

GLI PSICHIATRI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA E I SERVIZI PUBBLICI DI SALUTE MENTALE

LUIGI BENEVELLI

FORUM SALUTE MENTALE, STOPOPG, MANTOVA

Una riflessione sul ruolo dei suoi servizi pubblici di salute mentale e partire dalle posizioni della Società italiana psichiatria (Sip). Il rischio della Sip pare quello di sottovalutare, se non ignorare, che in capo agli operatori dell'assistenza psichiatrica pubblica sta comunque un mandato, cui operatori non possono sottrarsi, e che può essere declinato o come controllo sociale o come liberazione

La pagina speciale de "Il sole 24 ore sanità" del 9-15 ottobre 2012, ha ospitato tre interventi che illustrano e rappresentano i principali assunti di riferimento delle pratiche degli psichiatri italiani del nostro tempo:

- quello sottoscritto da Ferrannini, Aguglia e Mencacci, ai margini del 46º Congresso nazionale della Sip (Milano, 7-11 ottobre 2012), che appare un "manifesto", una "carta di intenti" delle presidenze della Società italiana di psichiatria (Sip) che si sono succedute nell'ultimo decennio;
- la proposta di estensione a tutto il territorio nazionale del modello di Trento elaborato da Renzo de Stefani, la cosiddetta "181";
- la riproposta delle culture di riferimento della 180, di una psichiatria anti-istituzionale attenta ai diritti della persona, cui si appella Peppe Dell'Acqua perché non ce ne si allontani.

LA POSIZIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

Non mi soffermo sulle posizioni di Dell'Acqua e De Stefani perché ben note, maturate nei decenni trascorsi a partire rispettivamente da Trieste e Trento nella messa a punto di servizi di salute mentale di territorio a forte partecipazione e vocazione comunitaria; nel caso de "Le parole ritrovate" di De Stefani con una importante funzione, quasi "istituzionale", assegnata ai familiari nel cuore dei servizi di salute mentale. Invece contiene elementi di novità la piattaforma della presidenza della Sip che pone l'enfasi sul ruolo sociale e sul dovere professionale degli psichiatri a occuparsi di tutti i possibili pazienti con diagnosi psichiatrica, non solo quelli "più visibili e più destinati (?) alla marginalizzazione", presi singolarmente, uno per uno. La sottolineatura nasce, pare di capire, dall'urgenza di recla-

mare una rinnovata autorevolezza scientifica e di colmare "la perdita di definizione dell'agire psichiatrico nato dall'abbandono del mandato custodialistico".

Come se, negli scenari apertisi dopo la chiusura dei manicomii pubblici italiani, le difficoltà del lavoro del medico psichiatra dipendessero da una sua relativa perdita di potere nelle relazioni di cura o non fosse ben definito che cosa il medico psichiatra debba fare (o cosa ci si aspetti dal lui).

Preciso che, per la chiarezza delle considerazioni che andrò a fare, distinguerò una psichiatria intesa come branca della biomedicina, che trae vantaggio dai progressi della ricerca e della sperimentazione, da una psichiatria intesa come pratica e organizzazione assistenziale, dedicata ai diritti, alla qualità della vita quotidiana e ai destini di vita dei cittadini-utenti. E ancora, terrò a distinguere i servizi dell'assistenza psichiatrica pubblica, denominati dopo la riforma del 1978 "servizi di salute mentale", dall'assistenza e dalle pratiche di cura che si realizzano in setting privati nei quali il paziente è un "cliente" che paga, può scegliere, abbandonare le cure. Nell'argomentazione e nella riflessione mi soffermerò sul primo scenario.

Premetto che giudico comprensibile l'esigenza della Sip di definire e rafforzare un minimo comun denominatore fra gli interessi professionali degli psichiatri che operano rispettivamente nell'assistenza psichiatrica pubblica, nelle strutture private, nella libera professione e nell'Università. Al riguardo la Sip proclama l'autonomia e la responsabilità del medico nel lavoro clinico, ambito esclusivo di una psichiatria basata "su rigorose procedure metodologiche di tipo diagnostico e terapeutico", aperta alle acquisizioni delle neuroscienze e della neuro psicofarma-

