PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

AnnoXXXI • n. 2 • luglio–dicembre 2018 Rivista fondata e diretta da Alberto Giannelli *Semestrale*

SOMMARIO

AnnoXXXI • n. 2 • luglio – dicembre

IN PRIMO PIANO

3 **Verranno a te sull'aure i miei sospiri ardenti...**
Alcune riflessioni sulla musica e la musicoterapia
di Giannelli A.

11 **Psichiatria e Salute Mentale**
Le nuove prospettive di lavoro per la SIPLo
di Percudani M.e Clerici M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 **La musicoterapia nell'ambito della acuzie psichiatrica**
Riabilitazione precoce e umanizzazione del setting
di Giannini C., Viganò V., Zavatto F. e Amatulli A.

25 **Favorire la salute psichica nei figli di pazienti con gravi disturbi psichici**
Criticità ed opportunità
di Beraldo S. e Biffi G.

29 **Quaranta anni di riforma psichiatrica**
La lettura degli atti parlamentari per affrontare le nuove sfide nella tutela della salute mentale
di Damiani T.

43 **Prevenzione della sindrome metabolica nella persona affetta da disturbo psichiatrico in trattamento nei servizi territoriali**
di Fumarola G., Frediani G., Biagi M.P., Parini A., Salvi V., Migliarese G. e Mencacci C.

PSICHIATRIA FORENSE

49 **L'affidamento del paziente in ambito psichiatrico**
di Mantovani R.

In copertina: *Giuseppe Croff, Suora Velata, 1860. National Gallery of Art, Washington, D.C.*

PSICHIATRIA OGGI
Fatti e opinioni dalla Lombardia
Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni *(Bergamo)*
Massimo Clerici *(Monza)*

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci *(Milano, MI)*
Gianluigi Tomaselli *(Treviglio, BG)*
Giorgio Cerati *(Legnano)*
Emilio Sacchetti *(Brescia)*
Silvio Scarone *(Milano)*
Gian Carlo Cerveri *(Milano)*
Arcadio Erlicher *(Milano)*
Simone Vender *(Varese)*
Antonio Vita *(Brescia)*
Giuseppe Biffi *(Milano)*
Mario Ballantini *(Sondrio)*
Franco Spinogatti *(Cremona)*
Costanzo Gala *(Milano)*
Gabriella Ba *(Milano)*
Cinzia Bressi *(Milano)*
Claudio Cetti *(Como)*
Giuseppe De Paoli *(Pavia)*
Nicola Poloni *(Varese)*
Antonio Magnani *(Castiglione delle Stiviere, MN)*
Gianluigi Nobili *(Desenzano, BS)*
Andrea Materzanini *(Iseo, BS)*
Alessandro Grecchi *(Varese)*
Francesco Bartoli *(Monza)*
Lucia Volonteri *(Milano)*
Antonino Calogero *(Castiglione delle Stiviere, MN)*

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI
In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 -24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Quaranta anni di riforma psichiatrica

La lettura degli atti parlamentari per affrontare le nuove sfide nella tutela della salute mentale

Damiani Tiberio

Nel 1824 il barone Pietro Pisani venne nominato Deputato dell'Ospizio dei Matti di Paler uno dei suoi atti nel nuovo incarico fu l'invio al Luogotenente del Regno, marchese Pietro Ugo delle Favere, di un dettagliato rapporto sullo stato in cui versava la Real Casa dei Matti.

Pisani denuncia le condizioni inaccettabili dei locali in cui sono ammassati i malati: «Le stanze a piano terra anguste, scure, sordide, malsane, offrono l'aspetto più tosto di carceri che d'altro, anzi di quelle carceri segrete, dalle quali liberò... i delinquenti la beneficenza del nostro sovrano, col nuovo codice»; stigmatizza il trattamento disumano dei matti «frammisti e alla rinfusa, rinchiusi a due e a tre, furiosi, maniaci dementi, fatui, idioti, ipocondriaci... moltissimi senza paglioni, un gran numero prostrati sopra semplice paglia, e sudicia, altri sulla nuda terra, e lì legati con salde e pesanti catene al muro»; rileva le lacune igieniche e, in particolare, la carenza d'acqua: «Estrema è la penuria dell'acqua, che basterebbe appena quant'è a dissetare scarso numero di persone in buona salute»; lamenta la promiscua convivenza di malati psichici con «etici, leprosi e tutti quei travagliati da sozze malattie cutanee cacciati dallo Spedale Grande»; rimarca l'assenza di notizie sui malati ricoverati"[1].

Nel luglio del 1827 Pisani pubblica le Istruzioni per la novella Real Casa dei Matti... La Real casa dei Matti si reggeva su un'organizzazione gerarchica piramidale, che poneva al suo vertice il Re, quindi il Luogotenente Generale e il Direttore Amministrativo... che concentrava in sé tutti i poteri decisionali, sia nella gestione della struttura che nella cura dei malati, del loro esercizio rispondeva al Luogotenente che glieli conferiva e al Re da cui quest'ultimo promanava. In altre parole, il Direttore Amministrativo poteva assumere i dipendenti, sospenderli e licenziarli, vigilava sul loro operato e sul rispetto del regolamento, ma era anche il responsabile del "trattamento morale" dei matti ... I malati erano sottoposti a una "cura morale" esente da ricorso a farmaci; in merito ogni decisione spettava al Direttore Amministrativo, che non era necessario fosse un medico... Si prevedeva inoltre una figura che svolgeva le funzioni di sorveglianza dei malati e che operava più a diretto contatto con loro. Si trattava del "Maestro dei matti", come veniva definito nella prima versione del regolamento del manicomio di Aversa; ma Pisani decise di chiamarlo "Soprantendente ai servizi interni" perché nell'ospizio non si doveva pronunciare la parola matto... Il Soprantendente si avvaleva della collaborazione di personale ausiliario ma anche dei cosiddetti "matti tranquilli", in fase di guarigione da immergere nel lavoro, che, d'altronde, non mancava, anche per le donne: le matte tranquille rammendavano le camicie, si occupavano della lavanderia e di piccoli lavori di sartoria... Il ricovero era deciso dal Direttore Amministrativo, ferme restando le volontà di chi gli erano gerarchicamente sovraordinati, il Re e il Luogotenente; era esclusa la competenza medica... I pazienti erano suddivisi in maniaci, malinconici, imbecilli ed ebeti. I maniaci non erano segregati come nei comuni manicomi: mantenevano lo stato di libertà, seppure sotto attenta vigilanza, e si ricorreva alla camicia di forza solo nei casi di crisi di furore nel timore che arrecassero danni a se stessi e agli altri. I malinconici venivano aggregati in ambienti spaziosi e confortevoli, con pareti colorate e con finestre larghe e luminose. La loro cura consisteva anche nel fargli

