali al controllo sociale dei malati di mente e spostando la centralità dell'intervento dal ricovero ospedaliero ai servizi territoriali.

Il Progetto obiettivo identifica il Dipartimento di salute mentale (DSM) come la sede di tutte le attività territoriali di assistenza psichiatrica nella quale trovano assetto tutte le strutture coinvolte nella realizzazione del progetto terapeutico-riabilitativo finalizzato al reinserimento sociale e lavorativo della persona con malattia mentale. In particolare il P.O. 1998-2000 riconosce nel modello dipartimentale il modello più idoneo a garantire l'unitarietà dell'intervento e la continuità terapeutica

Gli standard di strutture e di personale previsti dal P.O. per ogni modulo di 150.000 abitanti sono i seguenti:

- Un Centro di Salute mentale (CSM), con attività ambulatoriali e domiciliari, sede organizzativa dell'équipe degli operatori e sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reintegrazione sociale nel territorio di competenza;
- Un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), dotato di almeno un posto letto ogni 10.000 abitanti;
- Strutture per attività in regime semiresidenziale (Centro diurno e/o Day-hospital) con la recettività tendenziale di almeno un posto ogni 10.000 abitanti;
- Strutture per attività in regime residenziale con la recettività tendenziale di almeno un posto ogni 10.000 abitanti;
- Un organico di almeno un operatore ogni 1.500 abitanti.

Particolare importanza viene attribuita alla partecipazione diretta degli utenti, dei familiari e delle reti sociali ai processi di cura e di riabilitazione, al collegamento con l'associazionismo dei familiari e degli utenti, all'incremento degli interventi di rete sociale e familiare con riduzione della sofferenza e del disagio nel contesto di vita del paziente psichiatrico.

E' doveroso rilevare che, anche se i Dipartimenti di salute mentale sono stati realizzati in gran parte del Paese e sono oggi un punto di riferimento fondamentale per la tutela della salute mentale, pur tuttavia il loro funzionamento, soprattutto per la sotto dotazione in personale rispetto agli standard del P.O., copre solo una parte dei fabbisogni lasciando ampie zone di abbandono dei pazienti. La battuta di arresto verificatasi nel corso degli ultimi anni per la scelta governativa di destinare ingenti risorse alle strutture private di ricovero ha ulteriormente penalizzato il servizio pubblico e, in particolare, i servizi territoriali di presa in cura precoce e continuativa, con una ricaduta assai negativa sulla salute e sul destino dei pazienti.

PSICOFARMACI

Narciso Mostarda

Le prime sostanze attive sulla psiche umana risalgono agli inizi del novecento, ma solo negli anni cinquanta del secolo scorso sono stati introdotti i primi veri farmaci ad azione sedativa negli stati psicotici e ad azione antidepressiva.

Circa dieci anni dopo sono arrivate le prime molecole ad azione ansiolitica. Era possibile, cioè, una nuova modalità di intervento sui sintomi e sulle malattie psichiatriche, modificando lo scetticismo e l'alone di mistero che le avvolgeva.

La nuova dimensione terapeutica facilitava la comunicazione con il paziente, potenziandone gli spazi di ascolto e di comprensione, fino a garantire un approccio più umano, di condivisione e di individuazione di strategie sempre meno contenitive. **E' esperienza consolidata, tuttavia, che, affinché la cura di un paziente sia efficace, l'uso dello psicofarmaco deve essere integrato con gli interventi psicologici, psicoterapeutici e riabilitativi.**

Classicamente gli psicofarmaci si suddividono in:

- farmaci antidepressivi
- farmaci antipsicotici
- stabilizzatori dell'umore
- benzodiazepine.

I farmaci **antidepressivi** (ve ne sono diverse classi con caratteristiche, effetti e risultati attesi possibili specifici) intervengono su un complesso sistema di sintomi che vanno dal mal di testa, all'irritabilità, alla tensione, alla demotivazione, all'apatia, alla stanchezza, all'insonnia, ai disturbi dell'appetito, alla tristezza profonda, all'angoscia fino anche all'idea suicidaria.

Tali sostanze necessitano di un tempo di latenza prima di essere veramente efficaci, agendo a più livelli su particolari sistemi di trasmissione degli impulsi e delle informazioni tra le cellule del sistema nervoso centrale.

I farmaci **antipsicotici** si suddividono in quelli classici e in quelli atipici di nuova generazione. Alla luce dei risultati degli studi effettuati, possiamo affermare che i farmaci atipici consentono una maggiore adesione dei pazienti al trattamento farmacologico, grazie ad una maggiore specificità e ad un minore impatto degli effetti collaterali. Possiamo affermare, infatti, che gli atipici riducono il rischio di sintomi extra piramidali, determinano minori disfunzioni sessuali, migliorano l'efficacia, ma possono provocare un aumento del peso corporeo ed una sonnolenza. Tali farmaci agiscono sia sui sintomi positivi delle psicosi (delirio, allucinazioni) che sui sintomi negativi (apatia, ritiro, isolamento, inibizione). I farmaci **stabilizzatori dell'umore** agiscono, invece, sul controllo degli impulsi, sull'aggressività e sui sintomi maniacali (eccitamento psichico), nel tentativo di stabilizzare il tono dell'umore, per evitare pericolose oscillazioni tra la depressione grave e l'eccitamento stesso. Le **benzodiazepine** rappresentano una classe di farmaci, nota da diverso tempo, che esplicano una efficace azione anti ansia, intervenendo sui disturbi più lievi, ma capaci comunque di determinare una seria compromissione della qualità della vita quotidiana. Essi vengono prescritti nei disturbi d'ansia, negli attacchi di panico, nei disturbi ossessivo-compulsivi, nelle somatizzazioni, nei disturbi del sonno. Tutti gli psicofarmaci possono essere prescritti, dopo un'accurata diagnosi, dagli specialisti, nell'intento di costruire una risposta efficace alle diverse forme con le quali si manifesta la patologia psichiatrica. Buona prassi è quella di individuare i farmaci più efficaci alle minori dosi possibili, per attenuare l'impatto chimico e gli eventuali effetti collaterali. Molto importante, perché una terapia a base di psicofarmaci risulti idonea e accettata dal paziente, è la capacità dell'operatore di fare in modo che ci sia una corretta e piena informazione sui farmaci stessi, per poter condividere il percorso di cura.