cologia: "lo psichiatra è portatore di un sapere capace di misurarsi con fenomeni che vanno dal comportamento di un recettore neuronale esposto a una molecola ad azione antagonista alla risposta comportamentale di una persona esposta a grandi elementi di stress". Per questi motivi la presidenza della Sip polemizza con la "continua ridiscussione dei propri mezzi e delle proprie competenze" da parte degli psichiatri che avrebbe "contribuito a una relativa perdita di centralità" (autorità) degli stessi. Il calo di prestigio pubblico dei medici psichiatri avrebbe trovato conferma nel Testo Unificato *Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica* dell'on. Carlo Ciccioli assunto come testo base dalla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati nel maggio 2012. È una proposta legislativa che colloca il medico psichiatra che opera nell'assistenza psichiatrica pubblica al vertice delle politiche di difesa sociale e di controllo delle più varie forme di devianza, piuttosto che alla guida del lavoro di cura delle persone con diagnosi psichiatrica.

OBBLIGATORIO E NECESSARIO

Già nel titolo scelto dall'on. Ciccioli si segnalano l'abbandono del termine "salute mentale" e la reintroduzione al suo posto di quello di "assistenza psichiatrica", locuzioni che ci dicono molto delle culture professionali e politiche di cui il relatore è espressione. La proposta Ciccioli si incentra sostanzialmente sulla sostituzione del termine "obbligatorio" (riferito al t.s.o.) con il termine "necessario". Come afferma Peppe Dell'Acqua (*Legge Basaglia, trent'anni di lavoro. E i tentativi di delegittimarla*, «Alfabeta2», n. 24, novembre 2012).

- "Obbligatorio" significa prima di tutto che l'altro esiste. Posso "obbligare" qualcuno con un'ordinanza o una norma quando ho riconosciuto la sua autonomia e la sua possibilità di rifiuto. La parola è una tensione alla negoziazione. Obbligare qualcuno a qualcosa ha a che vedere anche con un'assunzione di responsabilità: un sentirsi obbligato nei confronti dell'altro che sto obbligando, limitando la sua libertà, invadendo il suo spazio intimo e personale.
- "Necessario" nega invece l'esistenza dell'altro. Nega la presenza del soggetto in ragione di qualcosa che trascende i contesti, le relazioni, le storie, gli individui. Sposta l'attenzione su ciò che si deve ritenere di assoluto bisogno: non c'è trattativa perché la neces-

sità rimanda a un oggetto, a un cervello, alla malattia mentale, che rientra nella naturalità, nell'ineluttabile accadere delle cose. (...) Necessario attiene alla forza "naturale" che la normalità deve esercitare sulla follia, dopo averla ridotta a malattia. Nel rapporto con chi vive l'esperienza del disturbo mentale non si può cedere: fare o non fare un trattamento significa, per chi esercita il potere, vincere o perdere.

Quindi, l'aggettivo "obbligatorio" denota l'azione di coercizione del paziente con i percorsi e le procedure a tutela dello stesso che lo Stato deve garantire sempre, mentre "necessario" fa riferimento al punto di vista di chi, medico psichiatra o familiare o altro ancora, sa quanto e quando, in assenza del consenso del paziente, è ora di intervenire. Dal "necessario" discendono una condizione di coercizione potenzialmente a vita (il "contratto terapeutico vincolante"), e la riduzione a Tutore (che decide che cosa è giusto fare per il bene del tutelato) di una figura come quella dell'Amministratore di sostegno, che invece è nata per accompagnare e sostenere nelle scelte la persona con disabilità nei percorsi di empowerment e di recovery, vale a dire nei percorsi di ristabilimento della salute e della guarigione. Non è quindi casuale che Ciccioli reintroduca a giustificazione dell'internamento (e della pericolosità sociale) l'antica locuzione di "non coscienza di malattia" largamente in uso nella psichiatria manicomiale e che a proposito dei diritti delle famiglie, il Testo Unificato titoli l'articolo 9 *Disposizioni per garantire l'incolumità dei familiari*; senza parlare mai dei diritti dei cittadini con diagnosi psichiatrica; della dolorosa, aspra questione dei trattamenti disumani e delle contenzioni e dell'opera delle associazioni dei cittadini con disturbo mentale, né prevedere la presenza di utenti negli organismi consultivi. E a legittimazione dei desiderati lunghi internamenti che dovrebbero essere preferibilmente organizzati in strutture private, Ciccioli propone lo t.s.n.e.p. (trattamento necessario extraospedaliero prolungato) della durata di sei mesi prorogabili a giudizio del medico. Quanto ai servizi di assistenza psichiatrica in carcere e il superamento degli opg, Ciccioli lascia intravedere la disponibilità a superare il Codice Penale in vigore con il riconoscimento dell'imputabilità del "re o folle": Ciccioli ipotizza carceri con spazi e tempi dedicati al "trattamento ambulatoriale, semiresidenziale e resi-

denziale dei malati di mente autori di reato che, per la persistenza della pericolosità sociale, non possono essere trattati all'esterno del luogo di detenzione, ovvero che permaneggono in stato di detenzione perché *imputabili*".

