



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVI • n. 2 • luglio – dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Responsabile Comunicazione Digitale:
Federico Grasso (Lodi)

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.

IN PRIMO PIANO

- 6** Psicosi e uso di sostanze un legame complesso che necessita di uno sguardo libero
di Cerveri G.
- 13** La salute mentale in Italia oggi: non "solo" un problema di finanziamenti
di Calò P.
- 17** L'indifferenza: ottavo vizio (o peccato) capitale o disturbo della personalità?
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 24** La scatola dei balocchi: studio esplorativo per la rilevazione dei comportamenti di azzardo nei giovani
di Barbini D., Caimi A., Coppin P., Redaelli S.F., Scaramuzzino M.F., Micheli D., Negri A.
- 33** Stigma e malattia mentale: opinioni ed atteggiamenti all'interno dei servizi di cura Indagine multicentrica nel territorio lombardo
di Costa A., Camastra M. e Zilioli L.
- 43** Disturbo depressivo maggiore nell'anziano: trattamenti evidence-based e nuove prospettive
di Dibenedetto, C., Masserini, A., Corbelli, M., Giordano B., D'Agostino, A., Cavallotti S.
- 51** Riabilitazione psichiatrica: dall'urgenza alla costruzione di nuovi percorsi
di Grecchi A., Casula V., Campagna V., Vairano F., Beraldo S., Miragoli P.
- 56** Gli psichedelici tra passato e presente
di Toscano M.
- 66** Un'esperienza pluriennale in un dipartimento di salute mentale dall'introduzione dell'amministrazione di sostegno
di Vender S.

PSICHIATRIA FORENSE

- 75** Breve discorso sulla pericolosità sociale e la psichiatria
di Amatulli A.
- 81** L'elefante nella stanza. Imputabilità e libertà di cura
di Ballantini M.
- 83** La sorveglianza del paziente per evitare autolesioni o il suicidio è doverosa
di Mantovani R.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 85** CONTRIBUTO ATS AITERP - ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
Quesiti aperti sugli esordi del disagio psichico: passaggio da uopia a uop-dsm
di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.
- 91** CONTRIBUTO DI SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE (S.I.S.I.S.M.)
L'impatto della pandemia da Covid-19 sull'organizzazione del DSM. Il ruolo dell'Infermiere tra decisione, responsabilità, educazione e complessità
di De Paola T., Staltari M., Moro C.G.

ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 98** Luci e Ombre della Solitudine.
Manuela Barbarossa, Alberto Giannelli e Marialfonsa Fontana Sartorio di Cerveri G.

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

Un'esperienza pluriennale in un dipartimento di salute mentale dall'introduzione dell'amministrazione di sostegno¹

Vender S.

Nella relazione intendo svolgere, sulla base della mia esperienza pluriennale come Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Varese, alcune specifiche considerazioni e valutazioni sui problemi e sui vantaggi posti dalla legge sull'Amministrazione di Sostegno n. 6/2004.

Innanzitutto, ringrazio per l'invito la Prof.ssa Giovanna Visintini, che ha dedicato tanto del suo tempo e del suo lavoro di giurista per innovare la tutela dei pazienti psichiatrici ed in generale delle persone fragili, soprattutto approfondendo la nozione di capacità/incapacità di agire, rapportata con l'infermità mentale e partecipando attivamente a gettare le basi perché fosse formulata e approvata quella legge, di grande valore sociale.

Alcuni temi già trattati dai prof. Massimo Dogliotti, sui problemi della tutela e della ricerca del consenso, e Leonardo Lenti, circa i nuovi aspetti del diritto di famiglia, trovano riscontro nella mia pratica clinica e nella inevitabile collaborazione con i vari professionisti che si occupavano e si occupano dei problemi della tutela delle persone fragili: posso dire che quanto detto finora è in sintonia con la mia esperienza sia come docente universitario di Psichiatria all'Università dell'Insubria che come clinico di una struttura complessa, che comprendeva sia Centri di salute mentale, sia il reparto ospedaliero ed ancora centri diurni e comunità riabilitative (il territorio in carico al DSM era di oltre 300.000 abitanti, di età superiore ai 18 anni).

LEGGE 180/1978 E LEGGE 6/2004:

ALCUNE RIFLESSIONI

Prima di esporre la mia esperienza, vorrei segnalare due aspetti, che non sempre sono stati ben evidenziati durante la grande trasformazione della psichiatria con la chiusura degli ospedali psichiatrici e l'apertura di centri di prossimità sul territorio, nonché con la promulgazione della legge sull'Amministrazione di sostegno.