PSICOSI

Agostino Pirella

Psicosi è parola che viene dal greco e significa letteralmente degenerazione o lesione della psiche, cioè della nostra attività mentale. Ad esempio, artrosi è la degenerazione o lesione dell'articolazione, mentre il suffisso "ite" indica l'infiammazione dell'organo o tessuto, cioè un processo infettivo (ad esempio: "artrite"). Si nota da ciò che l'applicazione di una terminologia medica ai fenomeni legati alla sofferenza psichica risulta quanto meno forzata. Il termine "psicosi" è entrato nell'uso all'inizio del secolo scorso sostituendo altri termini che in precedenza venivano largamente usati, anche dagli stessi medici, come "follia", "alienazione mentale", "demenza". Ciò accadeva prima del dominio della medicina su quella particolare diversità e sofferenza che poi è stata chiamata "malattia mentale" o "psicosi". Questo dominio si è espresso, e ancora oggi è prevalente, in modo duplice: da una parte con l'internamento del paziente nel manicomio o in spazi ("clinici") ristretti, d'altra parte questa pratica si fonda su un apparato diagnostico ed un modello terapeutico fondato sugli psicofarmaci, che allontana, distanzia il soggetto e la sua vita dal mondo dei sani, isolandolo sempre di più in uno spazio artificiale. Così le sue difficoltà, che l'hanno portato nel mondo della psichiatria, rischiano di aumentare, di complicarsi e di fissarsi in uno stato di relativa immobilità, rotta di quando in quando da ira e ribellione. Così si tratta anche la sua presunta "pericolosità", quando si tratta, anche se ciò accade raramente, di oppressione nei confronti dell'oppressione cui è sottoposto (vedi voce: "gravità"). Per molto tempo (e per qualche psichiatra ancora oggi) si è giudicata la persona affetta da psicosi come un soggetto che non si rende conto del suo stato. Ma le cose non sono così lineari. Se accettato/a come persona, nel pieno rispetto dei suoi diritti, non solo coglie molto bene quali sono i

vincoli e le difficoltà che gli/le impediscono una vita sufficientemente felice, ma è pronto/a a cooperare con tutti coloro, tra gli operatori della salute mentale, ma anche gli amici e le persone care, che sono disposte ad aiutarlo/a.

In ogni caso il mondo dello psicotico non può essere considerato un mondo “malato”, da riparare. Come hanno osservato molti psichiatri e psicologi negli ultimi decenni, la diversità non è malattia, ma opportunità di vedere gli altri e la realtà che ci circonda con altri occhi. Si ha il diritto di farlo, ma anche quello di essere aiutati se la sofferenza della propria condizione diviene insopportabile

RESIDENZIALITÀ

Valter Gallotta

Nell'era dei manicomi la risposta al disagio complessivo della persona era *unica e stereotipa*, sempre uguale per tutti e per ogni esigenza.

L'istituzione rispondeva con una sola possibilità, il *ricovero*, finendo per negare le caratteristiche d'individualità che ognuno ha in se.

Il manicomio era la risposta a tutto, anche la risposta abitativa.

La persona aveva per casa un posto NON SCELTO;

Fatto in un modo NON SCELTO;

Organizzato secondo regole generali, opposte alle personali.

Nel manicomio le persone si adeguavano all'istituzione e le persone perdevano quelle caratteristiche peculiari che fanno di ogni uomo un *essere unico*.

anche la dimensione dell'abitare si immiseriva fino a diventare un “*occupare spazio*”.

Dare senso all'esigenza dell'abitare significa creare un **percorso di esperienze che tendono ad adeguare le strutture alle persone. Costruzione di realtà intorno alle persone, ovvero valorizzazione delle individualità, potenziamento delle capacità di ognuno.**

Le possibili risposte possono essere molteplici e differenti, possono essere più o meno grandi (da 2 a 20 ospiti) e più o meno “protette” (per numero e durata della presenza degli operatori). Si distinguono:

- Strutture residenziali socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale
- Strutture residenziali socio-riabilitative ad alta intensità assistenziale

Entrambi possono avere più o meno di 10 posti, al disotto dovranno avere i requisiti di civili abitazioni (L. R. 252/03)

Fra questi due estremi si possono immaginare innumerevoli possibilità di combinazioni, che in funzione dello specifico indirizzo, in un excursus che va dal “sanitario” a quello socio-assistenziale, possono rispondere alle diverse e specifiche esigenze di quel particolare territorio.