1. G. Agnetti, A. Barbato, Il barone Pisani e la Real Casa dei Matti, Sellerio, Palermo, 1987: 63 citato in: "Dialoghi mediterranei, 34 novembre 2018, "Dei matti di Pietro Pisani nella Real Casa di Palermo" di Antonio Cangemi; cfr. http://www.istitutoeuroarabo.it/DM/dei-matti-di-pietro-pisani-nella-real-casa-di-palermo/

ascoltare musica e nel contatto con la natura. Fu allestito pure un teatro per farli recitare. Metodi simili venivano adottati per gli ebeti e per gli imbecilli... Una delle prime misure da adottare dopo l'ammissione al ricovero era il separare i malati dai propri familiari e amici, poiché si presumeva che una delle cause del disagio psichico si annidasse negli ambienti familiari e sociali. Il regolamento postulava, tra gli altri, un principio di condotta basilare nel rapporto con i matti: con loro occorreva franchezza e sincerità; solo con comportamenti schietti e non simulati se ne conquistava la fiducia e, conseguentemente, si entrava nel loro mondo... Come per il ricovero, anche la dimissione era preceduta da un lungo e accorto periodo di osservazione. Al riguardo il regolamento prescriveva procedure complesse. I primi segni dell'approssimarsi della guarigione erano individuati nel riaffiorare delle abitudini dei sani, nel desiderio di rivedere i propri congiunti, nell'identificare con nettezza gli oggetti, nella progressiva consapevolezza.... Ai lavori necessari per ristrutturare e ampliare l'edificio sede della Real Casa dei Matti, offrirono un contributo non indifferente i pazienti. Scrive Pisani: «Degli uomini i più giovani ed i più robusti, unitamente ai furiosi, li assegnai alla costruzione del nuovo edificio, gli attempati ai lavori del giardino, il rimanente a nettare e pulire l'intero stabilimento, e pochi al servigio della cucina e del refettorio»[2]. I biografi del filantropo barone riconoscono che l'apporto dei malati comportò significativi risparmi[3]... A che cosa mirarono gli interventi di restyling sui locali? A renderli più accoglienti e ameni. Rientrava nella cura morale far vivere i malati in ambienti confortevoli, gradevoli e allegri. Non solo, ma anche ricchi di richiami allegorici funzionali alla terapia... tanti erano gli affreschi con raffigurazioni simboliche, spesso opere dei malati, e venivano messe in evidenza tavole sinottiche contenenti i nomi dei matti dismessi. Al centro dell'edificio vi era un ampio e leggiadro cortile, luogo principale di vita all'aperto della comunità. Attorno al cortile vi erano le stanze per i servizi comuni, il refettorio, la sala medica e i locali dove alloggiavano quasi tutti i pazienti poveri...

EVOLUZIONE DELLA LEGISLAZIONE

Il richiamo ad una delle tipologie di assistenza psichiatrica che precedettero l'unità di Italia è di certo parziale e non esaustivo. Nel 1865, durante il lento processo di unificazione politica ed amministrativa del Regno, venne affidato alle province il compito di mantenere i «mentecatti poveri» e di costruire edifici pubblici a loro destinati[4]. Tuttavia coesisterono a lungo le diverse organizzazioni assistenziali preunitarie.

Nel 1904 (14 febbraio) fu promulgata la legge 36, contenente "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati", che aveva come scopo la tutela della società dal "pericolo e dallo scandalo" determinate dal malato; il ricovero quindi veniva deciso dal tribunale o dalla "pubblica autorità", oltre che dai sanitari, e comprendeva le due funzioni "custodia e cura". Ovvero le strutture ospedaliere diventano "il luogo di attuazione delle misure restrittive, basate sul giudizio di disvalore implicito nel concetto di pericolosità, di alienità e di scandalo pubblico, attribuito de facto e aprioristicamente ai malati di mente... Questa seconda finalità, ovvero la difesa della società dalla potenziale violenza dei devianti sociali, attraverso misure restrittive della libertà, spiega l'intervento della autorità giudiziaria e delle forze di polizia come modalità ordinaria di

2. G. Agnetti, A. Barbato cit. pag. 91

3. Osserva, ad esempio, Bernardo Serio, Biografia di Pietro Pisani, Palermo, 1839: 81: «Par dunque meraviglia come avesse potuto elevare sì nobile ed ampio edificio: e pure fu tanta l'avvedutezza dell'istitutore, che co' risparmi e col travaglio dei matti, potè mandare ogni suo pensiero ad effetto», citato in: "Dialoghi mediterranei 34, novembre 2018, "Dei matti di Pietro Pisani nella Real Casa di Palermo" di Antonio Cangemi; cfr. http://www.istitutoeuroarabo.it/DM/dei-matti-di-pietro-pisani-nella-real-casa-di-palermo/

4. Legge n. 2248 del 20 marzo 1865 per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia

ricovero in ospedale psichiatrico"[5].

Si sommano in tale legge diversi elementi storici e culturali: il concetto della "alienazione dell'ammalato mentale... dai sani,... la scarsa conoscenza della natura della malattia mentale, la sopravvivenza di pregiudizi e paure irrazionali... che hanno determinato sovente reazioni espulsive largamente eccedenti le necessità"[6].

Inoltre è da considerare il retaggio storico e la cultura scientifica dell'epoca "sino alla fine del 1700 il malato mentale è stato considerato un individuo dannoso e irrecuperabile da rinchiudere in carcere piuttosto che da curare; nell'800 la cultura positivistica ha dato della malattia mentale una interpretazione in termini rigidamente biologici, con scarsa considerazione per i fattori sociologici, psicologici e culturali,... ammalati da esaminare e trattare in appositi ambienti ospedalieri"[7].

La istituzione manicomiale nasce in questo contesto storico e culturale in cui "perdura la convinzione della inguaribilità e della pericolosità, largamente condivisa dalla pubblica opinione e dai legislatori dell'epoca, unita alla richiesta di appositi spazi di cura avanzata dalla scienza medica di ispirazione positivista, affidati per ragione di finanziamento alle provincie"[8]. Il "disvalore - attribuito all'ammalato mentale - era implicito nel concetto di pericolosità, di alienità e di scandalo pubblico attribuite de facto e aprioristicamente ai malati di mente"[9].

Nel 1909 fu emanato il regolamento manicomiale[10] che dettagliava il funzionamento degli ospedali psichiatrici (OP).

Nel 1948 la costituzione della Repubblica italiana, nell'articolo 32 definisce "la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"[11], il cittadino ha il diritto di poter usufruire della propria salute in relazione al ruolo sociale nella collettività. La tutela della salute è parte della libertà personale, in quanto permette al cittadino la possibilità ed il diritto-dovere di partecipare e contribuire alla vota sociale: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"[12]. Nell'articolo 3 inoltre si sancisce ancor più specificamente "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale ... È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese."[13]

La sanità resta dapprima competenza del Ministero dell'Interno (RD 477/1887)[14], e in seguito diventa competenza della Presidenza del consiglio dei Ministri (DLL 417/1945).