A fronte della riproposizione brutale del potere del medico psichiatra sulla vita quotidiana e i destini degli utenti di servizi pubblici ridiventati di assistenza psichiatrica, la presidenza della Sip si limita a contestare a Ciccioli l'"atteggiamento di assoluta sfiducia verso le capacità professionali degli psichiatri italiani e di stigmatizzazione verso le persone malate". È proprio l'angolo di visuale della Sip a rendere angusto e poco efficace il confronto con le tesi dell'on. Ciccioli che, in nome della difesa sociale agita dal medico psichiatra, portano al disconoscimento dei diritti costituzionali dei pazienti. La Sip sembra sottovalutare, se non ignorare, che in capo agli operatori dell'assistenza psichiatrica pubblica sta comunque un mandato, cui operatori non possono sottrarsi, e che può essere declinato o come controllo sociale o come liberazione. Ignorare l'ambiguità del mandato porta a lasciare gli operatori più soli e schiacciati dalla domanda di controllo sociale, come mostrano i seguenti esempi:

- la discussione e alcune recenti sentenze intorno alla "posizione di garanzia" dei medici psichiatri che sarebbero responsabili dei comportamenti delle persone affidate alle loro cure;

- il fatto che i Dsm di grandi città sono stati in anni recenti sollecitati dalle amministrazioni civiche delle rispettive a produrre liste di utenti dei servizi da loro diretti di cui si potesse presumere la "pericolosità sociale", al fine di consentire procedure più "disinvolte" per l'esecuzione dei f.s.o. e di garantire "maggiore sicurezza" alla popolazione;

- la pratica dolorosa e inquietante del legare i pazienti, legittimata nei protocolli adottati da quasi tutti i Dsm italiani; di recente la vicenda Casu nell'Spdc di Cagliari e la vicenda Mastrogiovanni in quello di Vallo di Lucania, ambedue morti legati, hanno turbato l'opinione pubblica italiana.

ATTENTI SOLO AL LAVORO CLINICO?

Concentrare l'attenzione sul solo lavoro clinico consente alla presidenza della Sip di mettere in parallelo quanto accade in un Dsm, in un ambulatorio privato o in una clinica psichiatrica; ma se è vero che non tutte le situazioni richiedono prese in carico comples-

se come quelle che qualificano o dovrebbero qualificare l'attività dei Dsm, non si dovrebbe sottovalutare il fatto che un conto è essere "cliente", un conto è essere "utente" e che dall'esperienza dei servizi pubblici di salute mentale si ricava che la gran parte delle persone che vivono angoscia, dolore e forte disagio mentale, anche di lunga durata, appena può non frequenta i Dsm, perché a più forte rischio di stigma, ma si rivolge in cerca di aiuto alle più varie agenzie (professionali, sanitarie, religiose e non). Prima e dopo la riforma del 1978 il lavoro dei servizi pubblici di salute mentale ha obbligato tutti, operatori, famiglie, utenti, autorità sanitarie, a interrogarsi su quanto accade nell'incontro e nella negoziazione con le persone che stanno male, che fanno fatica a vivere, sul senso che si dà alla sofferenza mentale, sulle parole che si usano per nominarla, sui "modelli esplicativi" in cui ci si riconosce, come evidenziano le elaborazioni degli etnopsichiatri e i problemi posti ai servizi pubblici di salute mentale dall'incontro con gli immigrati extraeuropei che affollano da qualche anno le nostre città e i nostri villaggi.