Per quanto attiene alle strutture esclusivamente socio-assistenziali, essendo queste non di pertinenza sanitaria, si farà riferimento alla Legge Turco e alla Delibera della Regione Lazio n.41 del 12 Novembre 2003

Esse sono di tre tipi:

- Strutture a carattere familiare (max 6 ospiti, req. Civili ab.) anche dette “case- famiglia
- Strutture a carattere comunitario (max 20 utenti, particolari req.) anche dette “Comunità alloggio”
- Strutture a carattere alberghiero (più specifico per soggetti anziani non psichiatrici)

RETE SOCIALE

Fausto Giancaterina

La parola *rete*, in senso figurativo, indica un “insieme di persone o cose il cui collegamento consente di svolgere compiti di collaborazione, cooperazione o osservazione volti a un medesimo fine”. La parola *sociale* indica ciò che “riguarda la società umana, che ha attinenza con la vita dell’uomo in quanto partecipa della comunità”(Vocabolario Treccani).

L’uso congiunto dei due termini (specie nell’ambito dei servizi socio-sanitari) sta ad indicare l’ambito fisico e relazionale dello svolgersi della vita quotidiana e quindi l’ambito che può facilitare o rendere difficile lo stato di benessere delle persone.

All’interno dei servizi della salute mentale fare attenzione alla rete sociale può voler dire riconoscere la complessità degli interventi per la cura e porre attenzione non solo ai luoghi di intervento formalmente e istituzionalmente deputati, ma anche ai luoghi dove si svolge concretamente il percorso della vita.

In tale prospettiva è indispensabile non tenere separata la cura dal contesto di vita e accostarsi alla persona considerando la globalità dei suoi bisogni sanitari, psicologici, sociali e morali, progettando percorsi integrati per garantire non solo il diritto alla salute e alla qualità delle relazioni, ma anche il riconoscimento di cittadinanza quale diritto alla casa, al lavoro, alla partecipazione sociale, sostenendo processi di mediazione perché cresca il dialogo, la comunicazione e a volte anche il conflitto, se ciò può essere utile per andare nella direzione di generare partecipazione, condividere progetti comuni e dare “senso” alla quotidianità delle relazioni sociali.

Diventa di notevole importanza sostenere la rete sociale per poter allargare il più possibile i contesti relazionali, sviluppare ulteriormente le iniziative di sostegno e di collaborazione tra le istituzioni, i familiari, le associazioni, ma anche coinvolgere il vicinato, sperimentare e stimolare forme di auto-mutuo aiuto, sollecitare programmi del volontariato organizzato.

L’obiettivo può essere quello di creare nuova accoglienza e nuove risorse a complemento di risposte in cui gli interventi di cura e di reinserimento sociale - vale a dire i processi di riabilitazione - si sostanzino nei diversi contesti della casa, del lavoro, ma anche degli affetti, dei saperi e delle competenze che devono essere attuati congiuntamente.

Fuori da una attenzione alla rete sociale, le pratiche di cura restano separate dal contesto esistenziale e quindi fuori dalle reti di relazioni e lontane dal complicato muoversi del sociale. Quando ciò accade, è possibile che nuove fatiche vengano imposte alle persone perché nella separazione purtroppo si rafforzano i pregiudizi, la paura e l’indifferenza e poiché non si danno servizi produttori di *bene-essere* senza la prospettiva dell’integrazione sociale e del coinvolgimento della comunità territoriale.

Una cultura nuova tenta di armonizzare la cura e le risorse necessarie, utilizzando il più possibile contesti naturali e mettendo in contatto diverse esigenze apparentemente distanti. Questa nuova cultura permette di allargare e rinforzare la *rete sociale* che a volte supplisce e a volte rinforza quella naturale, sperimentando forme di integrazione tra il sistema formale di cura - fatto di iniziative del servizio pubblico e di collaborazione di imprese sociali - e un sistema informale di aiuto, fatto di quelle iniziative che rendano disponibile anche risorse di cittadini in quanto *natural provider*. E’ una preziosa valorizzazione della partecipazione, poiché non si danno servizi comunitari senza un serio coinvolgimento della comunità.

RIABILITAZIONE

Paola Tulli

La riabilitazione psichiatrica si è imposta nel nostro Paese attraverso e a seguito delle pratiche per il superamento del manicomio. Il suo significato, intrecciato al processo di **de**istituzionalizzazione, è legato al concetto di restituzione dei diritti e di riacquisizione di abilità e competenze perse o mai acquisite a causa dell'internamento. Il termine (in particolare il prefisso **ri** in esso contenuto) sembra ben definire l'ambito d'intervento; ma, fuori dell'istituzione manicomiale, dopo la riforma dell'assistenza psichiatrica, sul territorio, nei servizi pubblici di salute mentale, il contenuto della riabilitazione si modifica, si dilata, diviene più complesso, sicché oggi questo termine, nella sua comune accezione, viene riferito a tutte le pratiche di restituzione sociale.

La riabilitazione si articola e in parte si confonde con quell'insieme ricco e complesso d'interventi attivati per prendersi cura (Vedi) delle situazioni più problematiche dei pazienti più gravi, a partire da una concezione che il disturbo mentale come evento non è disgiunto dall'esperienza di vita la cui origine è legata ad una concomitanza di fattori: individuali, ambientali, storici, sociali. Poiché il disturbo psichiatrico si manifesta con molteplici forme ma si evidenzia nella difficoltà o incapacità di funzionare nel gioco dei ruoli sociali e nella relazione con l'altro, è necessario che i progetti di cura siano in grado di comprendere e di interagire con questi specifici aspetti e di attivare cambiamenti per la riacquisizione da parte del paziente della possibilità – capacità di essere protagonista della propria vita.

