

I PROGETTI PARLAMENTARI DI RIFORMA DELLA LEGGE 180¹

LUIGI BENEVELLI

PSICHIATRA, FORUM SALUTE MENTALE LOMBARDIA

Alle elezioni politiche di aprile l'attuale maggioranza si è presentata con un programma che prevede la "riforma della legge 180 del 1978 in particolare per ciò che concerne il trattamento sanitario obbligatorio dei disturbati psichici". Le proposte di modifica della legislazione in vigore sinora presentate sono sei. L'articolo ne analizza i contenuti

PROPOSTE PRESENTATE ALLA CAMERA DEI DEPUTATI

La **proposta Ciccioli** (PdL-AN) si presenta come integrazione/modifica piuttosto che abrogazione/sostituzione delle norme sull'assistenza psichiatrica del 1978. Dell'impianto vigente sono mantenute in particolare la titolarità del SSN e delle Regioni per la tutela della salute mentale e la centralità dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm) nel lavoro di prevenzione, cura e riabilitazione di tutti coloro che soffrono di disturbi psichici *di qualsiasi gravità e per l'intero ciclo di vita*. Ciccioli propone che i Dsm svolgano attività di prevenzione della salute mentale in scuole, luoghi di lavoro, «ogni situazione socio-ambientale di rischio psicopatologico»; che nei Dsm si praticino anche la *medicina «psicosomatica»* e quella *alternativa e complementare*. Il TSO:

- può avere sede negli Spdc e in «altri centri accreditati» (cliniche private, comunità terapeutiche) nonché al domicilio del paziente. Fra le giustificazioni del tso è inserito la *non coscienza di malattia*;

- è prevista la possibilità di un ricovero coatto, in attesa del tso ordinario, presso il Dipartimento di emergenza (Dea), in osservazione per ragioni di necessità e urgenza della durata di 48 ore;

- è previsto il tsop (prolungato), della durata di 6 mesi prorogabili, senza il consenso del paziente, in strutture di lungodegenza accreditate. La proposta di tsop è redatta dallo psichiatra del Dsm; il ricovero è disposto dal Sindaco dopo approvazione da parte del Giudice tutelare. Le limitazioni della capacità e della libertà di agire del paziente sono prescritte dal Giudice tutelare;

- il tsop può essere sostituito dal *contratto terapeutico vincolante* o «contratto di Ulisse»,

sottoscritto dal paziente. Il Dsm è responsabile del contratto terapeutico, del suo rispetto, nonché dell'adesione da parte dei curanti e del paziente.

Ciccioli prevede che in ogni Casa circondariale siano presenti e operativi spazi (e addetti) per il trattamento ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale dei detenuti imputabili. Gli Ospedali psichiatrici giudiziari continueranno a funzionare come sono finché non sarà disponibile una rete di presidi sanitari (psichiatrici?) nelle Case circondariali.

Osservazioni

1. Ciccioli vede lo psichiatra come *dominus* della relazione di cura perché può/deve disporre, decidere i destini di vita dei pazienti e delle famiglie; non compaiono mai squadre multi professionali di operatori, gruppi di auto aiuto, famiglie come protagoniste di progetti di salute - e non solo «vittime» dei propri congiunti folli, agenzie per il lavoro, la cultura, il tempo libero;
2. l'enfasi è posta su emergenza e urgenza, stati di necessità, situazioni di grande allarme sociale, prima ancora che clinico cui provvedere con rapidità attraverso la coazione delle cure (farmacologiche);
3. il Dsm diventa lo spazio in cui si concentrano tutte le forme e le tecniche di assistenza psichiatrica che dovrebbero provvedere ai trattamenti di tutti i disturbi mentali, anche non gravi, di tutta la popolazione. Ciccioli propone come risposta efficace e universale da una parte la costrizione prolungata di chi non aderisce al progetto pensato da altri come ottimale per lui e dall'altra un modello medico paternalistico e manipolatorio che non riconosce un ruolo

¹ Il testo prende in esame le proposte presentate al marzo 2009.

centrale del paziente nel percorso verso la guarigione e il riscatto sociale.

