

## **Prendersi cura, una sfida etica**

di **Tommaso Lo savio**, psichiatra, è stato direttore del Centro studi e ricerche Asl RME

*Il modello razionale tanto caro a molti terapeuti non appare adeguato. Anziché mirare all'intervento "perfetto", va considerata la relazione tra il paziente, il terapeuta, e il mondo circostante. E nel "welfare dei consumatori" che si profila all'orizzonte i diritti dilegueranno nella transazione economica*

La fine del manicomio avrebbe dovuto rappresentare un'occasione irripetibile per un'innovazione sul piano dell'ingegneria e dell'architettura istituzionale (i nuovi servizi a centralità comunitaria) ma anche, e soprattutto, una rottura definitiva con i modelli culturali ed assistenziali che per tanti anni avevano sostenuto ed alimentato quell'istituzione finalizzata alla cura della follia riconosciuta come malattia.

La pratica della de-istituzionalizzazione per il superamento dell'ospedale psichiatrico ci ha insegnato a percorrere a ritroso la trama dei pregiudizi di cui era intessuta la carriera dell'internato e a non attribuire tutto il comportamento dell'internato, i suoi atti, le sue parole, i suoi desideri alla malattia mentale. Era la sospensione di giudizio usata da Franco Basaglia, la messa tra parentesi della malattia, l'*epoché* husserliana: il prendersi cura di quella esistenza e di quella sofferenza così come si presentano e si dispongono nel loro essere nel mondo e nel mondo di quella specifica e particolare relazione di cura.

## **Povertà e malattia mentale**

Un noto rapporto di non molti anni fa della Banca mondiale, nell'affrontare i temi del disagio sociale e delle sue interdipendenze, sottolineava che lo sviluppo di una comunità che si realizza attraverso processi che disuniscono/indeboliscono il capitale sociale (inteso come coesione sociale, valori eticamente condivisi, grado di raggiungimento dei diritti di cittadinanza, comunicazione, scambio di esperienze) produce vulnerabilità verso la povertà di una parte della comunità, comportamenti patogeni, l'insorgere di alcune malattie mentali e l'aggravamento di altre. Povertà, comportamenti a rischio e malattie mentali hanno fattori di rischio strettamente interdipendenti, tanto che ciascuna di queste condizioni può provocare l'altra: ciò determina l'assoluta necessità di un approccio di salute pubblica ai problemi psichiatrici che consenta di collegare la psicopatologia e la sofferenza del "caso" con gli elementi socio-ambientali e di contesto che ne definiscono i fattori di rischio (individuale e collettivo), quelli di protezione e le variabili che incideranno sulla possibilità di effettuare un idoneo trattamento e sulla sua efficacia. Quindi, per occuparsi di salute mentale bisogna considerare una serie di fattori nelle singole comunità che, ad un primo sguardo, potrebbero non sembrare problemi psichiatrici. È possibile così identificare forze e risorse locali che possono contribuire a creare programmi territoriali di tutela che tengano conto delle tradizioni locali e dei valori culturali.

## **Crisi del modello razionale**

Il tipo di razionalità, su cui sembra sempre più fondarsi la nostra cultura - basato sulla possibilità di prevedere e controllare tutto - deve fare i conti con il dramma delle domande poste dalla sofferenza psichica, in particolare di quelle a cui è difficile o non si riesce a trovare ancora risposta. Non basta umanizzare semplicemente l'assistenza: è necessario anche mettere in discussione la cultura medica tradizionale ed il suo modello scientifico fondato prevalentemente sull'oggettivazione. Il contratto terapeutico, ad esempio, asimmetrico per sua natura, può tendere più alla riduzione dello spazio fisico, psicologico, relazionale e sociale del paziente psichiatrico e costituirsi come garanzia di controllo, invece che come ampliamento

dello spazio vitale tendente alla graduale conquista di una interdipendenza paritaria, di un'autonomia e di una responsabilità possibili, perdute o mai raggiunte.

I servizi che operano con il modello del prendersi cura sono obbligati a confrontarsi quotidianamente con la complessità dei problemi e con gli utenti, più che mai visibili, che restano in carico. Il piano di lavoro, che agisce su tutti gli elementi in gioco che favoriscono consapevolezza e responsabilità, prevede l'attivazione di (sempre) nuove prospettive e percorsi nella ricerca di risposte a problemi che risultano molto più complessi e articolati di quanto la semplice riduzione a "malattia" possa consentire di comprendere e di risolvere. Il piano deve necessariamente attivare nuove prospettive nei confronti di un "rischio" che non può ricadere soltanto su chi è portatore della sofferenza o sui suoi familiari. La trasformazione di risorse (specifiche del servizio e aspecifiche del contesto) in capacità proprie dell'utente costituisce una fase del processo di cura che costringe a ricercare anche nella rete del contesto le offerte capaci di realizzarla in modo concreto secondo un progetto che non può che essere di lunga durata.