Non solo, ma la Sip chiude gli occhi di fronte a scelte sul futuro degli opg che potrebbe modificare radicalmente le finalità e il modo di essere dei servizi pubblici, in particolare per la reintroduzione nelle culture professionali degli operatori psichiatrici del pregiudizio di pericolosità sociale delle persone con diagnosi psichiatrica. Nel documento sottoscritto da Ferrannini, Aguglia e Mencacci colpisce soprattutto il non-detto sulla chiusura e su quale chiusura degli opg italiani, confermando il silenzio della Sip non solo sui risultati del lavoro della Commissione presieduta dal sen. Ignazio Marino, ma anche sul come, dopo un intenso dibattito parlamentare al Senato (la prima volta a mia memoria che il Parlamento repubblicano ha dedicato una seduta agli ospedali psichiatrici giudiziari) gli stessi sono stati recepiti nella legge 9/2012, una legge dello Stato, e nel Decreto Ministeriale, 1 ottobre 2012 "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia. A questo decreto vanno aggiunte le due recenti Intese, sancite nella Conferenza Unificata il 6.12.2012, sul riparto dei finanziamenti destinati agli opg, ex art. 3 ter della Legge 9/2012. Grande è la preoccupazione che il superamento degli opg si riduca al

semplice trasferimento delle persone attualmente interne negli opg in "strutture speciali regionali", che il comitato nazionale Stopopg ha chiamato polemicamente "miniopg", che dovrebbero fare capo ai servizi pubblici di salute mentale regionali. Le strutture residenziali previste avranno le porte chiuse interne ed esterne, i sistemi di video sorveglianza, i sistemi di allarme; alcune la sorveglianza perimetrale da parte delle forze dell'ordine. In questi luoghi, che potrebbero essere affidati pare per lo più alla gestione di soggetti privati, la cura sarà necessariamente congiunta con la custodia.

Affinché anche nella sanità penitenziaria, oggi a gestione regionale, si affermi la cultura della riforma del '78, vale a dire il rispetto e l'attenzione ai diritti, al consenso, al protagonismo delle persone con diagnosi psichiatrica autrici di reato un possibile percorso che porta, bisogna:

- dare centralità ai progetti terapeutico riabi-

litativi individuali, a cura del Dipartimento di Salute Mentale competente, finalizzati prioritariamente alle dimissioni e all'esecuzione delle misure di sicurezza "alternative" all'internamento. (in coerenza con le sentenze Corte Costituzionale 253/2003 e 367/2004;

- evitare il mero trasferimento delle persone attualmente interne negli opg nelle "strutture speciali regionali" (i "mini OPG") previste dall'articolo 3 ter della legge 9/2012;
- contrastare le scelte delle Regioni di mantenere in vita i "vecchi" opg come strutture interregionali. La norma lo consente alle regioni con un "fabbisogno inferiore a 10 posti letto", cioè proprio quelle in cui le strutture potrebbero essere di piccole dimensioni e quindi più lontane dalle "caratteristiche manicomiali";
- fare luce sulle persone interne negli opg, restituendo loro il volto, il nome, la storia;
- istituire una autorità di garanzia nazionale

Il modo con cui ci incontriamo con gli altri e con noi stessi

Cosa desta in noi l'angoscia di un paziente che vive, e muore, nei laghi oscuri della depressività e che nella morte volontaria intravede la zattera di salvezza da un dolore intollerabile? Cosa desta in noi l'aggressività così virtualmente costitutiva delle esperienze maniacali e così facilmente matrice di reazioni controtransferali di paura e di inquietudine, di malessere e di rassegnazione? Cosa desta in noi una fenomenologia psicotica tematizzata da deliri e da allucinazioni: dall'autre monde della estraneità e della vertigine perduta della illibertà oscura, e inarrestabile? Ovviamente, le emozioni nascono in noi improvvise e inizialmente incontrollabili, e nondimeno non è possibile confrontarsi con le diverse situazioni psicopatologiche se non arginando, e inaridendo, le angosce e le inquietudini, le paure e le intolleranze, le mistificazione e le antipatie, che abbiano a dilagare in noi; e, se questo non avviene, franando allora ogni attitudine psicoterapeutica, non ha senso fare psichiatria, almeno nell'area delle grandi esperienze psicotiche, main fondo anche nell'area delle più conflittuali esperienze neurotiche. Non basta nemmeno sapere riconoscere e controllare le proprie emozioni dinanzi alle angosce inquietanti dei pazienti, e alle loro tentazioni di suicidio; ma è necessario anche sapersi immedesimare in queste esperienze vissute senza negarle nei loro significati e nelle loro risonanze emozionali, e senza allontanarle da noi come esperienze estranee alla condizione umana: forse anche senza riviverle come appartenenti potenzialmente alla nostra esistenza. Ogni nostra esperienza interiore, la paura e l'angoscia in particolare, e anche l'insicurezza e l'inquietudine, l'insincerità e l'indifferenza, la rassegnazione e la distrazione, l'abitudine e la deresponsabilizzazione, ci fa cambiare il modo con cui ci incontriamo con gli altri, e il modo con cui ci incontriamo con noi. Cosa che è ancora di più radicale importanza quando gli altri sono quelli che stanno male, e chiedono aiuto, e noi siamo quelli che curano: sia pure nel contesto delle nostre ineliminabili ansie e preoccupazioni che, semmai, accrescono la nostra intenzione e il nostro ascolto: nella reciprocità e nella comunità di destino che collegano senza fine chi cura e chi è curato.

Eugenio Borgna, in, *Elogio della depressione*, Einaudi, 2012

che sovrintenda ai percorsi di chiusura degli opg e che possa agire anche con funzioni commissariali *ad acta*;

- investire di una riflessione e di un'azione seria l'universo carcerario e gli attuali servizi di salute mentale in carcere per affermare il ruolo dei Dsm nella lotta all'abbandono sociale delle persone con diagnosi psichiatrica "più destinate alla marginalizzazione";
- impegnare il nuovo Parlamento a modificare profondamente gli articoli 88 e 89 del Codice penale risalenti al Codice Rocco in tema di imputabilità, pericolosità sociale, misura di sicurezza (che, associando "follia" ad incapacità di intendere e di volere e a "pericolosità sociale", hanno mantenuto in vita l'Opg, un canale "parallelo e speciale" per i malati di mente che commettono reati), per evitare che i nuovi "miniopg" continuino ad essere "alimentati" da nuovi internamenti.

IL MANDATO SOCIALE DEI SERVIZI PUBBLICI DI SALUTE MENTALE

L'esperienza della riforma italiana ha dimostrato che i servizi pubblici di salute mentale, quando declinano il mandato sociale nel senso della liberazione anziché del controllo, quando riconoscono centralità ai diritti e al consenso del cittadino, riescono a promuovere efficacemente la salute mentale delle popolazioni, collaborando alla costruzione di una società aperta, ospitale, tollerante. Qui hanno radici, a mio avviso, le "ragioni forti" di contestazione alle posizioni dell'on. Ciccioli, che conferiscono ai medici potere di disporre delle libertà dei pazienti togliendo potere a tutti gli altri soggetti attori (pazienti, famiglie, operatori non medici) presenti e inter-agenti nella stessa situazione clinica.

I presidenti della Sip rifiutando di accettare la sfida per i servizi pubblici di salute mentale rappresentata dalla chiusura degli opg, pensano di difendere al meglio il prestigio profes-

sionale dei propri associati, ma finiscono col collocarli in una posizione regressiva, in uno scenario non solo post-salute mentale, ma anche post-psichiatria di comunità, a isolare gli psichiatri rispetto alle responsabilità che hanno nelle interazioni con gli altri professionisti che operano nella salute mentale e con tutti i portatori di interessi, persone con diagnosi psichiatrica e famiglie *in primis*. E non occupandosi degli aspetti più duri del lavoro di cura (gestione dell'aggressività, contenzioni, tso) lasciano campo alle "politiche della paura", a chi, come Ciccioli, alimenta il pregiudizio sulla pericolosità dei "folli" che torna a permeare le culture dei servizi pubblici di salute mentale.

Nell'incontro di Stopopg con i magistrati di sorveglianza tenuto il 1 ottobre 2012 a Bologna, è stato detto che delle 1.500 persone oggi presenti negli opg, circa 1.000 potrebbero essere dimesse subito per cessata pericolosità sociale. Quindi per ciascuno di loro sarebbe necessaria l'attivazione, senza indugio, dell'iniziativa dei dipartimenti di salute mentale, sulla base del riconoscimento che la persona con diagnosi psichiatrica è un cittadino che gode a pieno titolo del diritto alla cura e alla salute nel rispetto della libertà, della dignità e dell'inviolabilità del corpo, come afferma l'art. 32 della Costituzione. Purtroppo pare che la presidenza della Sip non sia disponibile a sostenere questo grande sforzo a completare il disegno della 180/78.

La presidenza della Sip mi ha ricordato che quegli psichiatri italiani che, a manicomì aperti e funzionanti a pieno regime, lamentavano di non riuscire a curare al meglio i pazienti internati perché costretti a occuparsi di troppi "casi sociali" e pensavano di difendere il prestigio della loro professione chiedendo che altri soggetti, non medici, si occupassero delle persone che non "meritavano" la loro scienza e le loro "cure".