La riabilitazione quindi si definisce come parte integrante delle cure psichiatriche che, a partire dalle modificazioni della realtà quotidiana (sia delle competenze del paziente ma anche delle caratteristiche dell'ambiente che lo circonda), possono agire anche come elemento di trasformazione del suo mondo interno. E' da tenere distinta dalle attività che comunemente vengono chiamate "intrattenimento" che possono rappresentare un'offerta per il tempo libero, per rompere passività ed isolamento e che tendono a facilitare le relazioni e la socializzazione.

I luoghi della riabilitazione non sono soltanto le strutture intermedie (per esempio i centri diurni e i servizi residenziali), sono anche i luoghi di vita reale (la piazza, il bar, il campo sportivo..) perché il paziente possa più facilmente sperimentarsi con la realtà che diviene così meno incomprensibile e minacciosa.

Oggi a venticinque anni dalla riforma psichiatrica la riabilitazione è divenuta una disciplina che nel nostro Paese ha raggiunto uno stato di maturità sia sotto il profilo teorico, che applicativo che della formazione. Questa fase è stata raggiunta dopo un lungo ed animato dibattito sul rapporto tra riabilitazione e terapia: la riabilitazione è un campo di lavoro attento al rapporto tra individuo e contesto, parte integrante e indispensabile del prendersi cura (vedi) dei pazienti più a rischio di esclusione e di cronicizzazione.

SALUTE MENTALE

Gianfranco Palma

“Per tutti gli individui gli aspetti mentali, fisici e sociali della salute sono fili vitali strettamente intrecciati e profondamente interdipendenti.” Così l'Organizzazione Mondiale della Sanità inizia il rapporto sulla salute nel mondo nel 2001.

L'OMS da molti anni pone l'attenzione sull'importanza della salute mentale, tanto che nella propria Costituzione la definisce *“non solamente l'assenza di malattia o infermità”* ma *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”*.

Nella definizione di salute mentale entrano così in gioco non solo l'assenza o l'irrelevanza di elementi di disagio psichico o di disturbo psichiatrico, ma diverse componenti, come il concetto soggettivo di benessere correlato alla cultura di appartenenza, la personale percezione di efficienza,

il grado di stima di sé, il livello di autonomia raggiunto rispetto ad uno standard soggettivo e al contesto familiare di origine, il livello di autosufficienza, la soddisfazione rispetto nelle relazioni affettive, molte altre dimensioni inerenti la percezione soggettiva di qualità della vita.

La condizione di salute mentale non è pertanto uno stato che si raggiunge una volta per tutte, ma piuttosto di uno stato dinamico che coinvolge non solo l'individuo, ma anche l'organizzazione sociale di cui è parte.

L'individuo nel corso della propria esistenza può attraversare diverse condizioni mentali, che possono andare dal benessere al disturbo stabilizzato, ed il passaggio da uno stato all'altro è graduale, sfumato e spesso reversibile.

La divisione netta della vita mentale in due soli stati possibili, lo stato sano e quello malato, è superato e può inoltre essere fonte di pericolosi pregiudizi come per esempio quello dell'esclusiva organicità e predisposizione genetica del disturbo, che alimenta l'idea sbagliata che la malattia mentale sia solamente grave, incurabile, irreversibile, totale, togliendo al soggetto le oggettive possibilità di riappropriarsi delle sue parti sane in un percorso evolutivo di restituzione sociale.

SCHIZOFRENIA

Agostino Pirella

La "schizofrenia" o, meglio, il "disturbo schizofrenico" (secondo la terminologia attuale) è una psicosi (vedi voce relativa) nell'ambito della quale si affianca ad altri disturbi che in via di ipotesi si accompagnano ad un disconoscimento dello stato di malattia, anche se ciò è solo parzialmente vero. Schizofrenia è un termine inventato da Eugen Bleuler, psichiatra svizzero, direttore di una clinica psichiatrica presso Zurigo, nel 1911. Questa etichetta diagnostica intendeva sostituire quella, ormai superata dalle evidenze cliniche, della "demenza precoce". Che non si trattasse di demenza risultò evidente dalle osservazioni di lunga durata: i pazienti attraversavano lunghi periodi di apparente incapacità di usare le proprie capacità intellettive o le usavano in modo distorto e confuso (si era coniato il termine di "insalata di parole" per indicare questa condizione verbale), quando psichiatri innovatori, come Jung e Bleuler stesso, intuirono le possibilità comunicative di questo tipo di pazienti. E si accorsero delle "guarigioni" spontanee: i pazienti ricordavano ogni fatto del proprio passato, anche quando apparivano più distaccati e apparentemente disinteressati all'ambiente.

In questo modo un'etichetta diagnostica senza speranza veniva sostituita da un'altra che voleva indicare una duplice scissione ("schizo" significa "diviso", "scisso", mentre "fren" è il principio vitale, o anche, in senso lato, la mente). Si trattava cioè di una frattura interna (tra aspetti emotivi e intellettivi, o, come diremmo oggi, cognitivi) e una frattura esterna tra il mondo del paziente ed il mondo esterno. Era un deciso passo avanti. Non è un caso che, proprio in quel periodo si cominciò a sperimentare il trattamento psicoanalitico di questi pazienti (da parte di Gustav Jung) e ad applicare il metodo fenomenologico-esistenziale (da parte di Ludwig Binswanger, psichiatra svizzero che ha lavorato nella stessa clinica). Metodi entrambi, anche se diversi tesi a cogliere la soggettività del paziente, ad entrare in comunicazione con il suo mondo, a porsi non come estraneo e nemico, ma partecipe e "comprensivo".