La **proposta Guzzanti**, assegnata alla XII Commissione il 1 dicembre 2008, prevede la completa sostituzione degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 per andare oltre una legislazione accusata di aver portato l'aumento della violenza in famiglia, l'ideologizzazione e la deresponsabilizzazione degli operatori, la mancata selezione degli stessi secondo i requisiti di *autenticità, empatia e rispetto*.

Dipartimenti di psichiatria. Al posto dei Dipartimenti di salute mentale si parla di *dipartimenti di psichiatria* che, coordinati con la neuropsichiatria infantile, la psicogeriatrica, i Sert hanno compiti di prevenzione, cura e riabilitazione, educazione sanitaria, aggiornamento del personale, gestione del sistema informativo; verificano la corretta esecuzione dei tso e dei tsou (urgenti) e convalidano tutti i provvedimenti di coazione. È obbligatoria la presenza presso di loro dell'amministratore di sostegno. Al dipartimento di psichiatri afferiscono il Centro di salute mentale (Csm) con compiti di diagnosi e cura ambulatoriali e domiciliari, di prevenzione ed educazione sanitaria, convalida dei tso, delle dimissioni, di sostegno alle famiglie, controlli periodici dei pazienti al loro domicilio (almeno 1 ogni due mesi, obbligatoriamente); l'Spdc, col mantenimento dello standard di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti (deve disporre di aree verdi); Pronto soccorso psichiatrico che assicuri anche interventi urgenti al domicilio; *Cliniche psichiatriche umanizzate* e strutture residenziali, gestite anche da IRCCS, Case di cura ex art. 43/833, o soggetti accreditati. Esse possono essere ricavate anche nelle aree ex-Op e consistono in:

- comunità protette fino a 15 posti letto con standard di 3 posti letto ogni 8.000 abitanti
- comunità protette per pazienti con "doppia diagnosi"
- appartamenti protetti fino a 5 posti letto con standard di 2 letti ogni 8.000 abitanti
- appartamenti autogestiti (con controllo bisettimanale da parte degli operatori)
- centri diurni o *day hospital* psichiatrici, uno ogni 40.000 abitanti aperti 8 ore al giorno 5 giorni la settimana.

I tso per malattia psichica diventano di tre tipi: *domiciliare* o presso il Csm, per visite o somministrazione di farmaci, per effettuare

esami clinici e di laboratorio negli ospedali pubblici e convenzionati; *urgente* (tsou) presso l'Spdc con osservazione e trattamento della durata fino a 72 ore delle persone «verosimilmente affette da malattia psichica e, pertanto, bisognose di accertamenti e di cure», incapaci di intendere e volere e pericolose alle cose, a sé e agli altri; *ospedaliero* ordinario in Spdc, nelle cliniche psichiatriche umanizzate e nelle strutture residenziali protette diurne, notturne o continuative della durata fino a 1 mese, prorogabile fino a 3. Negli Spdc, i pazienti in tso devono essere tenuti in una sezione separata rispetto a quelli in trattamento volontario. Il tso è effettuato, di norma, con personale sanitario e infermieristico e con l'ausilio della forza pubblica in caso di pericolosità. Ad ogni provvedimento di coazione, segue automaticamente la nomina di un tutore e di un affidatario.

È proposta l'istituzione di una Commissione per i diritti del malato psichico presso il Tribunale, con funzioni ispettive e di controllo, composta da magistrato ordinario, psichiatra, psicologo, assistente sociale, un rappresentante delle associazioni dei famigliari.

Il malato dovrebbe avere diritto a un trattamento empatico e rispettoso della sua dignità e dei suoi valori (art. 1); al lavoro (se le condizioni cliniche e la sua capacità di relazione lo consentono) - se il paziente non è in grado di tenere un lavoro, è inserito in laboratori protetti con una retribuzione di almeno 1/3 di quanto gli spetterebbe di norma -; alla scelta del curante e della struttura. La famiglia del malato ha diritto al rifiuto della convivenza col proprio congiunto; a somme di denaro per il lavoro di assistenza e cura; all'assicurazione contro i reati commessi e i danni provocati dal congiunto.