Che cosa capiterà a quella persona che soffre, a quel contesto familiare disperato se noi non prenderemo in carico quella situazione? Quanto più oscura e difficile risulta la risposta, tanto più (vedi Hans Jonas [1]) nitidamente delineata dovrebbe essere la nostra responsabilità nel prendersene cura. Responsabilità non solo di trattamento, ma necessità di prendersi cura, di attenzione, di preoccupazione, di rispetto. Quanto più problematico ed inusuale è, nel manifestarsi, ciò che temiamo o ciò che ci tiene in apprensione, tanto maggiore dovrebbe essere la chiarezza dell'immaginazione e la sensibilità emotiva da mobilitare ed indirizzare nei modi opportuni per cercare le soluzioni possibili, ma anche le più adeguate, per risolvere quella situazione. Nel momento in cui si opera curando l'altro che soffre si dovrebbe essere consapevoli che si entra in una dimensione che non è mai soltanto tecnologica, ma anche e soprattutto etica: la dimensione etica di uno specifico atto di cura e del progetto più complessivo di presa in carico. Il solo sapere non basta, perché la dimensione etica del prendersi cura non rinvia soltanto all'intervento ideale e perfetto, quanto piuttosto al ripiegamento dell'atto su se stesso alla ricerca non tanto del *come* quanto del *perché*.

«Le nostre società», afferma Miguel Benasayag [2], «finiscono per credere, nel senso profondamente antropologico del termine, che il reale debba disciplinarsi e disporsi secondo griglie, modelli e concetti». La relazione con il mondo e con gli altri diviene così una relazione con i modelli e con etichette che prendono il posto del mondo. È il passaggio, secondo l'autore appena citato, dall'*epoca dell'etica* a quella dell'*etichetta*.

## **Protezione e diritti della persona**

Non basta soltanto decidere, si deve decidere per il meglio, un meglio che nella psichiatria è ancora oggi oscuro, dubbioso e confuso. Un meglio che più spesso di quanto se ne abbia consapevolezza è condizionato da pregiudizi, da rischi di usi distorti o, più semplicemente, da abusi.

Nei momenti difficili, nei quali la relazione faticosamente costruita viene messa in discussione e subisce attacchi anche furibondi da una parte e dall'altra, la possibilità di cura, che a volte può divenire anche drammatica, può assumere una funzione di protezione che talora può farsi anche molto forte ma che deve sempre rispettare i diritti della persona, come nei casi del trattamento sanitario obbligatorio (il TSO). I diritti e doveri del curante e del curato possono assumere una concretezza lontana da processi di distanziamento, di contrapposizione e talora di sopraffazione per divenire una leva per rafforzare legami che, a partire dalla relazione, si trasformino in possibili risorse di riproduzione sociale. L'assunzione di una decisione per il paziente in questi momenti è anche assunzione non facile di responsabilità per tentare di sbloccare una situazione di irrigidimento nella quale chi soffre non riesce neppure a trovare strumenti dialettici adeguati.

La funzione di tutela in un rapporto rotto, lacerato e drammaticamente sofferto, prima con se stessi che con gli altri, costituisce uno dei momenti di maggiore difficoltà e tensione dove spesso entrano in gioco in modo esplicito o implicito, consapevole o inconsapevole, vissuti ed agiti di sopraffazione e/o di abbandono e di rifiuto, dove invece è necessario, anche se difficile, trovare i modi per sciogliere le tensioni, per sdrammatizzare la situazione, per restituire senso agli accadimenti, per valorizzare le soggettività che rischiavano di frantumarsi, per rimodulare e riorganizzare, infine, le relazioni.

È certamente vero che la nuova dimensione operativa del servizio di salute mentale permette scenari inimmaginabili nell'istituzione manicomiale, è altrettanto vero però che i nuovi servizi non sono immuni da pratiche neo-istituzionali (reparti psichiatrici in cui si abusa di farmaci e contenzioni, residenze come depositi, attività ambulatoriale specialistica per la somministrazione di farmaci o di psicoterapie più che centri di salute mentale).

Nei servizi centrati sul trattamento, invece, che vedono i problemi esclusivamente dal punto di vista della soluzione, gli utenti spariscono. Il problema viene riconosciuto solo se solubile, altrimenti viene negato con un'operazione che mistifica la sofferenza classificandola come irrecoverabile, creando specifici spazi per contenerla e custodirla, costruendo la disciplina che giustifica e amministra la negazione del problema insieme alla negazione di chi ne è il portatore.

## **Il Welfare dei consumatori**

Il modello del nuovo servizio di salute mentale è il Dipartimento di Salute Mentale, inserito in una nuova organizzazione sanitaria e sociale che lo Stato si era dato come Welfare assistenziale chiamato da qualcuno anche "Welfare della sicurezza", conquista di una lunga stagione di esperienze critiche di rinnovamento, di grandi rivendicazioni di diritti, di nuove generazioni di professionisti. Questa fase oggi sembra in via di definitivo superamento: si sta tentando di fare il grande balzo verso il "Welfare dei servizi" con la trasformazione aziendale della sanità pubblica che qualcuno ha anche chiamato "Welfare dell'utilità". Welfare dei servizi che si volevano equi, efficienti e generalisti, che per problemi economici ed organizzativi ha trasformato le Usl in gigantesche Asl nelle quali l'operatività viene oppressa da processi di gerarchizzazione, di registrazioni, di valutazioni, di contrattazioni.

Questo tipo di welfare si sta rapidamente trasformando in un "Welfare dei consumatori", con organismi erogatori di prestazioni (tariffate, numerate, quantificate) acquisibili ovunque sul mercato pubblico o privato. Tutto ciò attiene al più moderno scenario del mercato, ove la capacità contrattuale è garantita da una transazione economica precisa (anche se virtuale) e i diritti si concretizzano nel valore economico della transazione intesa come *prestazione* sia come offerta (remunerata) sia come domanda (indirizzata a prestazioni tariffate).

Le ragioni seduttive di questo modello sono evidenti e coerenti con tanti altri accadimenti della nostra attualità. Ma, non ci convince per diversi motivi:

a - perché al mercato si compra un prodotto: la nostra salute è un progetto che nessuno, in nessun caso, può ridurre semplicemente a un prodotto;

b - la prestazione spendibile ovunque obbliga il mercato dell'offerta ad attrazioni sospette, ad attese di produttività, a prodotti rigidi e preformati, ad investimenti che possono divenire monopolio esclusivo del privato, alla induzione di domanda laddove più remunerativa è la risposta (l'uso crescente del consumo non razionale di psicofarmaci);

c - la medicalizzazione del bisogno tende ad enfatizzare la spesa sanitaria sottovalutando o trascurando le risorse della rete sociale. Si arriverà obbligatoriamente alla situazione nella quale si dovrà decidere qual è il bisogno al quale si devono risposte, quale tipo di risposta ed in base a quali criteri. Da chi, come, perché e quando si prenderanno queste decisioni? Nel frattempo si corre il rischio che i servizi a dimensione pubblica saranno disfatti: questi più o

meno efficienti che siano, per loro natura, sono e saranno comunque orientati verso un'etica pubblica e una solidarietà che, anche se mal praticate, comunque li fondano e ne giustificano l'esistenza;

d - il mercato della sanità così delineato non può garantire l'accessibilità alle risorse, non può tutelare l'equità<sup>[3]</sup> della loro utilizzazione, non può garantire la qualità (nel senso dell'efficacia pratica) delle prestazioni.

Mi sembra evidente che, se lo scenario futuro dell'organizzazione sanitaria avrà queste caratteristiche, la pratica che molti operatori hanno tentato di realizzare per chiudere i manicomi prima, e nei nuovi servizi dopo, le sue peculiarità, l'impegno per una nuova cultura e nuove esperienze di lavoro, la messa in crisi di false certezze e la continua ricerca di risposte autentiche, mai rigide, i tentativi di restituzione al "sociale" potranno far parte, a buon diritto, solo del mondo dell'utopia.

A questo mondo, quello dell'utopia, non appartiene certamente l'esperienza drammatica della psicosi. Ma al mercato questo interessa poco: sarà sufficiente trovare, di nuovo, luoghi dove controllarla ed occultarla. Di luoghi come questi molti (operatori, pazienti, familiari) ne conservano ancora una grande, dolorosa esperienza.

[1] H. Jonas, *Il Principio Responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, curato da P.P. Portinaro, Einaudi, 2002

[2] M. Benasayag, G. Schmit, *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, 2004

[3] L'equità è cosa ben diversa dall'uguaglianza. Questa cerca di garantire le stesse risorse uguali per tutti, L'equità tiene invece conto dei bisogni dei singoli soggetti e distingue le risposte in base alle loro necessità.