Le cose non si sono purtroppo sviluppate secondo questa promettente tendenza. Nell'ambito dei fascismi europei gli psichiatri della prima metà del Novecento proposero trattamenti di shock, che si diffusero ben presto in tutto il mondo, ponendosi in antitesi con i primi tentativi di accostare la schizofrenia ed in generale le psicosi con approcci diversi. Accanto a ciò, il crescere di una stigmatizzazione assai intensa del termine. Franco Basaglia scrisse nel 1967 che "le diagnosi psichiatriche hanno assunto infatti un valore ormai categoriale, nel senso che corrispondono ad un etichettamento, ad una stigmatizzazione del malato, oltre i quali non c'è più possibilità di azione o di approccio". E che di grave stigmatizzazione si tratti è dimostrato dalla costante associazione di

paura che la parola “schizofrenia” suscita nel pubblico e prima ancora nei famigliari del paziente etichettato.

Tuttavia vi sono esperienze diffuse in tutto il mondo che dimostrano in maniera molto evidente l'inconsistenza di queste associazioni e della presunta pericolosità delle persone che vengono etichettate come “schizofrenici”. Al punto che ci si domanda se abbia, dopo quasi un secolo, ancora senso usarla. Personalmente non la uso più se non come residuo storico, anche se la psichiatria ufficiale ancora discetta su di essa ed ha anzi proposto una diversa suddivisione (rispetto a quella storica, ripresa dalla precedente “demenza precoce”, che prevedeva quattro tipi, simplex, paranoie, che frenica e catatonica): quella con sintomi negativi e positivi. Queste suddivisioni e l'accanimento su di esse dimostrano la relativa impotenza di una psichiatria che fa del potere “sul” paziente un esercizio sistematico,

La “reciprocità che Basaglia e dopo di lui tanti psichiatri, psicologi, infermieri operatori e non professional hanno esercitato come premessa per un superamento della sofferenza e per una socialità finalmente sociale, resta come sola risposta ad una condizione che il figlio di Bleuler, Manfred, ha descritto come “una condizione di vita molto peculiare nella quale una persona è stata sottoposta a particolari condizioni disarmoniche interne ed esterne talmente gravose per cui il confronto con il mondo è diventato penoso e difficile e proprio per questo viene respinto” Facciamo in modo che, a partire dal rifiuto di questo termine obsoleto, la psichiatria non aggiunga a queste condizioni il peso della propria prepotenza.

SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura)

Massimo Cozza

SPDC significa Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. E' il reparto di psichiatria all'interno dell'ospedale generale che svolge attività di consulenza presso il pronto soccorso e presso gli altri reparti dell'ospedale, e dove vengono attuati, 24 ore su 24, trattamenti volontari e obbligatori in condizione di ricovero per chi soffre di gravi disturbi psichici acuti.

La degenza può durare pochi giorni come alcune settimane, a seconda delle diverse problematiche presentate, fermo restando che il luogo prioritario di cura è il territorio, ed in particolare il Centro di Salute Mentale (CSM). Una presa in carico precoce, efficiente e continuativa da parte dei servizi territoriali di cura e di riabilitazione riduce al minimo il numero dei ricoveri e consente nella maggior parte dei casi il reinserimento sociale e lavorativo; viceversa, le purtroppo ancora troppo frequenti situazioni di abbandono sono causa di aumento del ricorso al ricovero (Porta girevole) e di cronicizzazione.

Il cittadino vi può accedere su invio del CSM o del medico di famiglia, tramite il servizio del 118 oppure direttamente presentandosi al pronto soccorso dell'ospedale.

Di norma quasi tutti i grandi ospedali hanno un Spdc.

L'accettazione ospedaliera, con uno psichiatra di guardia nel caso vi sia l'Spdc, è sempre aperta, tutti i giorni e tutte le notti, compresi i festivi.

Il problema presentato può essere affrontato a livello di accettazione, dove si può già praticare un intervento di consulenza, e la persona può essere inviata dal medico di famiglia o al Centro di Salute Mentale. Se necessario la persona può essere ricoverata presso l'Spdc per un limitato periodo di tempo, prendendo contatto con il Centro di Salute Mentale che ha il compito di impostare e seguire il complessivo progetto terapeutico, in particolare al momento della dimissione.

Le persone ricoverate ricevono cure tramite farmaci ma anche interventi di tipo psicologico e socio-assistenziale.

SPORT

Nicola De Toma

E' ormai da anni confermato che lo SPORT ha un grande potere educativo e formativo. Lo Sport, e in generale l'attività fisica e psicomotoria, è consigliato per tutte le età come mezzo di prevenzione, cura e riabilitazione. Ma, al di là di tutto, **lo sport è superamento di barriere**. Come tale è entrato a far parte di progetti terapeutico-riabilitativi e della (re-)integrazione sociale di persone con disagio psichico e mentale. Molti Servizi Psichiatrici hanno, ormai da tempo, iniziato a collaborare con il **territorio** (Municipi, privati, privato sociale, polisportive, scuole) ponendo in atto iniziative che si sono rivelate di grande importanza da una parte per una "*pratica della clinica psichiatrica*" che va oltre la Psichiatria tradizionale e le strutture istituzionali, e dall'altra per un **processo di informazione –sensibilizzazione – formazione** pubbliche alle tematiche del disagio mentale. Questo porta sicuramente su di una strada di **de-stigmatizzazione** del paziente psichiatrico, il quale si rivela pieno di risorse umane, ed egli stesso una risorsa per la Comunità in cui vive.