La legge 13 marzo 1958 n. 296 istituisce il ministero della sanità e la tutela della salute non è più collegata alla funzione di controllo propria del ministero dell'interno.

5. http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf disegno di legge "accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" seduta del 19 aprile 1978 pag. 2

6. ibidem

7. Ibidem

8. ibidem

9. Ibidem

10. R.D. 16-8-1909 n. 615 "Regolamento sui manicomi e sugli alienati" Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 16 settembre 1909, n. 217

11. Art. 32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

12. Art 2 della Costituzione della Repubblica italiana

13. Art. 3 della Costituzione della Repubblica italiana

14. La legge 3 luglio 1887, istituisce la "Direzione generale della Sanità pubblica" presso il ministero dell'Interno

La assistenza psichiatrica resta tuttavia ancora competenza delle amministrazioni provinciali e quindi separata dalla assistenza sanitaria in generale.

Una prima grande innovazione avviene nel 1968 con la legge n.132 (legge Mariotti), nella quale si definisce il modello ospedaliero che comprende sia gli enti ospedalieri sia gli OP, dettagliati in forma organica dalla successiva legge n. 431 dello stesso anno. Si individuano tre perni dell'assistenza psichiatrica: 1) i Centri di igiene mentale (CIM), 2) gli ospedali psichiatrici, 3) i servizi psichiatrici ospedalieri congiunti a servizi geriatrici. Viene introdotta la possibilità del ricovero volontario e viene abrogato l'art. 604 del Codice di Procedura Penale del 1930 che prevedeva l'iscrizione al casellario giudiziario dei ricoverati in ospedale psichiatrico, decisione fondamentale volta a limitare lo stigma del malato di mente[15]. Si tratta di alcuni iniziali passi verso una innovazione della assistenza psichiatrica, che avrà bisogno di altri dieci anni di gestazione, prima di essere formulata in maniera completa[16].

Nel 1978, mentre era in corso il dibattito parlamentare che avrebbe portato alla istituzione del servizio sanitario nazionale, furono raccolte 700.000 firme per richiedere il referendum abrogativo della legge 36 del 1904, fatto che spinse il parlamento a stralciare dal corpus della riforma sanitaria la parte che riguardava la assistenza psichiatrica, che divenne la legge 180 del 13 maggio e fu inglobata poi nella legge 833 del 23 dicembre 1978, istitutrice del servizio sanitario nazionale (SSN). "La legge n. 36 del 1904 è oggetto del referendum e ciò pone vari problemi... tutti giudichiamo l'istituto del referendum come un istituto democratico... nessuno vuole ignorare l'importanza delle 700 mila firme raccolte... il referendum con l'esito positivo di depenalizzare la malattia mentale... lascia scoperta a livello di norme e di punti di riferimento un'ampia fascia di sofferenza... da un lato crea una separazione dagli altri tipi di sofferenza con il rischio di criminalizzazione del disagio psichico, dall'altro lato fa emergere il pericolo di controspinte reazionarie nel tessuto culturale e sociale, senza superare in effetti la dolorosa realtà manicomiale "[17].

Emergono, dagli atti parlamentari, sia la necessità di evitare il vuoto legislativo che la abrogazione della legge del 1904 avrebbe comportato, sia la "larga convergenza"[18] delle forze politiche e la precisa volontà di collegare strettamente la riforma sanitaria e la riforma psichiatrica in un quadro organico unitario[19], altrimenti "le novità nel settore dell'assistenza psichiatrica potrebbero perdere il loro senso e la loro portata, se non fossero inserite in un servizio sanitario rinnovato"[20].

Nel mese di settembre 1978, inframezzata tra le leggi

15. http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/sanita/melani/cap3.htm#n185

16. Camera dei Deputati, Atti Parlamentari, VII legislatura, Disegni di Legge e Relazioni, Disegno di legge n. 1252 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale, seduta del 16 marzo 1977, pag. 4 "La legge-ponte psichiatrica del 1968, come è noto, ha riformato solo in parte questo particolare settore, senza eliminare l'attuale condizione di emarginazione dei malati di mente, relegati in istituti psichiatrici avulsi dalle strutture sociali e degli altri presidi sanitari; al contrario nella filosofia della riforma sanitaria... l'intervento sanitario si esplica in un complesso operativo integrato, anche le malattie mentali trovano la loro naturale collocazione dell'ambito degli altri servizi delle Unità sanitarie locali"

17. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 179. On. Milano De Paoli Vanda

18. Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag.210

19. http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf Disegno di legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" seduta del 19 aprile 1978, pag. 4

Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag.209

20. Ibidem

180 e 833, la "Conferenza Internazionale sull'Assistenza Primaria" della Organizzazione Mondiale della Sanità adotta la "Dichiarazione di Alma Ata", il cui primo punto è "La Conferenza ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale[21] e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario", e al punto 4 "Le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno"[22], a testimonianza del clima culturale e politico diffuso non solo nel nostro paese, ma anche a livello internazionale, pur con tutte le sfumature e le declinazioni che ogni paese presentava.

Il Parlamento "aveva davanti due problemi: da un lato riconfermare tutto intero l'impianto del servizio sanitario nazionale, dall'altro dare una soluzione al vuoto che si sarebbe determinato con la abrogazione dei primi quattro articoli della legge sui manicomi del 1904... la tutela della salute mentale dovrà quindi necessariamente integrarsi, nel disegno riformatore complessivo, entro la dimensione della unità sanitaria locale, con gli altri interventi del servizio sanitario"[23].

La psichiatria si trova così a precorrere quattro principi fondamentali del servizio sanitario nazionale: "la globalità del trattamento sanitario, la universalità dei destinatari, l'uguaglianza del trattamento sanitario e il rispetto della dignità della persona, comprendendo in questo il suo diritto di scelta, per quanto possibile libera, del luogo di cura e del medico.[24]"

Vengono stabilite anche la centralità della prevenzione[25], la organizzazione di servizi alternativi sul territorio[26], "la priorità, almeno quantitativa, degli interventi sul territorio rispetto a quelli ospedalieri"[27]. La stretta connessione tra ospedale e territorio, la continuità terapeutica nel DSM e la connessione con il "sociale"[28] non solo dal punto di vista della erogazione di sussidi e interventi di sostegno, sono un punto cardine per realizzare "una sensibilizzazione degli operatori sanitari del settore, ma

21. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 179. On. Milano De Paoli Vanda pag.178

22. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

23. Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pagg.205-206

24. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 170

25. Camera dei Deputati, Atti Parlamentari, VII legislatura, Disegni di Legge e Relazioni, Disegno di legge n. 1252 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale, seduta del 16 marzo 1977, pag. 3: La istituzione del Servizio sanitario nazionale nasceva dalla "crisi di un sistema di assistenza indirizzato quasi esclusivamente alla cura della malattia che di fatto ha emarginato la prevenzione... è convinzione largamente diffusa che sia necessario un ribaltamento degli obiettivi, attraverso il rilancio della prevenzione e operando in direzione della salvaguardia e della tutela dello stato di benessere psico-fisico del cittadino; da questo mutato ordine di priorità scaturisce il principio fondamentale del disegno di legge, ossia la globalità degli interventi, attraverso uno stretto collegamento e coordinamento dei servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione... soprattutto per le strutture periferiche del SSN, cioè le unità sanitarie locali " Cfr: http://www.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/12520001.pdf

26. Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag. 211

27. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 171

28. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 169, "La necessità di garantire una continuità terapeutica, e di conseguenza l'unitarietà del servizio stesso; l'inserimento sempre più intimo dei servizi psichiatrici nella trama sociale"

anche degli amministratori locali e della stessa opinione pubblica; il ricovero negli ospedali generali degli acuti, per esempio, potrà non produrre problemi particolari se, attraverso una divulgazione delle motivazioni culturali, morali e sociali che hanno ispirato le norme in esame, si creerà una mentalità favorevole in tutta l'opinione pubblica"[29].

Il legislatore sottolinea "la consapevolezza... che la cura dei disturbati psichici richiede una crescita complessiva della società italiana[30], che va al di là della pura legislazione tecnica"[31], e la necessità di un "coordinamento tra i servizi del territorio[32]" fino a specificare con un linguaggio attuale e presente in tutti i documenti successivi alla legge che "uno dei concetti più nuovi del disegno di legge è rappresentato dal discorso della continuità terapeutica; viene per la prima volta riconosciuto che uno dei mali di tutta la struttura sanitaria del paese è quello della separazione del momento curativo da quello riabilitativo, nei vari settori della medicina e si individua, come supporto essenziale della nuova legislazione, la continuità terapeutica che caratterizza oggi il disegno di legge al nostro esame per il settore psichiatrico, ma che dovrà caratterizzare sempre più l'interazione dei vari momenti anche negli altri settori di intervento del servizio sanitario nazionale"[33].

La "libertà di scelta del medico e del luogo di cura"[34] è stabilita nell'articolo 3 della legge 180, molto spesso è oggetto di ambivalenze e controversie, ma a tale riguardo è opportuno ricordare che "tale principio di libertà che è sancito dalla Costituzione ed è ribadito dal disegno di legge si riforma sanitaria appare quanto mai opportuna"[35]; tale libertà di scelta non può essere negata in ragione della provenienza territoriale, quando il paziente vuole avere consapevolmente un contatto con altro servizio, per libera scelta e desiderio di mantenere la distanza dal proprio servizio di zona.

Viene sancito la facoltà per il cittadino di effettuare il cosiddetto "accesso diretto" al DSM, anche se viene raccomandato che si sviluppi un raccordo in questi casi con il medico di medicina generale. E questa facoltà dell'accesso diretto al DSM viene ribadita dalla legge 833.

La dimissione dei pazienti dagli OP ha richiesto 22 anni per essere conclusa, con il decreto Bindi. Quella che era una norma sancita dalla riforma, per anni è stata una bandiera intorno alla quale contendere. Simbolicamente alcuni chiusi quasi a difendere un fortino e chi ne era uscito per poi tornare all'assalto dello stesso. In realtà la riforma prevede non solo la dimissione dei ricoverati, ma anche la dismissione degli ex OP per potenziare i servizi di salute mentale[36], un patrimonio immobiliare immenso

29. Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag. 210

30. Si afferma il ruolo del servizio sanitario per lo sviluppo della società, non solo nel campo della tecnologia sanitaria, ma anche nella relazione sociale e culturale. In un recente articolo è stato ripreso il medesimo concetto: "Hospitals as anchor institutions: how the NHS can act beyond healthcare to support communities". BMJ 2018; 361 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.k2101 (Published 14 May 2018) Cite this as: BMJ 2018; 361: k2101.

31. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 184. On. Orsini Bruno

32. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 183. On. Orsini Bruno

33. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 181. On. Cirino Pomicino

34. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 170

35. http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf disegno di legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" seduta del 19 aprile 1978, pag. 5

36. Le regioni e le province autonome destinano, inoltre, ai Dipartimenti di salute mentale quote di finanziamento per la

e diffuso sul territorio. Basta pensare che il Santa Maria della Pietà, a Roma, si estende su una superficie di 40 ettari in zona urbana; tutti gli ex OP costruiti all'inizio del 1900 nel momento della riforma erano ormai stati raggiunti dalla urbanizzazione, con la conseguente moltiplicazione del valore. La sezione manicomiale di Città di Castello fu abbattuta e al suo posto è stato costruito un quartiere residenziale, nel pieno centro urbano. A questo riguardo sarebbero da riconsiderare le risorse economiche che la riforma psichiatrica ha messo a disposizione del SSN, intanto con la riduzione dei costi ospedalieri negli ex OP, poi con la dismissione e recupero funzionale degli immobili, e poi con la adozione e lo sviluppo della integrazione dei servizi sul territorio[37].

LA INNOVAZIONE GARANTISTA SUL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

La legge 180 è recepita dalla legge 833/78: articolo 33 ("Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori"), 34 ("Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale") e 35 ("Procedimenti relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale"). La tutela della salute mentale è così equiparata alla tutela della salute fisica "la malattia mentale è una normale malattia, senza distinzioni e senza tutele differenziali; che non siano quelle suggerite in sede tecnica dalla scienza medica, da praticare comunque nel contesto della normale rete dei servizi e dei presidi territoriali, ambulatoriali e ospedalieri"[38].

La discussione parlamentare che ha portato alla legge 180 mette in evidenza tematiche e argomenti tuttora validi a 40 anni di distanza, a testimonianza di un percorso iniziato ma non del tutto attuato, perché irto di difficoltà e resistenze, come gli stessi parlamentari mettevano in risalto[39]. "Il Parlamento raccoglie così, positivamente in una legge non già e soltanto una esigenza posta dalla richiesta referendaria, ma i termini attuali dell'ampio e articolato dibattito politico e culturale in atto nel paese; fa tesoro dei tentativi nuovi e dei risultati conseguiti, o in fase di esperimentazione... sostanzialmente lega l'istituzione al territorio, anzi l'affida alla organizzazione da parte dei pubblici poteri del territorio, senza la quale non esiste prospettiva seria capace di avviare il graduale superamento dell'ospedale psichiatrico"[40].

Il punto fondamentale della riforma stava nella "for-

realizzazione di strutture territoriali, in particolare residenziali e semiresidenziali. Dette quote possono derivare da programmi finanziati ex Articolo 20 della legge n. 67/1988, dall'alienazione dei beni relativi agli ex OP (Articolo 32 della legge n. 724/1994), da altre disposizioni normative, da fondi propri.