– Il primo riguarda la fine della marginalità/esclusione dalla sanità dei trattamenti psichiatrici, che avvenivano soprattutto per i pazienti più gravi nei manicomi: tale esclusione riguardava gli stessi operatori psichiatrici, perché la gestione della psichiatria era stata, prima della legge 180 del 1978, affidata per molti decenni, si può dire fin dall'inizio, alle Province quindi a Enti politico-amministrativi che avevano soprattutto un mandato assistenziale. Al di là dei giudizi che si possono esprimere, di certo non positivi, questo fatto ha collocato la psichiatria, che pur utilizzava metodi e strumenti medici (pensiamo anche solo alla psicoturgia, pratica per fortuna abbandonata), al di fuori del contesto sanitario e degli stessi sviluppi dell'organizzazione sanitaria. So bene che dire questo è un po' riduttivo perché la storia della psichiatria è ben più complessa, rispetto a questa sintesi: ma va ricordato, che la psichiatria come disciplina e clinica universitaria autonoma è stata istituita solo nel 1959, per separazione dall'insegnamento delle Malattie Nervose e Mentali e dalle relative strutture cliniche, molto diffuse e diversamente interessate agli aspetti psichiatrici. Inoltre, va menzionato che gli psicofarmaci, che hanno dato agli operatori nuovi ed importanti strumenti terapeutici, sono stati scoperti solo negli anni '50 del secolo scorso. Certamente tutto ciò ha

1. La relazione è stata presentata al Convegno "LA TUTELA DEI SOGGETTI FRAGILI TRA DIRITTO, DISAGIO MENTALE, DIFFICOLTÀ FAMILIARI E NEUROSCIENZE", che si è svolto a Toscolano (BS) il 30 settembre 2022, presso il Centro Studi Toscolano diretto dalla Prof.ssa Giovanna Visintini, Prof. Emerito di Diritto Civile presso Facoltà di Giurisprudenza, Università di Genova.

favorito una marginalità della psichiatria rispetto alla sanità in generale e proprio per questo, ritengo che con la Legge 180/1978 sia stata avviata non solo la chiusura degli Ospedali Neuropsichiatrici, ma anche l'inclusione della psichiatria all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, istituito con la legge 833 dello stesso anno. La presenza della psichiatria all'interno del Servizio sanitario nazionale ha portato, infatti, allo sviluppo di altri temi importanti che la medicina non aveva ancora ben sviluppato: mi riferisco al rapporto medico-paziente, all'importanza della relazione terapeutica nella cura e nell'evoluzione della malattia, al problema del consenso informato del paziente circa le cure cui sarebbe stato sottoposto, al rapporto con i familiari e le Associazioni, che andavano sviluppandosi in quegli anni. Quindi, a mio parere, la psichiatria ha contribuito allo sviluppo della dimensione sociale ed anche etica della medicina, che allora (ma forse lo è tuttora) era tendenzialmente ospedale-centrica. Certamente la psichiatria si è fatta portatrice, all'interno delle pratiche sanitarie, di istanze presenti nella cultura sociale di quel periodo storico.

- Il secondo aspetto, su cui intendo attirare l'attenzione, riguarda proprio la legge sull'Amministrazione di sostegno, legge del 9 gennaio 2004, n.6, introdotta nel nostro ordinamento giuridico per le persone che *"per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica"* si trovino *"nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi"*. Questa legge ha avuto una gestazione molto lunga: infatti ricordo che fin dagli anni '80 si era andata affermando una nuova sensibilità circa i rapporti fra infermità psichica e diritto: in particolare era stata la scuola genovese di Diritto Civile, di cui la Prof.ssa Giovanna Visintini è un'illustre rappresentante, ad affrontare la complessa problematica sull'onda anche delle nuove conoscenze