I progetti di riabilitazione e di inclusione sociale attraverso lo Sport sono importanti anche per questo aspetto: il superamento di quelle barriere culturali e della *tradizionale* paura che si creano puntualmente nel sapere che l'altro, magari la persona che ci abita a fianco, è una persona affetta da un disturbo mentale.

Lo Sport permette di mettere in atto quella che possiamo definire *Riabilitazione Precoce*, e cioè un (re-)inserimento "rapido" nel territorio di vita comunitario del paziente, privilegiando l'aspetto di un intervento psicosociale *fuori* dai luoghi tradizionalmente dedicati alle cure della malattia mentale, e quindi nelle Polisportive, nelle palestre o in altri luoghi dedicati allo Sport, normalmente presenti nel territorio di vita comunitario di ogni cittadino. E' fondamentale, quindi, che l'inserimento dei pazienti in progetti di questo tipo avvenga prima di arrivare a manifestare una fase ormai cronicizzata della malattia, privilegiando il loro essere cittadini, prima che pazienti.

La pratica dello Sport nella Riabilitazione PsicoSociale (RPS) ha visto partecipare un numero sempre maggiore di utenti e di operatori, attivati sia dagli ottimi risultati ottenuti nei confronti della malattia in sé stessa, sia dalla migliore qualità della vita delle famiglie prodotta, di conseguenza, da questi risultati. Ciò ha incoraggiato la nascita di forme organizzative (come il Co.R.S.I.S. del Lazio, Coordinamento Regionale per lo Sport e l'Integrazione Sociale) che raccolgono numerose realtà di gruppi sportivi operanti nel campo della salute mentale.

STIGMA

Pompeo Martelli

Con la parola stigma identifichiamo un marchio, una carattere distintivo, un segno particolare. Per una persona ammalata lo stigma, l'essere stigmatizzato, è il risultato di un processo basato sul pregiudizio i cui effetti sperimenta in prima persona attraverso sentimenti di esclusione, vergogna e solitudine.

Lo stigma legato alla malattia mentale viene da lontano, precedendo la nascita della psichiatria stessa. La maggior parte dei pregiudizi nei confronti della malattia mentale sono ubiquitari. Contrariamente ad altri gruppi che sono soggetti a discriminazione, gli individui con malattia mentale non reclamano i propri diritti con altrettanta forza. Ciò è facilmente spiegabile data la natura della malattia. Lo stigma oltre ad essere un atteggiamento infondato, è il principale ostacolo alla cura poichè genera un circolo vizioso di malattia e pregiudizio.

Per questo motivo si avverte la necessità che lo psichiatra stesso partecipi più attivamente a programmi di educazione e divulgazione a livello pubblico. Educare però non vuol dire solo aumentare il livello di conoscenze del pubblico, che difficilmente soppianterebbe secoli di pregiudizi, ma anche mettere in discussione l'immagine della malattia mentale fornita dai media e banalizzata dai luoghi comuni.

Combattere lo stigma è impossibile se non si mettono in discussione anche i pregiudizi presenti all'interno della psichiatria.

In questi ultimi anni sono state promosse molte campagne per combattere lo stigma e il pregiudizio nei confronti dei malati mentali, sono stati pubblicati articoli in riviste prestigiose ed alcune altre informazioni sono anche state divulgate al pubblico tramite la stampa. Anche Internet è stato utilizzato per disseminare informazioni sulla qualità delle malattie mentali, sullo stato di una persona colpita da una malattia mentale, sugli atteggiamenti corretti da assumere nei suoi confronti, sulle errate convinzioni che non riconoscono agli ammalati la possibilità di essere adeguatamente curati e di recuperare quelle capacità compatibili con una vita sociale attiva e produttiva.

Il Ministero della Salute ha recentemente avviato una campagna nazionale per la salute mentale *“Non è diverso da te. Curare i disturbi mentali si può, nessun pregiudizio, nessuna esclusione”*) incrementando la lotta allo stigma e sensibilizzando i cittadini a una maggiore solidarietà nei confronti delle persone che ne sono affette, avvalendosi della collaborazione delle associazioni di utenti e familiari e delle società scientifiche.

TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (T.S.O.)

Gennaro Cardone

La messa in atto di un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) deve considerarsi una misura assolutamente eccezionale che in moltissimi casi potrebbe essere evitata attraverso la diagnosi e la presa in cura precoce e continuativa da parte dei Servizi territoriali; in ogni caso il TSO deve avvenire nell'ambito di un continuum terapeutico globale (intervento integrato sanitario, psicoterapeutico, riabilitativo e di inclusione sociale).

Alla stregua di quello volontario, il TSO non può avere altri fini se non quello della tutela e della promozione della salute mentale, nel rispetto dei principi della legge 180/78 e della 833/78. Solo questo obiettivo, infatti, può giustificare un intervento che, travalicando la volontà contraria della persona sofferente, rappresenta una delle poche eccezioni alle garanzie sancite dall'Art. 32 della Costituzione, laddove afferma che *“nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge...”*. Il tema del consenso è uno dei temi fondamentali del quotidiano agire medico, ponendosi fra la potestà del medico di curare ed il diritto della persona di essere il gestore della propria salute psico-fisica. Tale diritto viene temporaneamente sospeso e, di fatto, tutelato dalla struttura pubblica in caso di malattie infettive contagiose o in presenza di disturbi psichici: sono evidenti, in tali circostanze, le intenzioni del legislatore di provvedere alla salute del soggetto in un'ottica che tuteli anche i diritti della collettività.