Cfr. anche : https://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/2012/07/06/news/ospedali_psichiatrici-38658449/?refresh_ce "Il decreto firmato nel 1996 dall'allora ministro della Sanità Rosy Bindi parla chiaro: "I beni mobili e immobili degli ospedali psichiatrici dismessi sono destinati alla produzione di reddito, attraverso la vendita o l'affitto, e i soldi destinati all'attuazione del progetto obiettivo Tutela della salute mentale". Ma non basta. "Le Regioni hanno due anni di tempo per chiudere i manicomi e realizzare centri diurni e case alloggio".

37. Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag.206

38. Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978, pag.3. Cfr: http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

39. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 183: "Dobbiamo tener presente che il cammino che questa legislazione predispone avverrà tra mille difficoltà".

Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, VII Legislatura, XIV commissione, seduta di martedì 2 maggio 1978, pag. 211: "Abbiamo la consapevolezza politica che nel superamento degli ospedali psichiatrici si incontreranno gravi difficoltà oggettive e molte resistenze di infermi, spesso anche di familiari e, talvolta, di operatori socio-sanitari.".

40. Ibidem pag. 206

mulazione non facile che sostituisse il concetto della pericolosità a sé o agli altri"[41], ovvero il superamento della legge manicomiale del 1904 che "non si poneva alcuna finalità di ordine terapeutico" costituendo "il ricovero coatto una vera e propria misura di prevenzione applicabile a soggetti non imputabili per motivi di salute psichica"[42]; la legge trasforma il ricovero in ospedale psichiatrico, provvedimento giudiziario e amministrativo, in un ricovero ospedaliero, provvedimenti disposto dalla autorità sanitaria locale. Certamente la separazione tra malattia e pericolosità, è stata un elemento di progresso, che distingue la psichiatria italiana da quella degli altri paesi, dove invece la malattia e la pericolosità non sono ancora ben distinte, nonostante gli anni trascorsi dalla promulgazione del Codice napoleonico del 1810 che "costituisce un riferimento obbligato per l'intera storia del diritto, posto che informerà tutta la codificazione europea del XIX secolo, anche per le norme relative all'imputabilità. Il suo articolo 64 recitava: "Non esiste né crimine né delitto allorché l'imputato trovavasi in stato di demenza al momento dell'azione, ovvero vi fu costretto da una forza alla quale non poté resistere"[43].

Il dibattito parlamentare ribadisce a più riprese la necessità di "promuovere il più rapidamente possibile le condizioni per il consenso e la partecipazione dell'infermo al trattamento sanitario"[44], al fine di limitare le condizioni che portano alla obbligatorietà delle cure. Stabilisce che il TSO avvenga "con le più ampie garanzie costituzionali e giurisdizionali" con "l'obbligo per chi lo esegue di rispettare comunque la dignità della persona e i diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione"[45], privilegia il "momento preventivo in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e segregazione, favorendo il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti a disturbi psichici[46]". Inoltre si evince che "anche se non espressamente previsto è evidente che i trattamenti sanitari obbligatori possono assumere forme molteplici: il trattamento ambulatoriale, quello domiciliare, quello in strutture pubbliche o private dichiarate idonee dalla regione"[47]. Abitualmente il TSO avviene in condizioni di degenza ospedaliera, quando "non sono accessibili le condizioni per un trattamento extra-ospedaliero", tuttavia non è stato raro sentire parlare fino alla fine degli anni '90 del TSO effettuato al domicilio del paziente, con le garanzie necessarie ad una efficace terapia. Il legislatore ha voluto specificare che le condizioni che possono portare al TSO "ripudiano il concetto difensivistico e reattivo dell'accertamento della vera o presunta pericolosità del malato di mente nei confronti degli altri; sottolinea inoltre la necessità che il TSO avvenga in condizioni di degenza ospedaliera, se constatato da più sanitari che tale trattamento può essere espletato correttamente solo in ospedale, per l'assenza di condizioni extra ospedaliere che ne consentano l'effettuazione senza il ricovero; nel provvedimento si sottolinea ripetutamente che il trattamento sanitario dei malati di mente – ove possibile – non deve avvenire in condizione di ricovero, ma nelle condizioni ambientali ordinarie di vita del soggetto e si

41. Ibidem pag. 188

42. Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag.206

43. Isabella Merzagora Betsos , L'IMPUTABILITÀ, cfr: http://www.jus.unitn.it/users/dinicola/criminologia/topics/materiale/dispensa_4.pdf

44. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag.170

45. Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978, pag.4. Cfr: http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

46. Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag. 206

47. Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978, pag. 5; cfr: http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

mette in risalto la priorità dell'intervento nell'ambito territoriale e la concentrazione degli sforzi dell'organizzazione delle spese nell'ambito extra ospedaliero, pur regolamentando, come necessario, quelle situazioni eccezionali in cui il TSO deve avvenire in condizioni di ricovero ospedaliero"[48].

È previsto espressamente "il diritto dell'infermo di comunicare con chi ritenga opportuno"[49] durante la ospedalizzazione.

La legge dettaglia la procedura di garanzia per la attuazione del trattamento sanitario obbligatorio (TSO) non più affidato alla autorità di pubblica sicurezza o giudiziaria ma alla autorità sanitaria locale (il Sindaco quale autorità sanitaria locale). Stabilisce che, dopo l'ordinanza del Sindaco, sia il Giudice tutelare a effettuare un "intervento di controllo e convalida del provvedimento[50]"; "la scelta del giudice tutelare non è senza significato: anzitutto si è fatto riferimento ad una categoria di magistrati che è presente capillarmente sul territorio; inoltre nel TSO si è voluto vedere non tanto una limitazione della libertà del singolo cittadino quanto una misura sanitaria; sarà il Giudice tutelare, che è competente per la tutela dei minori, degli interdetti, degli inabilitati e degli incapaci, a valutare l'opportunità di adottare i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e amministrare il patrimonio dell'infermo"[51]. Prevede il diritto di "chiunque oltre all'interessato, di" di fare ricorso contro il provvedimento di TSO, sia facendone richiesta al sindaco sia al tribunale ordinario, ovvero "sia in sede amministrativa sia giurisdizionale facoltizzando chiunque, non solo l'interessato, a controllare l'adeguatezza del provvedimento previsto dalle norme, molto civili, della legge[52]".

Quanto fa parte della adeguata comunicazione tra DSM e paziente la facoltà, sancita dalla legge, di fare ricorso contro il TSO, al fine di una corretta definizione dei processi terapeutici?