Sono previsti inoltre:

- commissari *ad acta* per le amministrazioni inadempienti;
- il 6% del Fondo sanitario nazionale di cui il 10% destinati alla ricerca scientifica;
- la selezione, la formazione di base e permanente degli operatori ispirate ai criteri della *psicologia umanistica* secondo la quale sono richiesti "capacità di ascolto e di rapporto empatici, di rispetto del paziente, dei famigliari e dei loro valori e bisogni, nonché di valorizzazione della creatività e delle vocazioni professionali della persona assistita"²;
- una Commissione nazionale permanente con rappresentanti degli operatori e delle

famiglie (ma non dei pazienti) con funzioni ispettive e, a cascata, commissioni simili nelle singole regioni e aziende;

- l'affido etero familiare e la sua regolamentazione.

Dimissioni e cessazione del tso. L'assistenza psichiatrica è centrata sull'obbligo dei servizi pubblici di esentare la famiglia dalla convivenza con un proprio membro con disturbi mentali e/o del comportamento. Per questo la proposta si sofferma e dilunga sul rientro del paziente in famiglia al termine del tso, recuperando il tema antico della psichiatria del XIX e del XX secolo, l'affido omo ed etero familiare, e prescrizioni del R.D. 16 agosto 1909, n. 615, per l'esecuzione della legge manicomiale 1904 n. 36.

La dimissione in affidamento. E' previsto sia possibile, con il consenso del tutore, dimettere il paziente dal Spdc, sempre mantenendo il regime del tso, ad un soggetto affidatario accreditato (un familiare o una qualsiasi altra persona o famiglia) sulla base di una scelta convalidata dal Centro di salute mentale e con il consenso del tutore, con compiti di *cura e custodia*. L'affidatario ha il compito di assistere, proteggere e consigliare il paziente, di garantire che sia adeguatamente alloggiato, nutrito e vestito, nel rispetto di condizioni igieniche personali e ambientali decorose, di vigilare sul suo stato di salute fisica e psichica e di garantire la regolare esecuzione delle terapie prescritte, riferendone costantemente al personale curante, nonché di assicurare la sua presenza alle visite di controllo. (art. 4, comma 2, punto d). Da parte sua il paziente, al momento della dimissione, deve essere a conoscenza dei compiti dell'affidatario e deve impegnarsi a non ostacolare il loro regolare svolgimento. (articolo 4, comma 2, punto e). Per la dimissione in affidamento è necessario che il paziente abbia raggiunto un sufficiente stato di compenso psichico, che sia consenziente e «disponibile ad accogliere le regole dell'affidamento» e che sia improbabile che il paziente, se dimesso e affidato a se stesso, sia in grado di badare a sé e di sottoporsi con regolarità alle necessarie cure o di tutelarsi da maltrattamenti o da tentativi di sfruttamento o di guardarsi dal commettere azioni gravemente irresponsabili (art. 4, comma 1, a), 2). Il responsabile del Spdc è tenuto a monitorare l'andamento dell'affidamento, potendo sempre e comunque disporre la revoca e, in accordo con il tutore, sostituire

l'affidatario o spostare il paziente in un'altra residenza protetta, chiedere anche l'intervento della pubblica sicurezza per un tso.

La cessazione del tso comporta riscontri e garanzie da dare in particolare alla famiglia e che il paziente dia *valido consenso*, e sia *ritenuto credibile* (sic!!) che continuerà ad assumere in regime di trattamento sanitario volontario le *terapie necessarie*.

Commenti. Certamente esistono situazioni di abbandono in famiglia di persone con gravi disturbi mentali e del comportamento senza adeguati ed efficaci supporti da parte del servizio sanitario regionale. Ed è giusto e doveroso andarle a visitare, interrogare chi dovrebbe intervenire e non lo fa, capire le ragioni e i fattori che provocano grandi sofferenze e per tempi tanto lunghi in alcune famiglie. Come è doveroso segnalarle anche per trovare, una per una, possibili vie d'uscita rispettose della dignità della persona che saranno evidentemente diverse fra di loro. Ciò premesso è da chiedersi se sia necessario e utile rovesciare l'impianto della legislazione del '78, ispirandosi alle elaborazioni di un secolo fa, ergoterapia compresa. Ancora, che senso ha far diventare chi subisce un tso una sorta di "sorvegliato speciale", un pericolo pubblico di cui diffidare, costruendo spazi e percorsi differenziati e separati rispetto ai pazienti "volontari", allestendo una bardatura pesantissima di procedure di controllo, custodia e tutela che possono durare per tutta la vita? Ha senso reintrodurre la presunzione della pericolosità sociale nonché l'incapacità di intendere e di volere, liquidando l'esperienza dell'amministratore di sostegno, perché una persona con disturbi mentali non assume (tutti) gli psicofarmaci? Così non si aiutano certamente i pazienti, ma sono sicuri i firmatari della proposta che così si aiutano seriamente le loro famiglie?