psichiatriche. Proprio in questa stupenda villa sede del Centro Studi di Toscolano, organizzò varie riunioni su questi temi. Da tali discussioni fra vari esperti nacquero le premesse, che portarono all'organizzazione dell'importante convegno di Trieste del 1986 *"Un altro diritto per i malati di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione"*, presieduto da Paolo Cendon. Il Convegno riunì docenti di diritto civile, esperti di varie discipline giuridiche, politici, psichiatri, giornalisti, operatori psichiatrici ed associazioni. In quell'occasione ricordo che presentai i risultati di una ricerca appena conclusa all'Università di Pavia sui vari modi di presentare la legge 180 da parte dei mass media, in particolare i giornali: infatti furono affrontati, in quel contesto, non solo argomenti squisitamente giuridici o psichiatrici, ma anche fenomeni sociali che sorgevano come risposta alle proposte di cambiamento della psichiatria. Quel convegno può essere assunto come la testimonianza della nascita di un ampio movimento culturale, che comprendeva tante declinazioni del vivere quotidiano, con un bagno nel sociale, di cui la legge sull'Amministrazione di sostegno, promulgata molti anni dopo, è stata la rappresentante. Nel suo intervento presentato a quel Convegno, la Prof.ssa Visintini si chiedeva se la *"nozione di incapacità serve ancora"*, esprimendo una posizione contraria all'automatismo fra malattia mentale e incapacità di intendere e volere, incapacità che dovrebbe invece essere accertata, nella sua specificità, dal giudice in base alle circostanze del caso concreto. Riflessioni, apporti, esperienze, evoluzione della stessa psichiatria hanno portato ad una legge, che non si fonda sulla nosografia, ma sulla particolare condizione di infermità o menomazione, indipendente dalla sua causa (fisica o psichica), che riduce le competenze della persona in modo affatto specifico. Anche questa legge ha operato un'azione di inclusione del malato mentale equiparandolo a tutti gli altri pazienti.

INCLUSIONE SOCIALE

Ho voluto sottolineare il significato storico di queste due leggi, perché hanno recepito, a mio parere, la trasformazione avvenuta in quei decenni nella nostra società: se pensiamo che prima di questa legge le uniche forme previste di tutela del malato mentale erano l'inabilitazione o l'interdizione (che toglievano diritti e che tra l'altro nell'esperienza pratica erano provvedimenti molto difficili da togliere o modificare), non possiamo non notare un salto qualitativo notevole, in quegli anni, perché l'Amministrazione di sostegno, al contrario di quanto previsto in precedenza, fornisce un supporto e un aiuto, a prescindere dal tipo di patologia, che produce una riduzione delle capacità e competenze per un periodo più o meno lungo.

Anche in questo caso come con l'approvazione della legge 180, ci siamo trovati di fronte ad un processo di inclusione sociale, perché gruppi sociali esclusi dalla società per alcune loro caratteristiche psicopatologiche specifiche, erano riportati all'interno di gruppi malati di cittadini considerati "normali".

Al giorno d'oggi l'inclusione nella società è tanto invocata in molti settori dell'attività umana: inclusione è diventata spesso una sorta di parola d'ordine proclamata e reclamata da tanti gruppi di opinione sia nell'ambito lavorativo sia certamente nella sfera dei diritti civili e sociali.

Soprattutto la legge 6 del 2004 andava incontro, in quegli anni, anche alle grandi preoccupazioni di molti familiari per il futuro e la tutela dei loro figli più fragili, preoccupazioni che varie associazioni avevano da tempo manifestato e dichiarato in modo accorato e ansioso alla società, ai politici ed agli amministratori. Ricordo molto bene come, appena approvata questa legge, l'ANFAS (ad esempio) si fece promotrice presso i propri iscritti di una capillare informazione sui contenuti e sull'utilità della legge sull'Amministrazione di Sostegno, per cui molte furono in quel periodo le richieste ai Giudici per avere una diversa tutela dei loro familiari bisognosi. I Giudici Tutelari, in una prima fase, nominarono consulenti

psichiatri per avere una parere tecnico sulle condizioni psichiche del soggetto per cui era richiesto un amministratore di sostegno, anche nei casi in cui era lo stesso soggetto a ritenerla utile e necessaria. Successivamente, a quanto mi risulta, i Giudici Tutelari hanno via via assunto iniziative e decisioni più autonome, senza coinvolgere gli specialisti, se non in situazioni cliniche complesse o in caso di gravi conflitti familiari.

Certamente questa legge ha creato un certo subbuglio, per cui nei primi anni, si sono svolti molti incontri e convegni, volti ad approfondire la possibilità di ricorrere al nuovo istituto giuridico, che tiene conto dei bisogni e delle richieste della persona, evitando, quando possibile, l'applicazione automatica dell'interdizione o inabilitazione. Ma proprio la messa in primo piano dell'esigenze e dei bisogni del singolo nella vita quotidiana allontana la possibilità dell'applicazione, in ambito civilistico, di principi generali e quindi anche generici, uguali per tutti. Da qui il subbuglio di cui prima parlavo e l'opportunità di incontri fra specialisti per trovare un nuovo terreno comune, innanzitutto culturale e poi applicativo.

L'ESPERIENZA A VARESE

Arrivando così a presentare la mia esperienza, posso dire che i risvolti, le implicazioni, i problemi ed i diversi punti di vista circa la legge sull'Amministrazione di Sostegno li abbiamo affrontati, colti e discussi nel Convegno che si è svolto presso l'Università dell'Insubria a Varese il 14 maggio 2005.

Ero stato sollecitato alcuni mesi prima dall'avv. Giovanna Zuccaro dell'Ordine degli Avvocati, sulla base dell'interesse di molti suoi colleghi/e, nonché di Associazioni di familiari, ad organizzare un incontro con vari Enti sul tema, invitando come relatore principale il Prof. Paolo Cendon. La Provincia e A.T.S. di Varese e la Facoltà di Medicina e Chirurgia – Scuola di Specializzazione in Psichiatria e Corso di laurea in Educazione Professionale dell'Università dell'Insubria hanno così promosso il Convegno: *L'amministrazione di sostegno*.

Un altro diritto per i soggetti deboli, con il patrocinio del Ministero del Welfare e della Regione Lombardia, delle Aziende Ospedaliere di Varese, Gallarate e Busto Arsizio, dell'Ordine dei Medici, degli Ordini degli Avvocati di Varese e Busto Arsizio, della Fondazione Molina Onlus e delle Associazioni di pazienti e familiari (A.I.M.A., C.O.P.A.S.A.M., U.R.A.S.A.M). Dopo le relazioni di P. Cendon e M. Bono, suo collaboratore, hanno discusso il tema in una tavola rotonda interattiva Psichiatri, Magistrati, Avvocati, Dirigenti Sociali e rappresentanti di Associazioni.

Mi sono un po' dilungato sulla modalità di questa iniziativa, che ha avuto un grande successo di partecipazione, perché ha consentito l'avvio di una rete di rapporti istituzionali molto produttiva, dando la possibilità, in prima battuta, di esprimere dubbi e perplessità, sia dal punto di vista teorico che operativo; si è così creato in quell'occasione un tavolo comune, conoscitivo ed operativo insieme, per l'applicazione della legge dell'Amministrazione di sostegno nel territorio varesino.

Non so cosa sia avvenuto in altre aree del Paese (province e regioni), ma quel modo di procedere per mettere in comune, dopo una prima fase di sperimentazione operativa certamente parziale della legge, esperienze e pareri diversi di tutti i soggetti che avevano titolo a partecipare alla realizzazione del nuovo diritto per i soggetti deboli, è stato indubbiamente il metodo più utile, soprattutto per i soggetti più fragili e le loro famiglie.

I DIVERSI ATTEGGIAMENTI OSSERVATI NEL CONVEGNO DI VARESE SULLA LEGGE 6/2004

Quali sono state le riflessioni che ho fatto dopo il Convegno e dopo aver ascoltato il parere dei vari esperti intervenuti? Le riassumo qui brevemente:

1. Le Associazioni dei familiari, oltre ad avere un parere molto favorevole sulla legge, vissuta soprattutto come un diritto rispetto allo stigma dell'interdizione, hanno espresso l'auspicio che ci fosse una possibilità di applicazione piuttosto snella, anche per regolarizzare

situazioni che di fatto erano di cura e tutela, senza però alcuna formalizzazione;

2. Gli specialisti psichiatri per lo più hanno manifestato il convincimento che ci fosse uno strumento giuridico aggiuntivo a disposizione, rispetto a quella già in vigore, più adeguato a tutelare i soggetti fragili stante la maggiore variabilità clinica dei pazienti e delle loro situazioni sociali, superando le rigidità precedenti: l'indicazione della legge di entrare nel merito delle competenze presenti nella vita quotidiana della persona era un grande vantaggio;
3. I magistrati, accanto all'approvazione dei contenuti della legge sull'Amministrazione di sostegno, ritenevano che vi fosse un'eccessiva discrezionalità nella sua applicazione rispetto alle norme più cogenti presenti negli articoli del Codice civile, riguardanti l'inabilitazione e l'interdizione: pertanto hanno assunto un atteggiamento di maggiore cautela e varie riserve sulla possibilità di un'applicazione corretta. Avevo colto inoltre una maggiore preoccupazione, a fronte dell'entusiasmo manifestato dagli altri partecipanti, circa un'equa praticabilità delle scelte. Avvertivano un maggiore senso di responsabilità rispetto a prima;
4. I dirigenti sociali intravedevano nella legge una possibile soluzione per alcuni soggetti fragili (come ad esempio gli anziani), ma indicavano anche come non fosse stato ancora indicato e scelto un preciso iter amministrativo;
5. Gli avvocati erano indubbiamente favorevoli alla nuova legge ed erano soprattutto interessati a comprendere quali fossero le interpretazioni che venivano proposte.

A corollario di quanto scritto sui punti di vista dei vari attori presenti al Convegno, vorrei segnalare come tutti i problemi segnalati si siano, di fatto, ripresentati nella mia pratica peritale nei primi anni di applicazione della legge 6/2004: infatti in occasione del conferimento di incarichi peritali, volti ad accertare la capacità/incapacità di attendere ai propri interessi ai fini di un'eventuale pronuncia di interdizione o inabilitazione per infermità di mente

abituale, talvolta mi è successo di scambiare opinioni con il Giudice, cogliendo delle perplessità autentiche sulla legge, proprio per l'assenza di quegli automatismi di giudizio presenti invece negli art. 414 e 415 c.c. Proprio la maggiore libertà di valutazione, l'indagine più specifica sulle potenzialità cognitive del soggetto, la più ampia possibilità di definire singole attività quotidiane per le quali era necessario il sostegno dell'amministratore rispetto alla libertà di scelta del paziente, produceva un certo disagio per l'assenza di un manuale ed una procedura rassicurante.

Queste legittime preoccupazioni le consideravo, da un lato, la testimonianza del significativo cambiamento che la legge 6/2004 aveva introdotto e, dall'altro, un'inevitabile conseguenza di un primo impatto con la rottura di procedure abituali che duravano da molti decenni, senza mai essere state sottoposte ad una valutazione critica. Espressione ancora, peraltro, di un senso di responsabilità del Giudice nell'assumere una decisione che poteva incidere sulla qualità della vita di molte persone e sulle relazioni familiari e sociali quotidiane.

L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 6/2004

Negli anni immediatamente successivi, tuttavia, posso testimoniare che il parere è mutato rapidamente in modo positivo, diventando anzi una regola avere come prima scelta, per una persona fragile, l'amministratore di sostegno. Ed anche qui vorrei portare la mia esperienza diretta nell'ambito peritale: mi è successo che alcuni Giudici tutelari mi ponessero un quesito generico sull'adeguatezza della nomina di un amministratore di sostegno, mentre altri mi richiedevano anche di indicare in modo preciso quali attività la menomazione fisica o psichica consentiva alla persona di svolgere da solo, quali attività invece richiedevano un supporto e quali atti ancora dovevano essere compiuti dall'amministratore in nome e per conto del beneficiario.

La mia scelta è stata quella di rispondere sempre al quesito, che mi era stato posto, in modo molto preciso,

quasi pignolo, potrei dire: così le mie conclusioni nelle consulenze sulle competenze del soggetto esaminato, sulla base di un esame clinico approfondito, hanno riguardato sia la possibilità di gestione economica per i fatti quotidiani della vita, sia le spese ordinarie un po' più complesse, sia quelle straordinarie (soprattutto la gestione di acquisto/vendita di patrimoni), senza trascurare un'indicazione sulla capacità del soggetto di dare il proprio assenso o meno alle cure oppure alla sua collocazione in una struttura assistenziale. Per quanto è di mia conoscenza, la traccia indicata nella consulenza è stata sempre recepita nel provvedimento del Giudice ed è stata considerata utile anche dagli amministratori di sostegno nominati.

È anche accaduto che dopo il primo atteggiamento più cauto, con una selezione accurata dei pazienti fragili, si è passati, da parte degli psichiatri ed assistenti sociali, alla richiesta di nomina di amministratori di sostegno anche per pazienti che obiettivamente erano di faticosa gestione, soprattutto per aspetti psicopatologici di tipo paranoide: è così successo, in qualche caso, che le difficoltà avvertite nel trattamento terapeutico, per una scarsa o ambivalente adesione alle cure, per una ridotta possibilità di controllo dei comportamenti, per alcune pretese inadeguate del paziente, facessero maturare, nonostante tutto, nei curanti la scelta di avanzare istanza al Giudice Tutelare per la nomina di un amministratore di sostegno. Spesso era nominato un avvocato molto disponibile, che si è quasi sempre trovato però di fronte a tutte quelle difficoltà che avevano già sperimentato i curanti, nella gestione del trattamento terapeutico e sociale: ovviamente questo accadeva quando si pensava che un'interdizione o inabilitazione avrebbe peggiorato il rapporto con i curanti e non si voleva instaurare un braccio di ferro molto duro con il paziente. Alcune volte si è avuto un aggiustamento nella relazione di aiuto e supporto, in altre invece la via dell'interdizione è stata successivamente inevitabile. Vi è però da dire che questi casi sono stati numericamente ridotti.

Ma un altro aspetto importante merita di essere segnalato: prima della legge sull'Amministrazione di sostegno è successo varie volte che da vari reparti dell'Ospedale o da parte della Direzione Sanitaria, fossimo convocati, con il medico legale, per fornire una consulenza psichiatrica a pazienti con una patologia fisica, che ponevano problemi circa l'adesione alle cure o all'accettazione di alcuni trattamenti specifici per i problemi più diversi. Dopo la promulgazione di quella legge, simili richieste sono di fatto via via scomparse: questo cambiamento è avvenuto perché, da parte della Direzione Medica o Sanitaria, era stato avviato un contatto diretto con il Giudice Tutelare del Tribunale di Varese per risolvere, di comune accordo con i familiari, i problemi che si erano creati, essendoci ormai uno strumento a disposizione, molto adeguato.

Ritornando ai pazienti psichiatrici, sia i soggetti "deistituzionalizzati" sia quelli che non avevano mai sperimentato l'istituzione manicomiale, semplicemente perché la richiesta di cura era avvenuta per la prima volta presso i nuovi servizi psichiatrici territoriali, avevano indubbiamente recuperato in parte o non avevano mai perso importanti competenze cognitive: nella maggior parte dei casi quindi, essendo la riabilitazione psichiatrica finalizzata all'apprendimento/recupero degli atti quotidiani della vita, attenuati o persi nella fase acuta della malattia oppure durante la cronica restrizione manicomiale, i curanti si sono trovati di fronte ad una molteplice varietà clinica di soggetti, con capacità e comportamenti diversificati, che avevano o avrebbero potuto avere percorsi di vita caratterizzati da ampie variazioni. Non si assisteva più, quindi, ad un'evoluzione unica per lo più deficitaria.

Questo avveniva perché, potremmo dire dagli anni '90 in poi, le persone fragili avevano maggiori relazioni sociali ed una maggiore varietà di incontri nella vita reale: queste nuove situazioni, queste molteplici opportunità nella quotidianità si creavano, anche, spontaneamente per le più diverse occasioni oppure erano facilitate dagli stessi operatori sanitari. L'effetto del rullo compressore

manicomiale e istituzionale, che rendeva tutte le persone simili, era pressoché scomparso, se non in poche realtà comunitarie molto chiuse: la maggiore libertà data all'individuo consentiva così l'emergere delle differenze fra persone e delle loro chance di vita. La legge 6/2004 rispondeva perfettamente alla nuova realtà riguardante l'infermità o la menomazione della persona.

MODIFICAZIONE DELLO STIGMA SOCIALE

Lo stesso atteggiamento generale della società era molto cambiato, come aveva dimostrato una nostra ricerca, svolta nei primi anni del 2000, sullo stigma nei confronti della malattia mentale: nell'indagine svolta con questionari somministrati agli abitanti di un quartiere della città di Varese, a familiari ed a studenti universitari, abbiamo rilevato che la stigmatizzazione non era completamente eliminata (curiosamente i giovani avevano maggiori pregiudizi, mentre le persone che avevano conosciuto personalmente pazienti psichiatrici avevano un atteggiamento molto più comprensivo), ma emergeva un atteggiamento più tollerante e meno forte era la spinta all'esclusione ed all'emarginazione sociale. Pure nell'atteggiamento dei familiari, rispetto al passato, si notava una richiesta di cure specialistiche che prima era molto ridotta a causa della vergogna provata per la malattia del congiunto.

Tutta questa trasformazione culturale e sociale si rifletteva direttamente nella legge sull'Amministrazione di sostegno e ne ha favorito la sua promulgazione grazie al contributo degli esperti che l'avevano, come dicevo, negli anni precedenti studiata e proposta.

I CAMBIAMENTI NELLA CLINICA E NEI SINTOMI/COMPORAMENTI

Nell'osservazione e nella pratica clinica e nelle prospettive terapeutiche, non si poteva dunque non tener conto di una modificazione significativa delle manifestazioni psicopatologiche e comportamentali dei pazienti, connesse alle modificazioni ambientali e culturali che si erano presentate nella società. È sufficiente ricordare

che anche le classificazioni delle malattie mentali, nei decenni, sono passate dalla sintetica nosografia dei primi decenni del Novecento, alle varie versioni del Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali (il noto DSM dell'Associazione degli Psichiatri Americani), che hanno via via aumentato sempre più il numero dei disturbi (si è preferito utilizzare questo termine più generico che non implica un'etiologia ma un insieme di sintomi), fino ad arrivare ad individuarne varie centinaia, perché si osservano evoluzioni nuove e qualità di sintomi così diversi, rispetto a prima, da non poter restringere le categorie diagnostiche.

Da tutto ciò deriva l'impossibilità di fare una qualsiasi correlazione stabile, definita e automatica fra disturbo psichico e incapacità a provvedere ai propri interessi: quindi la definizione di soggetto debole o fragile a questo riguardo non può più far conto sulla nosografia psichiatrica, come oggi è descritta e intesa nei manuali. Nella nostra pratica clinica dovevamo ed abbiamo dovuto ripensare al rapporto fra disturbo e diritto nella richiesta di un amministratore di sostegno, escludendo tutto ciò che riguarda il Codice penale.

A questo proposito è utile segnalare che nell'ultima versione del DSM-5 (2013), nella parte introduttiva è stata redatta una *"Dichiarazione cautelativa per l'uso del DSM-5 in ambito forense"*, nella quale si afferma che il DSM certamente può essere di aiuto e di supporto anche nelle decisioni legali (ad. es. trattamento sanitario obbligatorio), ma tuttavia le condizioni cliniche e diagnostiche descritte non sempre soddisfano i criteri legali necessari. Infatti, per uno specifico standard legale sono necessarie altre informazioni aggiuntive che *"potrebbero comprendere informazioni relative alle compromissioni funzionali dell'individuo e al modo in cui queste compromissioni influenzano le particolari abilità in questione. È proprio perché le compromissioni, le abilità e le disabilità variano molto all'interno di ogni categoria diagnostica che l'assegnazione di una particolare diagnosi non implica un livello specifico di compromissione o di disabilità"*.

La parte conclusiva della Dichiarazione è la seguente: *"Coloro che prendono decisioni legali dovrebbero anche essere avvertiti che una diagnosi non implica alcuna connessione necessaria con l'eziologia o le cause del disturbo mentale di un individuo né con il grado di controllo dell'individuo sul comportamento che può essere associato al disturbo. Anche quando la diminuzione del controllo sul proprio comportamento è una caratteristica del disturbo, la diagnosi di per sé non dimostra che un determinato individuo è (o era) incapace di controllare il proprio comportamento in un determinato momento"*.

È probabile che gli autori siano stati sollecitati a scrivere tale dichiarazione cautelativa perché nei Tribunali, anche in Italia, soprattutto in ambito penale, ma anche in quello civilistico, il DSM era diventata una sorta di Bibbia, che stava anche in bella mostra a lato dei Codici, come qualche volta mi è capitato di osservare. E così era utilizzato da periti, giudici e avvocati.

Questa apparente digressione conferma, però, il nucleo essenziale del discorso finora svolto, ricordando ancora una volta la necessità di una valutazione caso per caso, nella richiesta e nomina di un amministratore di sostegno, anche se questo può sollevare pareri e giudizi diversi, talora alquanto soggettivi in quanto basati, spesso, su valori e obiettivi non sempre condivisi: da qui l'opportunità di un confronto e di una discussione sincera, per giungere ad una decisione più oggettiva possibile.

CONSIDERAZIONI FINALI E PROSPETTIVE

Avviandomi verso la fine della relazione vorrei ricordare come, nella storia, l'interdizione, sia stato un provvedimento che andava ben al di là dello scopo di tutelare gli interessi del malato di mente: era anche un modo per impedirgli qualsiasi scelta personale e per controllare, in modo indiretto, anche la "sua pericolosità", come recitava la legge del 1904.

Ed allora si può affermare che la legge sull'Amministrazione di Sostegno ha recepito la nuova realtà clinica e sociale dei pazienti fragili, nella più ampia accezione,

riconoscendo anche, se vogliamo, un dato biologico e fisiologico universale e fondamentale, che caratterizza ogni essere umano: infatti, l'elemento di base dell'uomo (indipendentemente da differenze di genere, di etnia, di nazionalità) è la sua nascita prematura rispetto alle altre specie viventi, per cui ne deriva un'imaturità somatica, rispetto alle altre specie, visibile nei movimenti spastici ed afinalistici, nonché nella presenza di riflessi neurologici che scompaiono con la crescita, per poi ricomparire in seguito a malattie, danni cerebrali o con la vecchiaia. Tale immaturità biologica trascina, inevitabilmente, con sé un'imaturità comportamentale e soprattutto un maggior bisogno di accudimento per poter sopravvivere, a differenza delle altre specie.

Questo significa che nel nostro passato e per vario tempo ognuno di noi ha sperimentato e vissuto una condizione di debolezza e fragilità, che Freud aveva definito con il termine *Hilflosigkeit*, ovvero stato di impotenza che mette in evidenza la condizione di obiettiva incapacità del cucciolo d'uomo a svolgere azioni volte a soddisfare bisogni primari quali fame e sete, se non è accudito e sostenuto.

In qualche modo, crescendo, oscilliamo continuamente fra attaccamento e indipendenza, oscillazione che troverà nelle varie età della vita diverse forme espressive: vorrei qui ricordare il **gruppo dei pari**, che nell'adolescenza è una forma di aggregazione sociale spontanea tipica, ed ha la funzione di favorire il passaggio dell'adolescente dalla dipendenza dalla famiglia ad una maggiore autonomia dell'età adulta.

Ma anche nell'età adulta il bisogno di appartenere ad un gruppo sociale, in modi diversi a seconda delle caratteristiche delle persone, è l'espressione di una fisiologica necessità di aiuto, supporto, protezione e sostegno che possiamo ritrovare nella normale vita di un qualsiasi soggetto e gruppo.

L'amministrazione di sostegno, dunque, mi piace pensarla come un modo che la società offre per appoggiare nel ciclo della vita una persona che si trova in difficoltà (come pure in difficoltà è il suo gruppo familiare): traccia

un percorso di aiuto che si può definire "normale" e di buon senso, riconoscendo un diritto, che nasce da bisogni sopravvenienti da una condizione patologica che amplifica lo stato di impotenza dell'essere umano.

Non inutile sarebbe un'indagine sullo stato di applicazione della legge di cui abbiamo discusso, conoscere quanto incidono le malattie fisiche e quelle psichiche nella nomina di un amministratore di sostegno e se vi sono differenze fra regioni, in base anche a motivi culturali o organizzativi: può essere opportuna perché questa esposizione, che deriva da un'esperienza personale, potrebbe anche non rispecchiare quanto è avvenuto in altre aree del Paese.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

Onorario di Psichiatria ed ex-Presidente SiPLo

BIBLIOGRAFIA

1. APA (American Psychiatric Association), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013.
2. P. CENDON (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione*. E.S.I, 1988, p. 958.
3. D. DE MARTIS, M. RAMPAZI, M. SOMMI, S. VENDER, *La riforma psichiatrica: il linguaggio dei quotidiani. Un'indagine ed una riflessione critica*. Franco Angeli, 1987, p. 169ss.
4. D. DE MARTIS, M. RAMPAZI, S. VENDER, *Intervento nella tavola rotonda Malattia di mente e mass media*. In: P. Cendon cit. pp.531-536.
5. FREUD S, *Inibizione, sintomo e angoscia*. Opere, vol.10, Bollati Boringhieri, 1978.
6. S. VENDER (a cura di), *La stigmatizzazione. Dal pregiudizio alla cura della malattia mentale*. Νόος. Aggiornamenti di Psichiatria. 11, 3/4, 2005.
7. G. VISINTINI, *La nozione di incapacità serve ancora?* In: P. Cendon cit. pp.93-106.
8. G. VISINTINI, *Cos'è la responsabilità civile*, E.S.I., 2019, p.100 ss.

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.



Presidente:

Mauro Percudani, Milano

Presidente Eletto

Massimo Clerici, Monza

Segretario:

Giovanni Migliarese, Vigevano

Vice-Segretario:

Matteo Porcellana, Milano

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli, Treviglio

Consiglieri eletti:

Antonio Amatulli
Luisa Aroasio
Stefano Barlati
Scilla Beraldo
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Simone Cavallotti
Federico Durbano
Gian Marco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carlo Fraticelli
Carla Morganti
Silvia Paletta
Nicola Poloni
Paolo Risaro
Matteo Rocchetti
Marco Toscano
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni
Claudio Mencacci