I lavori parlamentari mostrano esplicitamente la definizione di una equilibrata serie di garanzie, rivolte sia alle diverse istituzioni che hanno voce nella attuazione del TSO sia al paziente; si riconosce la "necessità di trattamenti obbligatori, dovuti ad una carente o errata coscienza di sé e dei rapporti con l'esterno e, quindi, all'impossibilità di partecipare volontariamente e consapevolmente ad un progetto di cura[53]; tuttavia, l'attuazione dei trattamenti obbligatori deve essere accompagnata da ogni possibile iniziativa per promuovere al più presto il consenso e la partecipazione del paziente al trattamento sanitario e da un complesso di garanzie sanitarie, amministrative e giurisdizionali per evitare qualsiasi abuso"[54].

La psichiatria entra definitivamente nel SSN, le leggi 180 ed 833 stabiliscono la necessità di integrare le

48. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 170

49. Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978, pag. 5; cfr: http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

50. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 170

51. Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978, pag. 5; cfr: http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

52. Ibidem, pag, 170

53. "La linea politica complessiva tendente alla conquista di una dimensione di vita più civile" (cfr. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 180) coniuga qui il concetto della libertà civica, che deriva nella cultura francofona, e del benessere personale, derivato dalla cultura anglosassone, per di svolgere con adeguatezza il proprio suolo civico.

54. Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978 cfr: http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

competenze sociali e sanitarie, costruendo una rete di interventi a favore della persona con maggior necessità o fragilità, superando le antinomie manicomiali, ma la prassi successiva ripropone esattamente la separazione, come un evento ciclico non controllato.

Una riflessione conclusiva sulla relazione tra la psichiatria e la legge, quando la seconda non sarà più necessaria per regolare il lavoro della prima, al pari delle alte specialità mediche?

LA NUOVA RESIDENZIALITÀ IN CRESCITA. LUOGHI O NON LUOGHI?

A distanza di quaranta anni, questa separazione determina non solo dei costi fuori controllo, ma anche la reviviscenza della alienazione progressiva del paziente dalla sua propria società originale, e resta uno scottante punto di riflessione, non solo italiano[55], l'accesso a strutture residenziali, ancora una volta dislocate dalla residenza del paziente, seguendo sempre il paradigma della "inguaribilità e della pericolosità dei malati di mente, i quali, pertanto, devono essere prima custoditi e poi, magari, anche curati, in luoghi per lo più lontani dai centri abitati, dove dessero cioè il minor fastidio"[56].

A questo riguardo può essere utile il richiamo all'articolo 14 del regolamento manicomiale del 1909 [57]che stabiliva:

"Perché possa essere autorizzata la cura in una casa privata, che non sia la casa propria dell'alienato o della sua famiglia, occorre che sia dimostrata:

a. la salubrità della casa e la sua capacità a ricevervi convenientemente l'alienato, e l'adatta disposizione degli ambienti;
b. la sua ubicazione, che deve essere fuori dai centri abitati, ad avere possibilmente una sufficiente estensione di terreno annesso;
c. la possibilità che l'alienato sia adibito a qualche lavoro preferibilmente agricolo;
d. la composizione della famiglia ed i lavori in cui essa è occupata, in maniera che si scorga se lo alienato possa avere la dovuta cura ed assistenza e sia eliminata ogni probabilità di pericolo per lo alienato o per altri, e di pubblico scandalo;
e. la buona condotta e la moralità dei componenti la famiglia;
f. l'assistenza medica assicurata, con l'indicazione del sanitario che assumerebbe la cura dell'alienato".

La prassi della dislocazione del paziente "dalla casa propria e destinato a proseguire le cure in case lontane dai centri abitati" rimane un dato di fatto attuale, pur con le declinazioni attuali. Ciò comporta un impegno di spesa non indifferente per i servizi psichiatrici, quando ci si rivolge a strutture private[58], e un disimpegno crescente nella attuazione di un progetto di riavvicinamento, alimentando così una spirale che viene definita "nuova cronicità".

Alcuni dati illustrano la situazione.

I ricoverati in Ospedale Psichiatrico erano: 12.913 nel 1875, 36.845 nel 1902, 39.500 nel 1905 (legge istitutiva degli OP del 1904), 54.311 nel 1914, 78.538 nel 1978.

Nell'anno 2000 sono stati 15.943 gli ospiti delle strutture residenziali[59].

55. http://www.bmj.com/content/355/bmj.i5339 BMJ 2016; 355 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.i5339 (Published 03 October 2016) Cite this as: BMJ 2016;355:i5339 NHS to pilot ways to stop sending mental health patients long distances for treatment

56. http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stencomm/14/Leg/Serie010/1978/0428/stenografico.pdf seduta del 28 aprile 1978 pagina 168

57. R.D. 16-8-1909 n. 615 "Regolamento sui manicomi e sugli alienati" Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 16 settembre 1909, n. 217, cit.

58. "NHS to pilot ways to stop sending mental health patients long distances for treatment" BMJ 2016; 355 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.i5339 (Published 03 October 2016) Cite this as: BMJ 2016; 355: i5339
"Margaret McCartney: Do we want an NHS that depends on outsourcing?" BMJ 2018; 360 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.k670 (Published 19 February 2018) Cite this as: BMJ 2018;360:k670

59. Cfr. studio PROGRES dell'Istituto superiore di sanità

Nell'anno 2010 la Regione Veneto ha registrato il seguente riparto dei costi per la assistenza psichiatrica[60]:

- 28% è stata per la assistenza territoriale o ambulatoriale,
- 12% per la assistenza semiresidenziale,
- 27% per la assistenza residenziale
- 33% per la assistenza ospedaliera

Probabilmente nel corso di questo decennio la spesa residenziale è andata aumentando, per una combinazione di cause, la riduzione progressiva del personale nel SSN, la riduzione della spesa sociale disponibile per i pazienti del DSM, l'invecchiamento progressivo della popolazione con le difficoltà di avvicendamento generazionale dei caregivers. I criteri per l'accesso alle strutture sono stati definiti nel novembre 2016 con la definizione della "valutazione multidimensionale" nell'art. 6 del Nuovo Patto della salute 2014-2016 "Per l'individuazione del setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata con uno strumento valutativo del quale sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della salute. La valutazione multidimensionale accerta la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, incluse quelle rese disponibili dal Sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente"[61].