Non si capisce poi cosa c'entri in tale cupo scenario di coazioni e di restrizioni la «psicologia umanistica», un indirizzo culturale e un complesso di tecniche di trattamento che, contro la psicoanalisi e il comportamentismo, sviluppando le "terapie centrate sul cliente" (la parola *cliente* non può essere certamente usata a proposito di individui da coartare e custodire magari per tutta la vita, i mostri su cui si esercita la proposta Guzzanti), esaltano la libertà e la creatività della persona. E quando anche, alla faccia del pluralismo delle scuole e degli approcci culturali, filosofici e scientifici, tutti gli operatori della psichiatria (e delle

tossicodipendenze?) fossero perfettamente formati al verbo umanistico, a cosa servirebbe se la gestione delle situazioni più dure e dolorose per mesi ed anni è assegnata a un "affidatario" al quale si richiedono i requisiti di cui al sopra citato comma 2, punto d) dell'articolo 4.

La **proposta Marinello e altri (Pdl)** *Disposizioni in materia di tutela della salute mentale e per la difesa dei diritti dei cittadini con disturbi mentali* (Camera 919), assegnata l'8 ottobre 2008 alla XII Commissione Affari Sociali consta di 17 articoli che sostituiscono gli articoli 34, 35 e 64 della legge 833/78. Il Ministero emana le nuove linee guida per i requisiti di qualità dell'assistenza; è confermato il ruolo di regia del Dsm (che comprende anche le UONPIA), a guida medica, corresponsabile della cura insieme al medico di famiglia. Le questioni trattate sono le seguenti:

- la difesa dei diritti umani troppo frequentemente violati nella pratica psichiatrica³, art. 6, prevede che sia punito «chi richiede, fornisce o presta assistenza al fine di ottenere un trattamento sanitario obbligatorio d'urgenza o un trattamento sanitario obbligatorio a carico di altri, per proprio vantaggio o ingiusta causa»;
- la definizione dei criteri di valutazione della qualità dell'assistenza;
- la riorganizzazione del sistema nazionale con il collocamento obbligatorio, l'offerta di percorsi lavorativi in cooperative, di comunità residenziali fra cui almeno una struttura per regione ad alta protezione in alternativa all'OPG per chi abbia compiuto reati minori, il pieno uso delle «Case di cura con indirizzo neuropsichiatrico»;
- l'istituzione della figura del garante del paziente psichiatrico;
- una nuova normativa per il t.s.o., tutti in strutture pubbliche, con Accertamenti Sanitari Volontari (ASV) se si ha fondato sospetto di presenza di alterazioni psichiche, t.s.o. d'urgenza valido 72 ore nella divisione ospedaliera di psichiatria e t.s.o. ordinario della durata massima di un mese, rinnovabile solo tre volte nella divisione ospedaliera di psichiatria e nelle SRA ad alta protezione;
- la conduzione di programmi di prevenzione nelle scuole con la individuazione anche dei soggetti superdotati da avviare a percorsi differenziati;
- il vincolo del 5% del Fondo sanitario nazionale.

La **proposta Barbieri (Pdl)** *Modifiche alla legge 13 maggio 1978, n. 180 in materia di trattamenti sanitari volontari e obbligatori* (Camera 1984), presentata il 4 dicembre 2008 parte dall'affermazione per cui, secondo il presentatore, nel 2008 in Italia le persone con disturbi mentali si trovano ricoverate o in un ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) se autrici di reato o in un "normale" ospedale psichiatrico. Allo stesso non risulta l'esistenza dei Dipartimenti di salute mentale e, nel loro ambito, degli Spdc negli ospedali generali. Egli è preoccupato di correggere gli abusi e le violazioni della dignità del paziente in caso di tso che sarebbero gestiti in modo disinvolto ed arbitrario dagli psichiatri. Infatti, mentre il ricovero in OPG è disposto da un giudice, un'autorità terza, il tso., «una reclusione [...] senza processo», è deciso praticamente da due psichiatri (il sindaco non conta niente). Pertanto, secondo il nostro, il tso. dovrebbe essere possibile solo per chi sia già stato internato in OPG o qualora il paziente «possa uccidere o ferire qualcuno o comunque commettere un qualsiasi reato penale». Il ricovero in regime di tso dura trenta giorni e non può essere prorogato per più di 90 giorni. Così in modo alquanto contorto si propone la gestione in circuiti separati dei pazienti giudicati socialmente pericolosi.

PROPOSTE PRESENTATE AL SENATO DELLA REPUBBLICA

Al Senato, la **proposta Carrara, Bianconi e Colli (Pdl)** di modifica e integrazione degli articoli 33, 34, 35 della legge 833/78, dichiara di *snellire le procedure di ricovero e ristrutturare, in senso liberale (?), il sistema delle garanzie*. L'elaborato si concentra sul tso che è disposto dal sindaco su *proposta motivata di qualsiasi medico* eserciti la professione in Italia (la convalida spetta al medico psichiatra del Spdc); dura 30 di norma giorni prorogabili; riguarda persone di cui siano certificati lo *stato di malattia psichica* (una dizione che lascia intendere l'inguaribilità, l'irrecuperabilità delle persone con disturbi mentali), il bisogno urgente di cure, l'indisponibilità delle persone a riceverle, ma anche qualsiasi persona *ragionevolmente sospetta* di versare in uno stato di malattia psichica che si «*sottrae attivamente alla valutazione medica*»; il trasporto nell'ospedale generale è eseguito usando *idonee ambulanze*; può essere ospedaliero o

extraospedaliero per trattamenti coatti di medio e lungo periodo domiciliari (obbligo di seguire un programma ambulatoriale o semiresidenziale disposto dallo psichiatra del Dsm) o riabilitativi-residenziali comunitari della durata di 6 mesi, prorogabili. Il tso extraospedaliero è proposto e convalidato da due medici psichiatri del Dsm e disposto dal Sindaco e riguarda i pazienti che «per ragioni di malattia» si oppongono ai trattamenti terapeutici ritenuti per loro idonei. I tso extraospedalieri riabilitativo-residenziali si svolgono in Comunità terapeutiche accreditate con un numero di posti letto inferiori a 20. Sono modificate anche le norme di garanzia che sono affidate al Giudice Tutelare che si avvale di una *Commissione psichiatrica di garanzia* composta da 2 medici psichiatri specialisti del Servizio sanitario regionale (allo scopo retribuiti) operanti presso un Ufficio di coordinamento dei medici di medicina generale (CMMMG) da istituire presso ogni ASL. I commissari di garanzia svolgono sopralluoghi, almeno annuali in caso di proroga di un tso extraospedaliero. Il paziente può nominare uno psichiatra di fiducia, come consulente di parte solo nel caso di sopralluogo annuale. Se il tso riguarda «cittadini stranieri e apolidi» vanno informati il Ministero dell'interno e i consolatari competenti (norma di evidente ispirazione leghista).

Osservazioni. È la proposta che più si avvicina al testo Guzzanti (v. le *idonee ambulanze*, le disposizioni per *cittadini stranieri e apolidi*). È proclamato l'obbligo della cura; molto alta è la discrezionalità degli interventi di coazione che possono essere disposti quasi da chiunque; le garanzie sono scarse.

La **proposta Rizzi e Boldi (LNP)** *Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e disposizioni in materia di tutela della salute mentale* (Senato 1423), assegnato alla XII Commissione il 4 marzo 2009, è composta di 4 articoli e sostituisce una precedente presentata nel dicembre scorso composta di due soli articoli. L'assunto di base è che la società non ha colpa della malattia mentale e pertanto è suo diritto e dovere che i malati si curino, soprattutto in ospedali (anche privati purché accreditati) per trattamenti di lunga durata. Tre sono le finalità dichiarate: tutelare la dignità della persona malata, garantire un "percorso clinico scientificamente corretto" e la sicurezza del malato della società. La malattia (art. 1) è intesa come

limitazione delle libertà della persona che quindi andrà protetta e controllata dalla famiglia e dal medico, corresponsabili del rispetto delle prescrizioni. Sono previste tre forme di coazione: l'*accertamento psichiatrico obbligatorio* (disposto dal sindaco, della durata di 48 ore per patologie intellettive e affettive che mettano a rischio di fallimento esistenziale), la *prescrizione psichiatrica obbligatoria* (della durata di 90 giorni- si tratta di una procedura per informare il paziente dei trattamenti cui deve sottoporsi se vuole evitare un tso) e il *trattamento sanitario obbligatorio* (intra ed extraospedaliero della durata di 7 giorni prorogabili). Per intanto si prevede che ambulatori ospedalieri presso i Dipartimenti di Emergenza siano dedicati al trattamento dei disturbi depressivi. Si sottolinea la necessità di un nuovo governo della salute mentale, ma si mostra consapevolezza della complessità del problema dell'assistenza psichiatrica per cui la definizione del nuovo possibile scenario è rinviata ad un Comitato tecnico permanente presso la Conferenza Stato-Regioni che dovrà predisporre nuove linee guida e criteri di gestione e valutazione, in specie in ordine al finanziamento differenziato dei Dsm, alla adozione di indicatori di risultato.

NOTE GENERALI DI COMMENTO

Non solo nella politica ma anche nella magistratura stanno emergendo da tempo orientamenti in grado di indurre una deriva dei servizi di salute mentale in direzione di una «psichiatria difensiva» che porta ad abdicare alla funzione alla cura (= psichiatria come braccio della magistratura o della polizia), a più trattamenti coatti, evitamento delle situazioni più emblematiche e rischiose (e quindi minore tutela della comunità), più ricorsi al giudice, al carcere all'OPG, a una sicurezza (dello psichiatra) ottenuta tramite la coercizione del paziente. Ma un'operazione altrettanto preoccupante perché porta argomenti a chi vuole restituire tutto il potere sulla vita quotidiana e i destini dei pazienti psichiatrici ai medici, è rappresentata da commentatori e studiosi che accreditano una lettura della riforma del 1978 come la vittoria di una improvvisazione sconsiderata e di orientamenti velleitari ispirati all'antipsichiatria. Con questo ignorando un serio e profondo lavoro di vent'anni per il superamento del modello manicomiale e l'integrazione dell'assistenza psichiatrica nei nuovi assetti della sanità italiana affidata alla responsabilità delle Regioni,

senza una nuova legge speciale per la psichiatria.

L'affermazione che la salute non è solo assenza di malattia ha profondamente innovato il concetto di «cura». Da tale assunto, che è alla base della legge 833/78, segue che il paziente va inteso come persona (e come cittadino titolare di diritti, fra cui il diritto alla salute) e non ridotto alle sue parti malate, e che la cura non è riducibile ai trattamenti specifici. In questo contesto di valori scientifici, etici e deontologici l'organizzazione dei servizi sanitari è tenuta non solo a curare, quanto a «prendersi cura» del paziente tenendo conto dell'insieme dei suoi problemi.

Nel loro complesso le proposte di modifica della legge 180 sinora presentate in Parlamento ignorano i progressi realizzati nella salute e nella qualità della vita quotidiana delle persone con disturbi mentali grazie al protagonismo loro e delle famiglie nel contesto dei servizi di psichiatria di comunità e ignorano del tutto le più recenti indicazioni a livello europeo in tema di politiche per la salute mentale dalla risoluzione Bowis del 2006, all' *European Pact for mental health and well-being* del luglio 2008,

alla risoluzione per la salute mentale approvata dal parlamento europeo il 19 febbraio scorso. Tratto comune dei progetti di revisione/sostituzione della legge 180 sinora presentati, con qualche differenza nel tono e nel peso assegnato alle "parole chiave" usate, è l'enfasi su un mix di "trattamenti adeguati" (in quanto imperniati sul farmaco), sicurezza pubblica (e conseguente rafforzamento delle misure e della durata della coazione dei pazienti), restituzione del potere ai medici psichiatri, centralità dell'ospedale (come luogo deputato delle cure), tutela delle famiglie (dai pazienti loro congiunti), riproposizione della pericolosità e dell'incapacità di intendere e di volere come attributi associati al disturbo mentale. I testi presentati sembrano costruiti in risposta a cronache giornalistiche e racconti di delitti attribuiti a persone con disturbi mentali, invece che sulla conoscenza di quanto succede nella realtà quotidiana dei servizi di salute mentale che corrisponde a quanto scritto nel primo comma dell'art. 33 della legge 833/78: *gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari*. Oggi in Italia, esclusi i temi della devastante crisi economi-

In povertà di spirito e in purezza di cuore

Ma è proprio questa forma di decostruzione del proprio pensiero che è faticosa perché vuol dire stare nel vuoto, ossia stare in "in povertà di spirito e in purezza di cuore"... E' un'espressione un po' mistica, ma a me piace. E' di Maria Zambrano, una grande filosofa spagnola vissuta nel '900. In povertà di spirito vuol dire stare in una situazione in cui non ho tante certezze perché se mi attacco alle mie certezze divento incapace di dialogare con gli altri. Spesso ci attacchiamo alle nostre certezze perché abbiamo paura di cadere nel vuoto. Se invece riusciamo a sentire che la messa in discussione delle nostre idee non ci annulla, questo stato di povertà di certezze ci permette di incontrare l'altro e di affrontare il dialogo in modo costruttivo. Questo però deve essere accompagnato dalla purezza di cuore perché altrimenti il dialogo con l'altro e quindi la capacità di produrre conoscenza con lui a partire dall'esperienza vengono meno. La capacità di co-costruire non può essere interpretata solo secondo i principi del *cooperative learning*, che sono alle volte molto tecnicistici. Tu non cooperi con l'altro solo perché acquisisci delle abilità sociali, ma se sviluppi quella che Zambrano definisce purezza di cuore. Che vuol dire avere un atteggiamento sul piano degli affetti e delle emozioni che consente di dare spazio all'altro e forse anche storicamente di non essere troppo preso dai propri desideri e dalle proprie aspettative. Perché se ci lasciamo prendere dal nostro desiderio e dalle nostre aspettative, il rischio è quello di recingere l'altro dentro i nostri pensieri e così anche l'esperienza. Così non si apprende dall'esperienza. Tutte queste operazioni non fanno altro che far emergere un pensiero critico finto. Finto perché non è capace di andare in profondità, ma anche distruttivo perché si presta a manipolare l'altro anziché costruire con lui conoscenza. Perché se io ho tante certezze e penso che le mie aspettative siano buone, il mio pensiero diventa imposizione sulla realtà; invece dovrebbe essere *un farsi indietro dell'io*, una rottura dell'imperialismo dell'io perché il pensiero possa avere un effetto sulla realtà. La nostra cultura ci ha insegnato la disposizione all'affermazione di sé, come se affermando sempre i nostri pensieri, le proprie teorie la realtà si mettesse in movimento. Come se il cambiamento fosse sempre l'effetto di un atto di potenza, di potere. Invece spesso è il contrario: è quando ci facciamo e lasciamo che le cose agiscano, e quindi restringiamo la prensione sulle cose, che emerge l'inedito, l'impensato.

Luigina Mortari, in *Animazione sociale*, n. 3/2009.

ca mondiale in corso, al centro del dibattito politico nazionale vi sono i temi del federalismo e la scuola. Il tema del diritto alla salute mentale può trovare cittadinanza e interlocutori in questo contesto anche perché se il diritto alla salute mentale e a una buona assistenza psichiatrica sono, e certamente lo sono, un problema di ordine nazionale, vale la pena di chiedere conto alle Regioni del lavoro da loro svolto in questi trent'anni per assicurare alla popolazione buoni servizi di salute mentale. Perché potrebbe essere che molte Regioni abbiano fallito l'obiettivo e in tale caso, provocatoriamente, si potrebbe chiedere indicare che siano dei commissari *ad acta* o i prefetti anziché gli assessori regionali alla sanità a garantire tale diritto. Inoltre troppo si ignora che nel nostro paese il problema della formazione del personale è stato *sistematicamente eluso* e che, prima e dopo la 180, *l'Università non è stata all'altezza del compito*. Nel loro complesso, salvo rare eccezioni, le facoltà mediche e di psicologia si sono disinteressate di quanto stava accadendo nel campo dell'assistenza psichiatrica e non hanno formato quadri con una preparazione competente ed adeguata col risultato che i più hanno dovuto, e devono, continuare a farsela «sul campo». Se si vogliono quindi affrontare seriamente i problemi della povertà di garanzie di buoni servizi di salute mentale in troppe parti d'Italia, insieme al tema delle risorse, della qualità delle relazioni e dei trattamenti, del rispetto dei diritti di cittadinanza e della lotta allo stigma, bisognerà mettere a fuoco il «buco» decennale di gran parte delle agenzie di formazione dei professionisti (medici, psicologi, infermieri, educatori professionali, personale ausiliario).

Molte delle proposte presentate intendono unificare nei Dsm i servizi di salute mentale per gli adulti, i minori e per le tossicodipendenze. Le politiche di contrasto alle dipendenze patologiche sono regolate da più di vent'anni da una legislazione proibizionista e da pratiche (e propaganda di pratiche e stili di trattamento) centrate sul ruolo di leadership cari-

smatiche, su pedagogie molto severe nei confronti degli assuntori di droghe illegali, lontano dagli approcci di tipo medico-biologico al disturbo mentale al centro delle proposte di modifica della 180. L'assistenza psichiatrica ha avuto una storia diversa rispetto alle pratiche in uso nel trattamento delle dipendenze patologiche, escluse forse le pratiche che si rifanno a quella «terapia morale» che stava a giustificazione del manicomio e sinora i tentativi di discriminare per legge i pazienti sono stati respinti e gli orientamenti prevalenti sembrano ancora tenere ben presente il tema della promozione e della tutela dei diritti di cittadinanza. Prima di inserire negli attuali Dsm anche i Sert (e il variegato mondo delle Comunità terapeutiche) è necessario avere un adeguato confronto sugli stili e le culture professionali. Tutte le proposte puntano a costruire destini e percorsi, nonché ad allestire spazi separati per i pazienti «buoni e remissivi», «di buon comando» si diceva in manicomio e quelli «cattivi e riottosi». Se questo sciaguratamente si realizzasse, fra le tante altre conseguenze, gli Spdc finirebbero alla lunga coll'essere espulsi dagli ospedali generali. Anche per questo non bisogna smettere di battersi per le «porte aperte» e il «*no restraint*». Fra i tanti meriti della riforma italiana del '78 vi è stato quello di aver incoraggiato, promosso, sostenuto il rapporto di fiducia fra chi sta male, chi vive con lui e l'equipe multi professionale che si occupa di lui. Ci vuole poco per distruggere questo circuito virtuoso di relazioni che facilita l'opera dei fattori di miglioramento, guarigione, *recovery*, un termine ignoto o, se noto, disprezzato dagli esperti che hanno redatto le proposte esaminate. A parte l'on. Ciccioli, nessuno degli altri parlamentari proponenti «è della materia» e sarebbe interessante sapere a chi abbiano commissionato o chi abbia confezionato per loro i testi che abbiamo passato in rassegna e che mostrano una sconsolante, preoccupante ignoranza della situazione e dei problemi dell'assistenza psichiatrica italiana.



Note

- ² La Psicologia Umanistica, in alternativa alla psicoanalisi e al comportamentismo, mette al centro nella psicoterapia la persona nella sua interezza; lo sviluppo delle potenzialità latenti, dell'autorealizzazione, della creatività, la dignità della persona.
- ³ È citato il documento 7040 del Consiglio d'Europa del 1994, ignorando tutti gli altri successivi e numerosi pronunciamenti a livello europeo.