Il TSO, previsto dagli articoli 33 e 34 della legge 180/78, rappresenta l'estremo tentativo di prendersi cura di una persona che necessita di un intervento urgente ed adeguato e che non abbia coscienza di tale necessità. Anche in questa evenienza, il sanitario deve mettere in atto tutte le *“iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione di chi vi è obbligato”* e curare che i trattamenti avvengano *“nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso, per quanto possibile, il diritto della libera scelta del medico e del luogo di cura”*. Esiste, infine, una ulteriore possibilità di intervento del sanitario in assenza del consenso del paziente: lo *“stato di necessità”* previsto dall'Art. 54 del C.P. (non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo...). Il TSO può essere attivato quando *“esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere”*.

Il primo atto burocratico di T.S.O. è il certificato di un medico che, attestando quanto previsto dall'Art. 34 chiede il ricovero del paziente nel Servizio psichiatrico ospedaliero (SPDC) per le cure

del caso; il passaggio successivo è la convalida della richiesta di ricovero da parte di un sanitario pubblico, preferibilmente uno psichiatra, che, dopo aver visitato il paziente, conferma le alterate condizioni psichiche e la necessità di cure in regime di degenza ospedaliera. Sulla base dei due certificati il Sindaco del Comune di residenza, oppure quello del Comune dove al momento si trova il paziente, emette un'ordinanza di ricovero obbligatorio della durata di sette giorni, eventualmente prorogabile (Art. 35) su richiesta dei sanitari del SPDC nel quale è stato effettuato il ricovero. L'ordinanza, inviata in duplice copia al Giudice tutelare, viene eseguita dai Vigili Urbani in stretta collaborazione con il Servizio Territoriale di Salute Mentale; laddove la situazione lo richieda, i Vigili Urbani possono chiedere l'ausilio delle Forze dell'ordine. Dal momento della redazione del certificato di proposta e di quello di convalida, in attesa dell'ordinanza Sindacale, che deve essere emessa entro 24 ore, il sanitario può effettuare tutti gli interventi terapeutici idonei al miglioramento dello stato di sofferenza del paziente.

In diverse occasioni, per la mancata intercettazione da parte del Servizio pubblico della sofferenza mentale, il TSO è il primo, difficile incontro del paziente e del contesto familiare con il Dipartimento di salute mentale; questa considerazione deve spingere gli operatori ad ogni cautela relazionale, al fine di consentire il rispetto della soggettività del paziente e iniziare la tessitura di quella trama delicata, che, nel tempo, potrà diventare una solida relazione terapeutica.

URGENZA

Maurizio Bacigalupi

Necessità indilazionabile oltre un certo limite: situazione in genere grave incalzante che preme per una risposta al più presto. Nel caso del disagio psichico l'urgenza si può riferire a elementi propri della malattia (riacutizzazione di uno stato d'ansia, ricomparsa di sintomi gravi già curati in passato...) oppure può caratterizzare situazioni di contesto o relazionali (abbandono del trattamento, conflitti con le persone vicine..) In entrambi i casi la persona da contattare è il Medico Curante, sia esso il Medico di Famiglia o lo Specialista di Fiducia o lo Specialista del Servizio Pubblico Territoriale (Centro di Salute Mentale). Saranno costoro a dare i primi consigli e a concordare i tempi e le modalità per affrontare l'urgenza. Qualora invece la situazione clinica si presenti con le caratteristiche critiche dell'emergenza (→ vedi) dovrà essere lo stesso Medico curante ad attivare i servizi di intervento per l'emergenza sanitaria (118).

Indice

Presentazione (R. Milano)

Introduzione (G. Digilio)

Voci:

Abilitazione (E. Venturini)

Abitare (A. Pannarale)

Amministratore di sostegno (G. Digilio)

Associazionismo dei familiari (E. Muggia)

Auto mutuo aiuto (N. Mostarda)

Basaglia (M. Colucci e P. Di Vittorio)

Buone pratiche (G. Gabriele)

Centro diurno (I. Volpi)

Comunità terapeutico riabilitativa (I. Antonimi)

Consenso informato (A. Di Gennaro e G. Infantino)

Consulte per la salute mentale, vedi voce “Partecipazione”

Contenzione (G. Gabriele)

Continuità terapeutica (I. Volpi)

Cooperazione sociale integrata (V. Pecchioli)

Cronicità (L. Attenasio)

CSM (Centro di Salute Mentale) (G. Digilio)

De-istituzionalizzazione (E. Venturini)

Depressione (M. Bacigalupi)

Diritti di cittadinanza e malattia mentale (M.T. Milani)

DSM (Dipartimento di Salute Mentale) G. Digilio

Elettroshock (D. Sadun)

Emergenza (M. Bacigalupi)

Enti locali, ruolo nel sistema di tutela della salute mentale (G. Digilio)

Equipe multidisciplinare (I. Volpi)

Esaurimento nervoso (A. Di Gennaro)

Follia (P. A. Rovatti)

Formazione e trasmissione del sapere pratico (L. Attenasio)

Gravità (A. Pirella)

Guarigione (P. Dell’Acqua)

Impresa sociale (V. Pecchioli)

Incurabilità – Inguaribilità (T. Losavio)

Lavoro (V. Pecchioli)

Leggi per la tutela della salute mentale in Italia (G. Digilio)

Malattia mentale (P. Dell’Acqua)

Manicomio (T. Losavio)

Mass media (G. P. Fiorillo)

Ospedale Psichiatrico Giudiziario (I. Volpi)

Partecipazione (G. Digilio)

Percorso terapeutico-riabilitativo (G. Digilio)

Pericolosità (T. Losavio)

Prendersi cura (T. Losavio)

Privacy (G. Infantino e A. Di Gennaro)

Progetto Obiettivo Tutala della salute Mentale (G. Digilio)

Psicofarmaci (N. Mostarda)

Psicosi (A. Pirella)

Residenzialità (V. Gallotta)
Rete sociale (F. Giancaterina)
Riabilitazione (P. Tulli)
Salute mentale (G. Palma)
Schizofrenia (A. Pirella)
SPDC, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, (M. Cozza)
Sport (N. De Toma)
Stigma (P. Martelli)
T.S.O., Trattamento Sanitario Obbligatorio (G. Cardone)
Urgenza (M. Bacigalupi)

Autori

Luigi Attenasio, Psichiatra, Direttore DSM ASL RM C; Maurizio Bacigalupi, Psichiatra, Direttore DSM ASL RM B; Gennaro Cardone, Psichiatra, Direttore SPDC ASL RM C, Mario Colucci, Psichiatra, DSM TRIESTE; Massimo Cozza, Psichiatra, Direttore SPDC Ospedale S. Eugenio, Roma; Peppe Dell'Acqua, Direttore DSM Trieste; Nicola De Toma, Psichiatra DSM RM B; Angelo Di Gennaro, Psicologo, Resp. Formazione DSM RM C, Pierangelo Di Vittorio, Docente presso il Dipartimento di Scienze filosofiche, Università di Bari; Girolamo Digilio, Presidente emerito ARESAM-Onlus; Gian Piero Fiorillo, Sociologo, Resp. Centro Documentazione "Vieri Marzi", DSM ASL RM C; G. Gabriele, Presidente Farmacap; Valter Gallotta, Fausto Giancaterina, Resp. Servizio Salute Mentale del Comune di Roma, Gaetano Infantino, Psicologo, Resp. NU:VE.P.; Tommaso Losavio, Direttore Centro Studi e Ricerche ASL RM E; Pompeo Martelli, Psicologo, Centro Studi e Ricerche ASL RM E; Maria Teresa Milani, Resp.le Politiche per la Salute Mentale CITTADINANZATTIVA Lazio; Narciso Mostarda, Psichiatra, Resp.le CSM ASL RM C; Ernesto Muggia, Presidente UNASAM; Gianfranco Palma, Direttore DSM RM E; Angela Pannarale, Psichiatra, Resp.le U. O. Residenzialità, ASL RM B Vanni Pecchioli, Psicologo, Presidente Cooperativa sociale integrata "Conto alla rovescia"; Agostino Pirella, Presidente onorario Psichiatria Democratica, Docente di Psichiatria presso l'Università di Torino; Gian Aldo Rovatti, Docente di Filosofia contemporanea presso l'Università di Trieste; Daniele Sadun, Direttore DSM RM F; Paola Tulli, Psicologa DSM ASL RM B; Ernesto Venturini, già Direttore DSM Imola, Esperto OMS Settore Salute mentale

Girolamo Digilio, medico, già Professore associato e Primario di Clinica Pediatrica dell'Università "La Sapienza" di Roma, Fondatore (1973) e primo Presidente del "Gruppo Italiano di Ematologia Pediatrica"; ha pubblicato circa 250 lavori scientifici su importanti riviste nazionali e internazionali. E' Autore, con F. Antonucci e M.G. Cecchini, de *Il bambino leucemico tra la famiglia e l'istituzione sanitaria*, Bulzoni Ed. (1984); ha curato, con R. De Benedetti Gaddini: *Problemi psicologici del bambino malato e situazioni di abuso nell'infanzia* (1984) e *Il personale sanitario e l'istituzione nell'impatto con il dolore del bambino empatico e della sua famiglia*, (1991); ha curato: *Insieme contro lo stigma, Un progetto per la lotta al pregiudizio e la promozione della cultura dell'inclusione sociale delle persone con sofferenza mentale*, Armando Ed., 2005.

Fondatore (1994) e Presidente (1998-2004) dell'Aresam-Onlus, Associazione Regionale per la Salute Mentale del Lazio, ha fondato e diretto il periodico "ARESAM_Notizie".

L'ARESAM-Onlus del Lazio (Ass. Regionale per la Salute Mentale) è un'Associazione fra familiari, utenti dei servizi e cittadini le cui finalità sono rappresentate dalla difesa dei diritti della persona con sofferenza psichica o malattia mentale, dal superamento di ogni forma di esclusione e di discriminazione e dalla realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi per il suo recupero sociale e lavorativo. Il colloquio con le Istituzioni e la partecipazione attiva agli organi consultivi per la salute mentale ai fini dell'attuazione dei Progetti Obiettivo Nazionale e Regionale sono parte essenziale della sua attività.

Copertina: Vengono abbattute le reti dei reparti dell'Ospedale psichiatrico di Gorizia.
Immagini tratte dal filmato RAI "I giardini di Abele", di Sergio Zavoli, 1968.