LA POVERTÀ E L'IMPOVERIMENTO

Oltre alla crescente spesa residenziale, prevalentemente a carico del SSN, è da considerare il dato economico personale[62]; la invalidità civile è pari ad euro 270; se ci sono le condizioni per effettuare un tirocinio per inclusione sociale ciò corrisponde ad una cifra di 150 euro; solo i pazienti con invalidità civile al 100% riconosciuta prima del decesso del familiare cui sono a carico, possono avere la pensione di reversibilità. L'accesso al mondo del lavoro per gli invalidi civile è fortemente condizionato dalla persistente crisi economica e anche dal blocco del turn over negli enti pubblici, che rendono complesso un percorso di autonomia del paziente senza l'appoggio economico della famiglia. Tale condizione di povertà esplode poi nel momento in cui si rende necessaria la compartecipazione economica per la permanenza in alcune tipologie di strutture residenziali. La legge prevede che siano chiamati i comuni a corrispondere tale compartecipazione se la persona e la famiglia non sono in grado. Alla povertà indotta dalla patologia[63], si somma la povertà delle risorse economiche e da ultimo, quando esiste la necessità di inserimenti residenziali, l'impoverimento per corrispondere la compartecipazione. Le cooperative sociali che sono state concepite per facilitare l'inserimento lavorativo, si scontrano con la difficoltà di acquisire lavoro, sia per le normative stringenti sugli

60. Cfr. "I costi standard in salute mentale", di Lorenzo Rampazzo 2012, in: http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=8a02b2a4-ab55-4b87-9411-f05339acecb2&groupId=10793

http://www.formas.toscana.it/rivistadellasalute/fileadmin/files/fascicoli/2014/199_200/02-rampazzo.pdf

61. https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/00994183.pdf pag. 21 nota 15

62. Outcome measure show increasing personal and familiar costs. The outcome measure are welfare, clinical (mortality and morbility) economical (direct and indirect costs) and humanist (quality of life and user's satisfaction). Cfr.: Francesco Dotta, La valutazione degli indicatori di processo e di Outcome. Quaderni del Ministero della Salute; in: http://www.quadernidellasalute.it/download/press-area/cartella-stampa/10-luglio-agosto-2011/Prof.Francesco-Dotta.pdf

63. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 179, "Per quanto riguarda la problematica psichiatrica, essa trovala sua soluzione all'interno non solo della riforma sanitaria, ma anche di una serie di riforme che migliorino le condizioni dell'individuo in generale e che, quindi, servano a risolvere una serie di conflittualità"

appalti, sia per la riduzione delle commesse da parte degli enti pubblici sia per la non omogenea distribuzione sul territorio.

PROSPETTIVE

La separazione tra funzione sanitaria e sociale era stata riconosciuta come fattore critico già durante i lavori preparatori della legge, tanto da prevedere convenzioni specifiche perché la legge prevedeva, fino alla istituzione del SSN di "mantenere alle province la titolarietà di alcuni servizi, cercando peraltro di superare il rischio della dicotomia che si può determinare tra una competenza amministrativa e regionale del servizio ospedaliero e una competenza provinciale dei servizi extra ospedalieri"[64].

Rimane poco chiara la differenza tra gli esiti clinici rilevati per paziente e per patologia (outcome) ritenuta difficoltosa perché multifattoriale, e la somma delle prestazioni che un DSM fornisce (output) molto più agevole ma non indicativa della reale situazione del paziente. Una delle resistenze maggiori che si incontrano a 40 anni dalla riforma è il corretto utilizzo dei sistemi informativi da parte degli operatori, con un timore che mal cela la difficoltà di accettare il principio che l'operare psichiatrico debba rispondere a criteri di legge e di valutazione, quasi con una riproposizione della autoreferenzialità asilare, come se il DSM non debba esporre il proprio agire.

Sono trascorsi 40 anni dalla riforma psichiatrica ed è opportuno, o forse necessario, che si crei una formazione specifica, per la preparazione culturale adeguata del personale del SSN al lavoro integrato di rete, che comprende sia la parte clinica e sia quella sociale sul territorio. Negli anni immediatamente successivi alla riforma e fino alla definizione del primo progetto obiettivo nazionale per la salute mentale, molto è stato affidato alla spontanea relazione organizzativa sul territorio, con tutti i limiti che ciò ancora comporta, in particolare la scarsità di risorse economiche e la conseguente discontinuità degli interventi a disposizione dei pazienti. La società italiana ha visto la chiusura degli ultimi presidi manicomiali solo nell'anno 2000, quando la generazione di operatori "usciti" dal manicomio, a seguito della legge 180/78, iniziava a concludere la propria esperienza professionale, ma molto della loro eredità culturale si è perso nella contrapposizione tra le "scuole" e nella persistente inutile contrapposizione ideologica di questi quaranta anni tra "medicalizzazione e la socializzazione della malattia mentale[65]". La pretesa esclusività e la incapacità di riconoscersi parti di un solo insieme, senza dover scendere al livello di competizione ideologica ma rimanendo sul piano della collaborazione ed ascolto reciproco, ostacola il dialogo necessario per arrivare alla miglior espressione possibile per il paziente nel proprio contesto relazionale e familiare, e con l'uso più adeguata delle risorse economiche dei servizi pubblici ed il minor dispendio delle risorse emotive e psicologiche per il paziente e la rete relazionale, secondo il preciso richiamo del legislatore "creare una cultura ed una sensibilità diffuse" che pur essendo "già fatta propria dalla parte più sensibile dell'opinione pubblica, diventi automaticamente una nuova diffusa concezione culturale del nostro popolo; probabilmente perché ciò avvenga ci vorranno molti anni, ma ci sembra che il compito di una legge più che di sancire il fatto compiuto sia quello di educare la società a quei valori che la scienza ci propone come autentico progresso della vita sociale"[66].

Dal 1978 ad oggi, quanto persiste ancora di tali condizioni storiche e culturali, illustrate fin dalla prima pagina dei lavori preparatori della legge 180?

Di certo abbiamo ancora la incompleta comprensione

64. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 171

65. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 180

66. Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag. 208

della malattia mentale, per la sua complessità intrinseca e forse perché la psichiatria non ha saputo evitare la frammentazione della malattia che vorrebbe invece curare. La frammentazione è riproposta invece sotto forma di orientamenti scientifici "di scuola", crea artificiosamente delle distinzioni, che ricordano spesso la incomunicabilità tra paziente e la propria rete relazionale, talora somigliando ad una forma di difesa davanti alle difficoltà quotidiane (per le recidive, la cronicità e la imprevedibilità) di frequente, se non quotidiano, riscontro nel lavoro psichiatrico. La "clinica" a sua volta è oggetto di diatriba, se essa si svolga nell'ambiente universitario o ospedaliero, oppure se anche il lavoro ambulatoriale possa essere considerato tale. Conseguenza di queste separazioni e distinzioni è che il paziente non trova risposte unitarie, e gli stessi operatori rischiano di cadere nelle trappole delle distinzioni dialettiche.

La separazione, tra "clinica" e "fattori culturali e sociologici", la prima necessariamente riservata al sanitario, i secondi "relegati" a quanti non ne fanno parte, contraddice non solo la legislazione nazionale e regionale, ma anche la realtà del paziente nella sua appartenenza storica e relazionale.

LA RIABILITAZIONE

Il secondo motivo della lunga citazione storica iniziale, è il richiamo di alcuni elementi che si ripetono ancor oggi nella pratica psichiatrica, sempre ondivaga tra relazione interpersonale, tecniche terapeutiche e clinica pura, ognuna delle quali è destinata a un magro risultato senza una adeguata integrazione di competenze e capacità, necessaria per superare una deleteria autoreferenzialità priva di valore terapeutico.

Il testo parla di riacquisizione delle competenze personali nella relazione con il proprio corpo, con la propria famiglia, descrive lo sviluppo delle capacità lavorative e relazionali con l'ambiente e delle capacità espressive personali, come elementi di un percorso di "guarigione", senza che nessuno di questi elementi abbia un valore che possa sminuire tutti gli altri o escluderli. Si potrebbe dire che, quando una "tecnica relazionale" vuole fronteggiare isolatamente un singolo aspetto di una patologia grave, persistente per decenni e di origine plurifattoriale, rischia di divenire autoreferenziale, sviluppando una visione unilaterale e limitata di un quadro clinico complesso, con evidenze di interazioni che non compaiono mai compiutamente alla prima osservazione, ma tendono ad essere spesso taciute o trasformate.

Il testo ci parla di un tempo necessario per i pazienti affinché possano sviluppare la necessaria confidenza con la bellezza esterna, per cercare di apprezzare anche la possibile bellezza interiore, per quanto reso possibile dalla patologia medesima. Il tempo è il fattore, nel testo del 19' secolo come nella pratica clinica corrente, necessario per trasformare una visita o un insieme di visite in una relaziona terapeutica. Un tempo fatto di silenzi o comunicazioni progressive, in quanto un sistema di relazione (paziente-famiglia-rete sociale) deve trovare un nuovo equilibrio e nuovi ruoli reciproci durante il contatto con un altro sistema (medico di medicina generale, servizio psichiatrico, servi sociali...).

La relazione terapeutica si sviluppa sempre in base alla verità che un sistema possiede e soprattutto che può accettare di comunicare, in una specie di equazione con molte incognite e pochissime certezze. Una relazione familiare e sociale nella quale viene a determinarsi un disagio così grave e persistente da richiedere una serie di interventi pluridisciplinari, richiede sempre un tempo non prevedibile affinché si generi una cicatrice abbastanza resistente che possa mettere in risalto le relazioni positive e favorenti una attenuazione della patologia.

Oggi, come allora, ci troviamo di fronte ad una patologia ad insorgenza insidiosa, che precede talora di anni la manifestazione clinica, e che richiede un impegno multidisciplinare protratto nel tempo, con una incertezza costante sull'esito clinico e sociale. Oggi ci troviamo ancora ad osservare i "disturbi psichici da spedalizzazione protratta (ovvero indotti dalla permanenza protratta nelle strutture alternative); in altri termini, molte manifestazioni psico-

patologiche regressive, presentate da malati lungodegenti negli ospedali psichiatrici, non erano diretto effetto della malattia originaria, bensì della nociva azione esplicata su di essi dalla desocializzazione conseguente alla condizione di ricoverato cronico"[67].

"Attraverso il meccanismo degli ospedali psichiatrici, si è cronicizzata una patologia che non è medica e che semmai è di sradicazione e di impossibilità della nostra società di mantenere nel suo seno elementi che hanno la caratteristica degli emarginati e degli esclusi piuttosto che dei malati in senso stretto...oltre cinquantamila italiani, che stanno negli ospedali psichiatrici il più delle volte senza che sia indispensabile la loro enucleazione dal contesto sociale"[68].

Oggi ci troviamo ancora a fronteggiare la "cronicità" ma quanto siamo in grado di distinguere gli effetti della regressione indotta dall'isolamento sociale dalla regressione propria della patologia?

LE NUOVE SFIDE

Oltre alla necessità di ottemperare la legge che richiede una "nuova cultura" che favorisca la integrazione, la pratica attuale pone diverse sfide ai servizi di salute mentale. La breve enumerazione non vuole attribuire un ordine di priorità o di importanza. La questione dei farmaci: la introduzione in commercio dei farmaci a cadenza progressivamente più prolungata (a tre e sei mesi) comporterà quali mutazioni nella relazione terapeutica con il paziente? Un farmaco a cadenza così prolungata quali effetti metabolici potrà avere nello sviluppo di una gravidanza, o con la insorgenza di patologie cardiovascolari? Quali saranno le interazioni con le altre terapie mediche? Tutto ciò richiede una collaborazione maggiore con il medico di medicina generale, che ha sempre un ruolo cardine nella relazione terapeutica. La questione della povertà; il concetto di cronicità che inficia il lavoro del DSM e della rete sociale; la capacità di cogliere e valorizzare il ruolo proattivo e sostanziale per il paziente che viene dalla rete informale, e affianca il ruolo formale dei servizi; l'invecchiamento della popolazione e le patologie collegate alla immigrazione e alla riformulazione complessiva del mondo del lavoro, che facendo venire a mancare le certezze precedenti, comporterà quali forme di disagio e necessità di adattamento alla precarietà e alla modifica progressiva delle condizioni sociali.

CONCLUSIONE

Le parole di Mauro Rostagno descrivono la sua idea di "comunità terapeutica" e richiamano quelle del barone Pietro Pisani.

"Innanzi tutto diamo l'aiuto della nostra presenza, cioè del fatto che innanzi tutto noi badiamo a noi stessi, ci godiamo una vita felice, una vita bella, piena di energie, di continua attenzione a noi stessi e poi degli aiuti tecnici specifici. Cosa vuol dire? Innanzi tutto offriamo questa casa e la abbiamo voluta bella, perché riteniamo che il paziente non vada punito, fustigato, non debba espiare delle colpe, ma vada appunto aiutato.

Quindi il luogo dell'aiuto deve essere grazioso. Questo aiuto viene costruendo una comunità, una rete sociale stretta, calda, vicina, pressante e quotidiana che riscaldi innanzi tutto, e poi delle regole, sveglia, colazione tutti insieme e poi dopo il lavoro.

I lavori vengono assegnati giorno per giorno, a seconda delle persone, poi il cibo tutti insieme.

E poi rituali la mattina, cioè delle forme di respirazione molto forte, ginnastica o meditazione, come preferisci chiamarla; all'inizio della giornata e alla fine della giornata.

Per il resto è lavoro.

Quando ci sono dei momenti di collasso, la rete della comunità riscalda, accoglie, avvicina, sostiene"

Sono tratte da una intervista televisiva che poi è stata ripresa dal programma Wikiradio di Radio tre Rai[69].

67. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 169

68. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 171-172

69. https://www.raiplayradio.it/audio/2014/09/Lomicidio-

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.
Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo *redazione@psichiatriaoggi.it*

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.
Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.
Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features*. J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

  Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail *redazione@psichiatriaoggi.it* in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.

SIP-Lo
Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:
Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:
Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:
Giovanni Migliarese

Tesoriere:
Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:
Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

Rappresentanti

Sezione "Giovani Psichiatri":
Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:
Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:
Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni