

Pietro Barbetta

Matto come un cavallo

NO alla controriforma psichiatrica

DOPPIOZERO

Sommario

Introduzione	1
Che cos'è la follia	2
Giustizia e follia	4
Legge 180, la giustizia in psichiatria	8
Formazione del personale	12
Il decreto Ciccioli	14
Dibattito	19
1 - Condivisioni	20
2 - Ironie	27
3 - Discussioni	31
Appendice	58
Legge 14 febbraio 1904, n. 36.	58
Legge 13 maggio 1978, n. 180	63
Disegno di legge Ciccioli, 29 luglio 2010	71

Introduzione

In Italia stanno per approvare una *controriforma* che cancella la legge 180, cioè abolisce il rispetto per la dignità e la cittadinanza dei folli. Le persone come me sono nate e cresciute nel mondo libero, lo hanno contestato – spesso a torto, qualche volta a ragione – ma hanno visto negli anni questo mondo diventare sempre più liberale, riconoscendo il diritto allo studio, al lavoro, i diritti dei lavoratori, la salvaguardia dei redditi più deboli, la crescita delle imprese, che di tanto in tanto entravano in crisi congiunturali ma poi rifiorivano. Finalmente sono arrivate anche conquiste di civiltà legate a quell’ambito che si definiva socio-sanitario: la legge che stabilì la chiusura dei manicomi e la fine del ruolo di ordine pubblico attribuito ai medici e agli infermieri psichiatrici è una di queste conquiste.

La legge in vigore in Italia fino al 1978, e risalente al 1904, stabiliva il principio di priorità della custodia rispetto alla cura. Con la Costituzione, nel secondo dopoguerra, la legge del 1904 non aveva subito modifiche fondamentali su questo punto, in altri termini le norme psichiatriche erano diventate anticonstituzionali. Erano violati diversi articoli della Carta costituzionale, tra gli altri, gli articoli 3, 13 e molti altri, come si può verificare anche da una veloce lettura della Costituzione facilmente reperibile online. Inoltre venivano violate le prerogative di cura degli operatori psichiatrici, imponendo loro pratiche di custodia e pubblica sicurezza estranee alla loro formazione. In questo modo anche la dignità professionale di queste figure veniva violata, trasformando una professione medica o infermieristica in una professione di polizia.

Che cos'è la follia

La follia, come ha scritto Michel Foucault, è in primo luogo questione di discriminazione estrema. Con Cartesio, essa è radicalmente eliminata persino dal pensiero. Il dubbio metodico ammette qualsiasi illusione, compresi i sogni, ma non può resistere alla follia. Cartesio dirà che la follia è costitutivamente fuori dal pensiero: costoro sono privi di mente (*amentes*).

A fine Settecento nascono i primi manicomi, luoghi di separazione e reclusione a vita di persone che erano ritenute estranee al consorzio umano. Invero la nascita degli asili dedicati ai folli conteneva una seconda separazione: quella che distingue la follia da altre forme di sragione, come la devianza sociale, la criminalità e la miseria. A Parigi, con l'istituzione del primo manicomio, s'iniziò a introdurre un metodo definito *cura o trattamento morale*, che sarebbe dovuto consistere – nella perfetta descrizione di Dostoevskij – in interventi che usano la logica per sconfiggere la follia.

L'episodio del bambino lupo dell'Aveyron aveva catturato l'attenzione dei filosofi e dei medici. Si tratta del tentativo di un medico, Itard, di rieducare Victor, un giovane trovato nelle foreste. Del ragazzo si diceva che fosse stato allevato dai lupi. Mitologia che aveva in parte la funzione di separare Victor, e con lui il fenomeno della *degenerazione*, dall'umanità. Lo sforzo educativo di Itard mirava a reintegrare il giovane nel consorzio umano, cercando di vedere se nel giovane, aldilà di un apprendimento comportamentale, si potesse riscontrare il senso della giustizia e della morale. Fu così che un giorno, dopo avere insegnato al giovane diverse nozioni attraverso il classico sistema dei

premi e delle punizioni, Itard decise di punire Victor senza ragione. Bisognava vedere se Victor si sarebbe ribellato, prova dell'esistenza di una coscienza morale. Così avvenne.

Da questa esperienza l'Illuminismo trasse l'idea della possibilità di curare la follia. La cura morale è stata definita da Mario Galzigna¹ nei termini di sintesi disgiuntiva, cura e contenzione. La psichiatria nasce da questa sintesi e, come scrive Foucault², dalla diagnosi assoluta. Mentre nelle altre aree mediche già si praticava la diagnosi differenziale, che consiste, a partire dai sintomi accusati dal malato, nel giungere a una diagnosi specifica, che può essere diversa da un'altra in cui alcuni dei sintomi possono essere i medesimi. Il primo colloquio psichiatrico aveva già il potere di decidere della salute mentale o della follia di un individuo. Il colloquio si svolgeva in due fasi: la prima consisteva di un normale interrogatorio; nella seconda lo psichiatra tentava di suscitare la crisi durante il colloquio stesso. La decisione presa in quel momento definiva la carriera del paziente per il resto della vita. Ne decretava il destino.

¹ Sulla nozione di sintesi disgiuntiva secondo Galzigna si veda la sua *Introduzione* alla nuova edizione di Michel Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 2011.

² Michel Foucault, *Il potere psichiatrico*, Corso al Collège de France (1973-1974), Feltrinelli, Milano 2006.

Giustizia e follia

Contro questa tendenza coercitiva francese, in altri luoghi di cura si cercava di usare metodi non restrittivi, che non ricorrevano cioè a letti di contenzione, camicie di forza e ad altri interventi repressivi. Nell'Ottocento, Hoffmann, Sioli e Alzheimer, l'uno dopo l'altro, lavorarono in un ospedale di Francoforte che aveva abolito ogni metodo punitivo e, sempre in Germania, alla fine dello stesso secolo il paziente Schreber, che era anche un giurista, chiese la reintegrazione dei propri diritti civili per avere la possibilità di pubblicare le sue *Memorie di un malato di nervi*³, che gli fu concessa dal Tribunale. Con questa sentenza si stabilì che il paziente Schreber, pur essendo paranoico (questa la diagnosi che lo psichiatra Weber sostenne per evitare che Schreber riottesse i diritti civili), potesse essere un cittadino a tutti gli effetti, distinguendo tra malattia mentale e cittadinanza. Daniel Schreber – folle, paziente psichiatrico, Presidente della Corte d'Appello di Dresda, caso clinico paradigmatico – entra nel Pentateuco dei casi clinici⁴ di Freud insieme con *Dora*, *il piccolo Hans*, *l'Uomo dei Lupi* e *l'Uomo dei Topi*. Fu anche colui che – nella sua lucidità giuridica – aiutò la Giustizia a distinguere tra follia e cittadinanza.

In Italia, prima del 1904, le norme riguardanti l'intervento psichiatrico erano diverse secondo i territori, ma la tendenza dominante era la reclusione manicomiale. In una ricerca svolta presso gli Archivi psichiatrici di San

3 Daniel Paul Schreber, *Memorie di un malato di nervi*, Adelphi, Milano 1974.

4 Sigmund Freud, *Casi clinici*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.

Servolo a Venezia, finanziata e promossa dall'Università di Bergamo e dalla Fondazione Gallioli di Milano, scoprimmo che, presso i manicomi di San Servolo e San Clemente, a Venezia, si potevano trovare bambini. Come in uno dei casi da me studiati.

Carlotta Grigoletto è una bambina di solo sei anni quando viene ricoverata a Treviso, e ne ha circa undici quando la trasferiscono a Venezia. Rimarrà a San Clemente fino all'età di ventinove anni, quando sarà dimessa. La descrizione psichiatrica è simile a quelle del bambino lupo francese del secolo precedente. Un caso evidente di *autismo*; ma la diagnosi dell'epoca è: "idiozia stazionaria (di rado impulsiva ma non pericolosa)". Ventitré anni di internamento, senza efficacia né risultato. Situazione giudicata *naturale* dal medico che firma le dimissioni. Di che *natura* si tratta se la paziente è istituzionalizzata da ventitré anni?

L'anamnesi all'esame obiettivo della fisionomia di Carlotta Grigoletto propone un'ipotesi fisiologica: "Molto probabilmente causa le *rachidive* sofferte la *tecca* cranica non poté sufficientemente svilupparsi, il suo cervello ne rimase compresso e da allora è idiota e nel 1862 si avvertirono gli impulsi irresistibili così frequenti a notarsi in questa forma morbosa".

Per quanto la scrittura sia oscura, il termine chiave sembra essere *rachidive*. Si potrebbe ipotizzare un riferimento a ciò che fu definito *malattia inglese*, in altre parole il rachitismo, vero e proprio flagello dei bambini delle classi povere. Oppure è ipotizzabile la derivazione da *rachide*, l'innesto dell'asse di sostegno tra la testa e il tronco. Quest'asse nell'essere umano è verticale, nell'animale quadrupede orizzontale. Nell'evoluzione dei mammiferi da quadrupedi a bipedi, esso si sposta, tendenzialmente da orizzontale a inclinato nelle scimmie e, nell'evoluzione successiva, a verticale nell'uomo. L'innesto verticale permette alla scatola cranica di allargarsi verso l'area occipitale, che crea spazio per la crescita progressiva interna delle aree corticali e la liberazione degli arti superiori dal vincolo di sostenere il corpo durante la deambulazione.

L'altro termine controverso è *tecca*. Potrebbe essere *teca* (recipiente), in questo caso indicherebbe la scatola cranica e il medico potrebbe riferirsi a un imperfetto innesto del tronco nella scatola cranica, che impedirebbe al cervello di svilupparsi *come a un essere umano*. Seguendo questa ipotesi, l'oscuro linguaggio medico sta a indicare che Carlotta avrebbe un innesto tronco/

scatola cranica imperfetto, un po' scimmiesco. Causa fisiopatologica della sua follia, ma anche ipotesi antropologica inquietante: la donna scimmia, selvaggia, che a dieci anni ha il primo accesso di *follia con furore*. Questo, all'epoca, era un *resoconto scientifico* accreditato.

Un esempio di trattamento della follia coevo al precedente emerge da una storia di possessione di massa di cui fu protagonista un gruppo di donne del villaggio di Verzegnis, in Carnia. Una ricerca storica condotta da Teresa Arcelloni e Gabriela Gaspari⁵ ha mostrato come di fronte a quella che apparve come un'epidemia di isterodemonopatia si scelse la via *scientifica* dell'isteria piuttosto che quella tradizionale della possessione demoniaca. Anziché essere trattate con i tradizionali metodi esorcistici, peraltro richiesti dalle stesse donne, le autorità locali decisero, nell'ottica scientifico-positivista di fine Ottocento, di far ricorso alla psichiatria. Risultato: una vera e propria deportazione di massa.

“Una forza indecifrabile scosse con violenza l'esistenza quotidiana: alcune donne iniziarono a parlare lingue sconosciute, altre si abbandonarono a soliloqui e bestemmie... Come in un'epidemia, i sintomi si diffusero alla maggior parte della popolazione femminile e furono interpretati dapprima come dovuti a cause naturali, poi a un caso di malocchio, infine a una possessione demoniaca. Nelle varie comunità carniche e nella stessa Verzegnis, da secoli, i casi di possessione non erano del resto infrequenti. La comunità delle donne si rivolse dunque alla curia richiedendo un esorcismo, ma il nascente Stato italiano sposò la diagnosi scientifica e fece intervenire l'esercito per isolare e allontanare le alienate” (Arcelloni, Gaspari, 2003, pp. 92-93).

In questo caso, una vera e propria squalifica della richiesta delle donne coinvolte – una risposta repressiva di massa – ebbe come esito la decomposizione del tessuto sociale del villaggio, la cui economia si basava sulla migrazione temporanea dei maschi verso gli alpeggi. Le donne tenevano le fila delle relazioni umane nel villaggio, la manutenzione domestica, la gestione della vita quotidiana, la crescita dei figli. Esempio di eliminazione di una cultura locale, di tipo rurale, attraverso una deportazione perpetrata in nome della *scienza*.

5 Teresa Arcelloni, Gabriela Gaspari, *Isteria, isterodemonopatia, possessioni*, in *Le radici culturali della diagnosi*, a cura di P. Barbetta, Meltemi, Roma 2003.

In generale la microstoria ha descritto gli effetti dell'intervento psichiatrico prima e dopo la legge nazionale n. 36 del 1904. Dopo la legge del 1904, che ha il solo scopo di proteggere dal folle la società benpensante, le cose in Italia peggiorano ulteriormente. Da quel momento, per dimettere un paziente psichiatrico era necessario un decreto del tribunale a seguito della richiesta medica. Gli operatori – medici e infermieri – erano agenti di custodia – ufficiali e militari – senza neppure il potere di dimissioni.

Tra le tantissime opere storiche che hanno descritto i manicomi ricordo il museo di San Servolo, costituito attraverso il contributo storico e scientifico di Mario Galzigna, con un lungo lavoro di ricerca che va da *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna* fino a *La Follia reclusa. Museo del manicomio di San Servolo*⁶. Segnalo anche una recentissima opera a cura di Riccardo Panattoni⁷ riguardante il manicomio di Reggio Emilia.

In alcuni, pochi, casi queste ricerche hanno carattere celebrativo e negazionista. Si tratta di ricerche che esaltano le abilità del singolo psichiatra a smascherare un assassino che la polizia non era riuscita a far confessare, o altre imprese eroiche locali. Ciò avviene dove gli archivi, ufficialmente aperti, sono *tenuti a bada*⁸. Si tratta comunque di una porzione minima delle pubblicazioni sui manicomi in Italia. In altre città gli archivi furono resi pienamente disponibili ai ricercatori.

La maggior parte delle ricerche racconta la realtà dei trattamenti, che possono variare. C'erano gli ospedali farmacologici - orientati all'insulinoterapia, all'innesto del virus della malaria, all'uso massiccio dei sedativi – quelli più francesi, con i compressori ovarici per le donne e le restrizioni già menzionate, quelli più chirurgici che sfociano in pratiche analoghe alla lobotomia di Freeman, ecc.

6 Mario Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Marsilio, Venezia 1992; Mario Galzigna, *La Follia reclusa. Museo del manicomio di San Servolo*, Arsenale, Venezia 2007.

7 Riccardo Panattoni, *Parole e immagini dal manicomio. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Bruno Mondadori, Milano 2011.

8 Sarebbe curiosa un'inchiesta anche sull'atteggiamento di certi direttori d'archivio che negano, con varie scuse, la possibilità di accesso a ricercatori che non possono essere tenuti sotto controllo - come accadde al gruppo di ricerca dell'Università di Bergamo, che vistosi negare l'accesso agli archivi pubblici bergamaschi dal direttore, chiese ospitalità e trovò grande accoglienza presso gli archivi di Venezia.

Legge 180, la giustizia in psichiatria

Il resto è sotto gli occhi di chiunque guardi le immagini fotografiche che solo un negazionista può trascurare. Prima della 180, e anche dopo dove la 180 è stata violata, la persona è una cavia sperimentale, l'accanimento terapeutico è mortifero, gli internati muoiono presto. La storia della psichiatria non si riduce alle scoperte e alle imprese degli psichiatri e all'esaltazione dei loro nomi. C'è anche una storia di come una supposta scienza positivista agì – e agisce – in quell'ambito che sta a cavallo tra l'ordine pubblico e una concezione autoritaria del potere.

La sempre maggiore influenza della psichiatria nell'ambito giuridico sembrava derivare dalla difficoltà dei tribunali a giudicare persone che commettono delitti senza una ragione, potremmo dire senza un movente.

Fu in quest'orizzonte storico – che prevedeva la pena di morte per omicidio – che nell'Ottocento l'omicidio anormale venne trasformato in una sorta di ergastolo per la follia omicida. Alcuni medici sostenevano che si trattava di casi imprevedibili, legati all'uscire *fuori di sé* della persona che commetteva il gesto criminale in quella circostanza. Sostenevano che a commetterlo poteva essere chiunque, che un accesso di follia violenta poteva occorrere a chiunque in qualunque circostanza, che era imprevedibile.

Lombroso invece sviluppa l'idea di una disposizione naturale al crimine, che può essere riscontrata all'esame obiettivo dei tratti fisiognomici e di altre caratteristiche tipiche. In un recente contributo Emilia Musumeci⁹ sostiene

9 Emilia Musumeci, *Cesare Lombroso e le neuroscienze: un parricidio mancato*, Milano, Angeli, 2012.

che, ben al di là del rifiuto degli argomenti di Lombroso intorno al delitto, le neuroscienze riduzioniste contemporanee considerano, come lui, il delitto un fenomeno naturale, eliminando, come nelle intenzioni di Lombroso, ogni concezione morale di responsabilità. Invero gli psichiatri francesi, in prima fila Esquirol, sostenevano una categoria diagnostica – la chiamarono *mania senza delirio* – che poteva portare le persone affette da questo male a commettere gesti criminali senza un movente chiaro.

Il dibattito intorno al caso Pierre Rivière fu paradigmatico. Rivière aveva ucciso in modo efferato la madre, la sorella e il fratello. Dall'interrogatorio del vicinato emergevano testimonianze che parlavano di un Rivière chiuso in se stesso, umbratile, e altre che descrivevano stranezze più marcate. Alcune forse erano utili al teste per giustificare l'orrore dell'episodio. I giudici allora chiesero a Rivière di scrivere una memoria intorno al suo delitto. Egli scrisse che il suo gesto era legato alle conseguenze di una separazione tragica tra i genitori, a un risentimento da lui provato verso la madre e la sorella che, a suo dire, opprimevano il padre, con una giustificazione suppletiva riguardo all'assassinio del fratellino.

“Presi dunque quest'orrenda risoluzione, mi determinai a ucciderli tutti e tre; le prime due perché si accordavano fra loro per far soffrire mio padre, quanto al piccolo avevo due ragioni, l'una perché amava mia madre e mia sorella e l'altra perché temevo che uccidendo solo le altre due mio padre, pur avendone un grande orrore, continuasse a rimpiangermi sapendo che ero morto per lui, sapevo che amava questo bambino che aveva dell'intelligenza, pensai tra me: avrà un tal orrore di me che si rallegrerà della mia morte, e quindi esente da rimpianti vivrà più felice.”¹⁰

Il testo, per quanto assurdo e immorale, non è, in senso strettamente clinico, un delirio. Certo non è un delirio schizofrenico. Da ciò la conclusione clinica di Esquirol: *mania senza delirio*.

In altri termini un Pierre Rivière, anche oggi, non lo si incontrerebbe in manicomio.

“A differenza di altri disordini mentali, come schizofrenia e demenza,

¹⁰ Michel Foucault, *Io Pierre Rivière avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello...*, Torino, Einaudi, 1973, p. 100 Einaudi.

la psicopatia non intacca le facoltà cognitive e soprattutto la loro capacità di comprendere razionalmente se le proprie azioni violano le norme giuridiche o sociali. Una delle caratteristiche principali degli psicopatici è proprio la loro apparente *normalità*: non solo non si tratta di soggetti che hanno una visione distorta della realtà o che risultano preda di allucinazioni o deliri, ma essi risultano addirittura affascinanti e seducenti nei confronti degli altri.”¹¹

Di questi casi oggi si parla nei termini di disturbi di personalità impulsivi, psicopatie, narcisismi maligni. Gran parte delle ricerche intorno a questi disturbi¹² mostra come non siano riscontrabili facilmente in ambito clinico. Non si tratta dei folli, in senso classico, bensì di un altro tipo di follia. Chi ne è affetto non è ricoverato in psichiatria, non frequenta i servizi psichiatrici territoriali, non va in psicoterapia. Potremmo associare a questi disturbi, se accompagnati da una certa intraprendenza in ambiti di successo sociale, uomini – il disordine è principalmente maschile – noti, di cui si parla in televisione.

In politica si va dai serial killer di Stato: Hitler, Stalin, Pol Pot, Gheddafi, a casi molto meno gravi, sebbene dannosi. Lontani dal divenire casi clinici, queste patologie si mimetizzano, al fine di ottenere consensi.

La psicopatia può avere un effetto assai potente su un pubblico, anche vasto, di persone che si sentono trattate ingiustamente, persino maltrattate. Suscita sentimenti di rivalsa, di risarcimento di possibili violazioni subite. In questi casi il sentimento di rivalsa trova soddisfazione nel discorso criminale che propone azioni violente contro il capro espiatorio. Se il capro espiatorio è indebolito, diventa facile agire contro di lui.

Spesso non si tratta di un individuo, bensì di un gruppo: gli ebrei, i meridionali, gli extracomunitari, i negri, ecc. Questa la dimensione politica del fenomeno. Ma c'è anche una dimensione meno politicizzata. In questi casi la violenza si diffonde socialmente attraverso atti e opinioni. Così i pogrom contro ebrei e zingari. Pogrom contro gli ebrei se ne sono verificati anche dopo la Shoah, in Polonia. Contro gli zingari se ne verificano quasi quotidianamente in Italia, basta seguire la televisione.

¹¹ Emilia Musumeci, op. cit.

¹² Joel Paris, *Contesto sociale e disturbi di personalità*, Milano, Raffaello Cortina, 1997.

Oppure, nell'ambito della società civile, si tratta di quei faccendieri, persone prive di scrupoli, che si sbarazzano, in un modo o nell'altro, dei loro avversari, come nella criminalità organizzata o in certa finanza, ecc. Insomma quelli che vincono gli appalti pagando tangenti ai loro amici potenti in politica e quelli che glieli fanno vincere. Questo tipo di fenomeni, davvero pericolosi e preoccupanti, legano le psicopatie o i narcisismi individuali o gruppali a patologie di rivendicazione (a volte veri e propri deliri di rivendicazione) in una sorta di rituale antropologico perverso. In questi casi, gridare al folle schizofrenico ha l'effetto di distogliere l'attenzione su quanto accade ogni giorno dentro quella psicopatologia sociale che non incontra i servizi psichiatrici o psicologici.

Che ci sia o no una diagnosi di disordine mentale, è inessenziale. Un crimine è un crimine. Il problema della pericolosità sociale va affrontato cercando di prevenire e controllare le azioni della criminalità organizzata, e di tutti quei gruppi di individui che Sade definì *la società del crimine*. Che non sono gli schizofrenici, a meno di sbagliare clamorosamente la diagnosi.

Esattamente l'opposto accade con la legge 180, come si può vedere nell'appendice, ove si incontra il testo della legge. Per ammettere il paziente al trattamento sanitario obbligatorio, per sette giorni rinnovabili a quattordici, è necessario il parere dell'autorità giudiziaria, come recita la Costituzione. In altri termini: il sindaco non deve limitarsi a firmare la proposta di TSO, deve verificare prima se le condizioni sono tali. Ecco perché in Inghilterra esistono unità di crisi che si recano sul posto prima, ecco perché viene affidato al paziente un avvocato che lo difenda.

Formazione del personale

L'attuale formazione psichiatrica è spesso insufficiente e carente, per non parlare della pseudo formazione che ricevono gli infermieri. In pochi ricordano come la pratica della psicoterapia o dell'analisi personale fosse diffusa tra gli psichiatri degli anni che hanno condotto alla 180 e dopo. Non tutto era perfetto, i manicomi erano orrendi, ma molti operatori erano insoddisfatti, cercavano nuovi tipi di formazione: per esempio lo sguardo fenomenologico, l'influenza di studiosi come Jaspers, Binswanger, Minkowski, Sartre, Merleau-Ponty, Foucault, Deleuze era essenziale. Chi li conosce oggi? Dove si insegnano Freud, Jung, Ferenczi, Melanie Klein, Winnicott, Bion, Lacan, Piaget, Bateson, Guattari, Kohut, Kernberg, Bollas, Basaglia? Che modo ha uno psichiatra in formazione di leggere le memorie e le opere di Perceval, Schreber, Marguerite Sechehaye, Louis Wolfson? Di conoscere l'arte di Carlo Zinelli o Tarcisio Merati?

Ci sono ancora persone che pensano al trattamento psichiatrico in maniera differente, anche in Italia. Farne l'elenco riempirebbe pagine e pagine, alcuni li troveremo nei commenti. Negli anni Settanta e Ottanta molti psichiatri frequentavano le scuole di psicoterapia, per diventare psicoterapeuti. Oggi invece solo qualche psichiatra, giovani di grande cultura e sensibilità, si rendono conto che la legge e il farmaco non bastano per fare un servizio terapeutico.

Alcuni psichiatri svizzeri, per affinità linguistica, frequentano le scuole di psicoterapia del Nord Italia perché in Svizzera ancora rimane la norma che uno psichiatra debba fare una formazione specifica in psicoterapia, una

psicoterapia personale e un certo numero di ore di supervisione personale.

Sono giovani che hanno scelto psichiatria per una buona ragione, sanno che in questo lavoro c'è bisogno di relazione, ascolto, credibilità personale. Non sognano di andare al servizio in Jaguar a quaranta anni, fanno buoni sogni che portano in terapia, vanno incontro a una passione, a un desiderio. E anche alcuni infermieri decidono di fare una formazione umanistica o una terapia personale. In questo lavoro, mettersi un po' dalla parte del paziente aiuta.

A questo proposito vale la pena di sentire la meravigliosa testimonianza di Mariuccia Giacomini, infermiera psichiatrica di Trieste, dal titolo *Muri, prima e dopo Basaglia*, nella bella interpretazione di Giulia Lazzarini.

<http://www.youtube.com/watch?v=wHv6UCjwwzE>

C'è un punto della pièce, in cui Mariuccia è disorientata. L'apertura del manicomio, l'abbattimento dei muri, dopo anni di pratiche autoritarie e coercitive, che non condivideva ma cui era assoggettata, la rende confusa. Si rivolge a Basaglia per avere indicazioni e questi le parla di responsabilità. In quel punto della pièce, Giulia Lazzarini recita all'incirca così: "E allora me son mesa in analisi!".

Il decreto Ciccioli

La tendenza oggi dominante è un'altra e il pensiero del ddl Ciccioli segue questa tendenza: cure solo mediche, coercizione, tagli al sociale, nessun intervento psicoterapeutico. La psichiatria è una *scienza naturale*. Persino la psicologia deve diventare una *scienza naturale* da inserire nella facoltà di medicina.

La concezione diffusa intorno alla *natura* dei farmaci viene spesso smentita o ridimensionata dagli istituti di meta-analisi, come *Cochran Meta Analysis*. Senza negare l'importanza di un trattamento farmacologico condiviso col paziente, la clinica non può ridursi a questo. Ognun sa che costringere una persona a prendere i farmaci non è solo anti-etico, ma ottiene spesso l'effetto opposto.

La visione Ciccioli, a volerla nobilitare, risponde a un'epistemologia che considera il cervello come un ente isomorfo alla società. Poter controllare il cervello significa tenere sotto controllo la società, siamo nell'era del mito del *soggetto cerebrale*, la responsabilità personale, l'etica, vanno, secondo questa visione, scomparendo dall'orizzonte umano, così come l'umanità e le scienze umane. Al loro posto, al posto della *personhood*, è destino scientifico che andrà sostituendosi il *brainhood*.

Difendere la società dalla biologizzazione avanzante significa riprendere a parlare di buone pratiche, che non a caso in inglese sono definite anche col termine di *pratiche antioppressive*.

La lungodegenza manicomiale coatta è una pratica oppressiva che ha sempre aggravato le patologie. Lo ha mostrato recentemente l'indagine di Ignazio Marino: i rei ricoverati negli OPG non hanno possibilità di migliorare, spesso si trasformano in ergastolani avendo commesso reati da tre, quattro anni di

carcere. Chi avrà il coraggio di svolgere un'indagine seria sull'applicazione della 180 sul territorio? Quando si cercherà di capire dove sta la responsabilità nella differenza numerica tra i TSO su un territorio in un periodo di tempo definito rispetto a un altro territorio nel medesimo periodo? Non è difficile! Si tratta di materiale registrato.

Come mai i servizi di diagnosi e cura psichiatrici sono, in molte regioni, affollati, mentre in altre sono quasi vuoti? Perché non si prende atto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la legge 180 come eccellenza psichiatrica? Com'è che non si considera che gran parte delle ricerche non finanziate da enti di parte mostrano che il primo fattore di miglioramento delle psicosi è costituito dai *social network* (le reti sociali che in Italia stanno scomparendo per via dei tagli economici degli ultimi vent'anni)? La possibilità di uscire da una psicosi è oggi quasi unanimemente riconosciuta, ove ciò avviene, alla cura farmacologica si affiancano interventi territoriali, interventi di terapia familiare, di gruppo o individuale – come avviene in alcune unità psichiatriche, anche in Lombardia – si attivano programmi lavorativi seri, remunerati, di sartoria, per esempio, come a Trieste, o di intervento artistico accompagnati da professionisti, non improvvisati.

Alla luce di queste piccole riflessioni, la controriforma approvata in Commissione alla Camera appare ancor più grave. Non è frutto di una ricerca o anche di un'inchiesta capillare, ma frutto ideologico di spinte autoritarie, di dati manipolati per dimostrare l'indimostrabile. Promuove l'idea che riaprire i manicomi, seppure nella forma di piccole cliniche private, sia un gesto di cura e non una violazione dell'*habeas corpus*. Di nuovo la protezione dei benpensanti dai folli, come se questi anni di civilizzazione del paese potessero venire cancellati. Ci diano i dati del numero dei pazienti che sono stati ricoverati contro le loro volontà, facciano confronti tra Mantova, Trieste e altre città, ci dicano se non c'è differenza statistica significativa. Ci dicano dove i pazienti psichiatrici vengono legati al letto, ci parlino della differenza tra servizi psichiatrici ospedalieri sovra affollati e altri quasi vuoti. Non è difficile da controllare.

Queste considerazioni non sono ideologiche, così come non fu ideologica l'approvazione della 180, che ebbe come relatore Bruno Orsini della

Democrazia Cristiana.

<http://www.youtube.com/watch?v=9WjgXRFbFPM>

Si tratta di proteggere la nostra democrazia, di difendere la società. Come ho scritto nel libro *Lo schizofrenico della famiglia*¹³, tutto ciò non ha niente a che vedere con l'antipsichiatria, qui nessuno afferma che il disordine mentale non esista, nessuno è contro l'uso curativo dei farmaci, nessuno è contro il ricovero volontario in qualsiasi tipo di clinica, finché non si commettono abusi.

Io stesso, come psicoterapeuta, ho contatti con cliniche e comunità terapeutiche che ritengo valide, quando le persone in terapia *lo richiedono*. Non è questione d'esser di destra o di sinistra, è questione d'esser liberali, nel senso più ampio che questo termine ha acquisito: garantisti sempre, non solo quando si tratta di proteggere un ministro, contro ogni forma di oppressione. Per questo la libertà delle persone è importante, sia nella loro responsabilità, che nella dignità che l'Altro deve riconoscere, in particolare quando l'Altro è lo Stato, che protegge i cittadini e le minoranze, non toglie loro la libertà.

A sinistra la questione psichiatrica è stata a lungo mal definita, quando si sostenevano i regimi a socialismo reale era noto che là i manicomi venivano usati per togliere la libertà ai dissidenti. Questo accade anche oggi, basti pensare al trattamento *sanitario* degli omosessuali a Cuba. Trattamento sanitario, operazione sanitaria: termini usati persino per giustificare lo sterminio. Non era così che Eichmann definiva Auschwitz durante il processo a Gerusalemme? Ancora si pensa che il manicomio (grande o piccolo che possa essere) non sia *universo concentrazionario*, ma luogo di cura?

La *controriforma* Ciccioli – non importa che ci siano poche probabilità di approvarla entro fine legislatura – è la traccia di una cultura autoritaria che si manifesta spostando l'asse della giustizia verso l'ingiustizia, della cultura verso la tecnologia cieca. Pratiche che si nascondono dietro *processi di razionalizzazione tecnologica*. A parole tutti la condannano, in *pratica* si *pratica* con la giustificazione che *funziona*.

Che significa che una cosa *funziona*? La nozione di funzionamento rimanda a macchine banali, semplificate, che svolgono un servizio utile, prive di alternative che non siano già state programmate dal progettista, salvo che la macchina non funzioni o smetta di funzionare. Pensare alla società

¹³ Pietro Barbetta, *Lo schizofrenico della famiglia*, Roma, Meltemi, 2008.

in questo modo ci porta a pensare alla società descritta da George Orwell in 1984 come a una società perfetta. Come emerge dal romanzo di Orwell, una società perfetta è la società dove ogni forma di amore è stata sradicata. Amore come affetto personale, interpersonale, e sociale: la solidarietà.

Vediamo in televisione documentari su Freeman, che praticava la lobotomia a domicilio, con risultati *clamorosi*: figli ribelli, mogli insofferenti, persone rivoltose, eccentriche venivano definitivamente sedate. Poi si racconta la vicenda della lobotomia a Rosemary Kennedy e si dice che per ragioni etiche fu vietata. In qualcuna delle nostre case di adoratori della tecnologia, ci potrebbe essere un bambino che non capisce: babbo, perché l'hanno abolita *se funzionava?* babbo, che significa *ragioni etiche?*

Chi lo sa? Ciò che sappiamo è che ci sono già cliniche private *altolocate* per famiglie *altolocate* che nascondono i figli tossici *altolocati* imbottendoli di vecchi neurolettici, o cliniche convenzionate, che fanno affari d'oro e ne farebbero ancor più con la *controriforma*. Non più delirio scientifico come un tempo, piuttosto meccanismo economico. Per questo la *controriforma* reintroduce l'idea che i *malnati* (si badi bene non i *malati*, i *mal-nati*) possano essere costretti, ricoverati per periodi lunghi, contro la loro volontà, trattati farmacologicamente senza il consenso informato, come avessero commesso un reato. Peggio, perché neppure un carcerato può essere costretto a intervento sanitario senza il consenso.

Si dirà: "È incostituzionale". Vero, per questo la legge Basaglia – introdotta per applicare la costituzione – fu studiata e adottata in molti paesi democratici; per ribadire che un disordine mentale non può giustificare la reclusione, che la reclusione si legittima solo in presenza di *reato*.

Il *reato*, pratica diffusa tra i *normodotati* molto più che tra i folli. E tra i normali, in Italia, molto più tra i legislatori (dati dei giornali). Se la decisione di *trattenere* un folle è giustificata a partire dal principio di pericolosità potenziale, perché allora non fare una legge che introduca una carcerazione preventiva per i parlamentari potenzialmente pericolosi? Come vorrebbe forse Grillo?

La risposta è semplice: perché non bisogna essere *forcaioli*, bisogna sempre avere fiducia che non ci saranno politici corrotti. Se diamo fiducia ai politici, coi dati che abbiamo sul tasso di corruzione, perché non dare fiducia ai folli e non aprire ancor di più la legge 180? Per esempio, perché non si danno

precise indicazioni sul trattamento sanitario obbligatorio, che dovrebbe scattare solo in condizioni del tutto eccezionali, dopo che l'unità psichiatrica si reca sul posto e osserva (spesso quando arriva l'ambulanza la situazione è sedata), e solo quando gli operatori non riescono a portare la pace sul posto? Riducendo questi trattamenti a meno del 10% degli attuali? Il nuovo romanzo di Magda Guia Cervesato, dal titolo lapidario: *TSO*¹⁴ ci invita a pensare al ricovero coatto dal punto di vista di chi lo attraversa, su cosa può accadere a una donna che riceve un TSO oggi.

<http://magdaguiacervesato.blogspot.it/2011/01/incipit-dal-romanzo-tso-magda-guia.html>

Si dirà, ci sono tanti pazienti psichiatrici che sono contenti dei trattamenti coatti, anche degli elettroshock. Vero. La psicologia sociale ha studiato a lungo e con competenza il fenomeno dall'obbedienza all'autorità e il fascino che subisce una persona sequestrata nei confronti del sequestratore: perché allora non liberalizzare il sequestro di persona?

In molte parti d'Italia la 180 non è stata mai applicata e si è sempre disastrosamente fatto, illegalmente, ciò che verrebbe legalizzato ora; non mi pare che dove già si svolgono queste operazioni ci siano centri di eccellenza psichiatrica. Questa legge è una sorta di *condono edilizio mentale*. È paradossale: dopo l'encomiabile proposta di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari avanzata da Ignazio Marino, viene proposto il contrario per gli ospedali psichiatrici non giudiziari. Viviamo in un paese pronto a una diagnosi di dissociazione.

<http://vimeo.com/32750084>

La nuova proposta legalizza l'illegale che già c'è. Costringe le persone al ricovero contro la loro volontà. È illegale, ma se la legge dà al medico il potere di costringere, allora diventa legale. Viene in mente il Creonte di *Antigone*. Il tiranno può legalizzare l'oscenità, non sarebbe questa la prima volta. Ma come non avere il coraggio di reagire come Antigone? Saremo capaci di agire come Antigone? E tu hai osato sovvertire queste leggi? Il mio Dio non le impose. Né la Giustizia ha stabilito queste leggi per le persone.

<http://www.news-forumsalutementale.it/il-documentario-lorizzonte-del-mare-un-viaggio-nelle-buone-e-cattive-prassi-in-psichiatria/>

14 Magda Guia Cervesato, *TSO. Un'esperienza in reparto psichiatria, Dogliani (Cn)*, Sensibili alle foglie, 2012

Dibattito

Poiché il dibattito che ha fatto seguito alla pubblicazione della prima versione di questo testo su www.doppiozero.com è stato ampio e ha coinvolto pensatori, operatori e soprattutto familiari, ne presento qui di seguito stralci.

Non è stato possibile introdurre tutti i commenti, anche per la quantità, così mi sono permesso di riportare i più significativi e di dividerli in tre tipi, le condivisioni dirette all'articolo, le posizioni ironiche, che aggiungono altre considerazioni e arricchiscono la conversazione on-line e la discussione, calda e appassionata, con posizioni diverse, dove principalmente è rappresentata la voce di persone psichiatrizzate, familiari e operatori coinvolti, che magari hanno dato un reale contributo per l'applicazione della 180 nel loro territorio e svolgono le loro attività con passione. Ci sono anche alcuni contributi che vengono dall'estero (Regno Unito, Olanda e Stati Uniti); il testo di Marcelo Pakman, che mi pare particolarmente significativo e viene da un noto psichiatra e psicoterapeuta che ha lavorato vent'anni negli Stati Uniti, l'ho tradotto in italiano: come ogni traduzione, anche questa è un'interpretazione, spero di avere reso bene il pensiero di un amico e collega che conosco da vent'anni. Spero pure che nessuno ne abbia a male se mi sono permesso di introdurre qualche piccolo intervento redazionale. Di alcuni interventi più volte ripetuti ho inserito solo le considerazioni più chiare, esplicite e, nello stesso tempo, meno forti. Sapendo che la polemica via internet spesso è calda e ci fa scrivere cose che vanno al di là del limite, dunque riconoscendo il diritto alla passione di ognuno, ho pensato di rendere più chiara l'espressione. Spero di esserci riuscito. Mi perdonino le persone che non ho incluso, se possono.

I - Condivisioni

MARCO DOTTI

Credo che qui siano in gioco quelle che, retoricamente, vengono spesso chiamate “conquiste di civiltà”. Ora, al di là dei casi personali, credo che per come siamo messi, e stante il prossimo attacco alla sanità e alla scuola, dopo aver devastato le poche certezze che simbolicamente orientavano il cd. “mondo del lavoro” (quanti giri di parole: diciamo semplicemente, il lavoro), qui sia in gioco non tanto una “conquista”, quanto un principio di “civiltà”: riconoscere il “malato” non in quanto “malato”, ma in quanto persona. Il prossimo passo sarà l’effettiva post-democrazia? Qualcosa di molto simile a quanto amaramente prefigurato da P. K. Dick nel suo *Solar Lottery*...

SABRINA ROCCHI

Guai, un mondo senza matti in giro tra altri diversamente matti. Il matto ci deve interpellare, tutti. Grazie Pietro

PIETRO BIANCHI

Qualche giorno fa sono andato a vedere il museo su Cesare Lombroso all’Università di Torino, dove viene raccontato in maniera mirabile l’esperienza controversa (ma senz’altro affascinante) di quello psichiatra/criminologo ebreo torinese e della sua discussa pratica medica. Ma di riflesso si tocca con mano in quel museo anche che cosa fosse la psichiatria all’altezza della seconda metà dell’Ottocento. Stiamo attenti alle date: Lombroso studiava l’atavismo e la posizione del cervelletto dei criminali pochi anni prima di quando Freud scrisse gli studi sull’isteria. È noto infatti: le isteriche venivano “trattate” (virgolette d’obbligo) in quegli anni tramite lo schiacciamento delle ovaie quando Freud iniziò ad ipotizzare che invece l’isteria andasse innanzitutto ascoltata. La scienza va avanti così, a sbalzi, a scoperte repentine che rivoluzionano completamente e in pochi anni quelle convinzioni epistemologiche che fino a poco tempo prima sembravano inattaccabili. Aver considerato la

nevrosi (e poi la psicosi) come un “discorso” e non come una malattia è senz’altro stato uno dei grandi meriti scientifici della psicoanalisi (non l’unico). Tuttavia le scienze a volte fanno delle scoperte che sono così rivoluzionarie che è più comodo semplicemente far finta che non siano mai esistite. È una tipica forma di resistenza al sapere: è così per la maggior parte delle rivoluzionarie scoperte della fisica del Novecento (come poter accettare l’idea che il tempo di fatto non esista?), ma è così anche per la psicoanalisi e la scoperta dell’inconscio. Non volerne sapere è semplicemente più comodo. Negli anni ci sono stati un numero infinito di attacchi alla scoperta dell’inconscio, ovvero al fatto che la follia è un’esperienza comune, universale. Soprattutto si è tentato di relegare la psicoanalisi ad un’esperienza d’élite, per qualche ricco e aristocratico esteta dello spirito, e la follia nei manicomi (le divisioni non erano solo diagnostiche, ma anche di classe, come sempre accade nella medicina). La pratica clinica di Basaglia è stata in assoluto (per una volta, l’Italia prima e meglio degli altri) una delle esperienze più radicali di rifiuto di voler relegare la traumaticità dell’esperienza dell’inconscio e della follia in un luogo nascosto e al sicuro. Essere fedeli alla scienza vuol dire innanzitutto guardare in faccia il sapere, anche quando è sapere della follia, anche quando la sua traumaticità è dirompente. La medicalizzazione, spacciata per scienza (e per una volta, cominciamo a ripulire il linguaggio!), obbedisce invece soltanto alla razionalità capitalistica dell’accumulazione e del valore: è semplicemente un ottimo business per continuare questo inganno feticistico collettivo (“la follia non esiste”). L’attacco alla 180 infatti è partito con i tagli al welfare (per lo più portati avanti dai liberisti “di sinistra”), in modo amministrativo, lasciando sole le famiglie di chi ha avuto a che fare con l’esperienza della follia con redditi sempre più svalorizzati e servizi in calo costante. E ora si vuole semplicemente dare copertura ideologica ad un attacco che è sempre stato politico (e di conseguenza teorico). Per opporsi però non è sufficiente limitarsi ai comitati di opinione, ai cartelli di esperti: c’è bisogno di un sostegno politico. Sindacati (i lavoratori della sanità ad esempio), partiti (PRC, Sel, IdV, e pure la sinistra PD), bisogna creare un fronte comune per

organizzare una lotta efficace contro l'attacco alla 180. Il problema è che non bisognava partire adesso, ma era necessario avere un soggetto politico che avesse portato avanti la riflessione su medicalizzazione della follia, boom della farmacologia etc. da tempo, integrandola con gli attacchi al welfare e la deflazione dei salari oltre che con l'egemonia accademica della valutazione, le terapie cognitivo-comportamentali etc. Insomma, scontiamo il fatto che la difesa della 180 doveva essere portata avanti con un conflitto politico quotidiano e non soltanto ora che siamo in difesa attaccati da tutte le parti...

MICHELE DAL LAGO

Sono d'accordo con Pietro Bianchi, la questione centrale è politica e deve essere compresa all'interno dell'attacco al welfare iniziato molto tempo fa. Aggiungerei solo una cosa riguardo la debolezza di cui parla Pietro Bianchi alla fine del suo commento: l'ambito dei servizi socio-assistenziali è oggi strutturalmente incapace di organizzarsi politicamente anche a causa del gigantesco processo di esternalizzazione (la nascita del cosiddetto terzo settore) che ha subito dagli anni '90 in avanti. Ci troviamo oggi di fronte ad una forza lavoro dispersa in una miriade di imprese sociali, con un tasso ridicolo di sindacalizzazione e salari da fame (d'altra parte a questo serve l'outsourcing, non ad incrementare e ottimizzare l'offerta di servizi alla persona secondo il principio della sussidiarietà orizzontale). Anche qui, i liberisti di sinistra hanno gravi responsabilità

GIUSEPPE GENNA

Concordo totalmente con la prospettiva dell'intervento. Bisogna tuttavia intensificare una militanza, anche informativa, che se ne fregghi dell'indifferenza a cui il tessuto sociale attualmente sta sottoponendo ogni atto politico si compia su di esso. Per esempio: è veritiera o no la notizia che in un reparto di Psichiatria di Milano è in atto un ripristino dei protocolli di terapia elettroconvulsivante? In quali modi si cura in quel reparto, che è il primo centro da cui si irradia il concentro e l'azione nel concentro: il concentrazionario? Di quanti psichiatri in media dispone il pubblico, mettendoli a disposizione nei CPS? E quanti sono i pazienti in

media che devono curare? In quale fascia di prezzo finisce in Lombardia un neurolettico per psicotici o non? Quanto deve spendere un disabile mentale che gode di un sussidio minimo, per acquistare il farmaco che lo conduce distante dal collasso psichico?

GIOVANNA ALBORGHETTI

Caro Pietro, hai scritto una bellissima riflessione, chiara e profonda, su un argomento complesso, è vero, ma anche semplice: i folli vanno rinchiusi o curati? Ed è possibile curarli, se sono rinchiusi? E il resto del mondo, i non-folli, può continuare a guardare i folli, ad averli davanti, accanto, insieme? Se è vero che lo sguardo che dai all'altro torna indietro e ti dice qualcosa di te, annullare la follia alla vista del mondo, alienarla in luoghi gestiti da esperti, limitare e definire i movimenti e lo spazio dei movimenti di chi porta la follia appesa al collo come una croce, togliere loro la parola (che costruisce il pensiero), serve ai sani di mente per dimenticare la follia e... se stessi?

LUCA CASADIO

Grazie a Pietro Barbetta per aver sollevato questo argomento così complesso e così doloroso. Credo che ci sia assoluta necessità di approfondire ancora, di scrivere ancora diversi "pezzi" come questo. Grazie.

MASSIMO GIULIANI

L'articolo di Pietro Barbetta pone una questione dalla cui risposta dovrebbe poi (solo poi) discendere qualunque considerazione sull'argomento: è lecito imporre la reclusione a chi non abbia commesso un reato? Se a qualcuno pare una questione ideologica, pazienza. Dai tempi della 180 abbiamo sviluppato e affinato metodi di cura per le persone e per i loro sistemi. Se non sempre i servizi li conoscono, se non sempre sono in grado di aiutare pazienti e famiglie, non è colpa della legge 180. Quel che lo Stato dovrebbe fare, allora, è formare professionisti e servizi all'uso di questi strumenti. Investire sulla cura di vite e relazioni anziché sulla scorciatoia di soluzioni concentrazionarie. Barbetta parla dell'impatto

culturale della proposta Ciccioli, che vada in porto o no: perché comunque vada a finire avrà un effetto sull'aria che tira. Come in altri campi della vita pubblica, l'aria che tira è quella che mette le une contro le altre categorie di persone deboli (in questo caso i pazienti diagnosticati e i parenti tartassati). È una soluzione efficace: una di queste categorie in conflitto diventerà sempre più impopolare e detestata e sarà più facile sbarazzarsene; licenziarla, ridurla al silenzio, rinchiuderla, sopprimerla con l'accordo e la riconoscente approvazione dell'altra. Come si vede da questa pagina, l'idea inaudita e antiterapeutica che si possa curare qualcuno chiudendolo e buttando la chiave non è quasi più nemmeno messa in discussione. Difendere i sani dai matti, mettere gli uni contro gli altri è spacciato per la "cura". Però una cura che metta le persone le une contro le altre (che separi i sani dai matti) non è una cura: è un'altra cosa. Si può parlare di tutto, ma per lo meno si chiamino le cose col loro nome e si chiarisca di cosa stiamo parlando.

MANUELA COLOMBO

La lettura dell'articolo mi ha rapita, penso che sia perché tratta di un argomento che interessa e deve interessare tutti, comunque ci coinvolga. Credo che la provocazione di Pietro Barbetta rispetto al fatto se i malati mentali debbano essere curati o rinchiusi, o rinchiusi per essere curati, rimanga appunto una provocazione, fatta per aprire un dibattito che come vedo è molto acceso. Credo che il pensiero di logica comune ci porti a pensare che la malattia mentale, essendo appunto malattia, debba meritare una cura che possa prevedere un ben-essere per l'individuo e indubbiamente anche per i familiari, visto che una rete sociale sana e positiva è fondamentale per tutti. La reclusione in strutture sanitarie è stata spesso effettuata in nome della scienza, della ricerca e con la presunzione che per poter guarire servisse l'isolamento dal mondo reale e la totale dipendenza medica. L'isolamento porta con sé il senso di colpa, come se la malattia mentale fosse una scelta, e non incentiva sicuramente la motivazione ad affrontare il percorso di cura. credo che ormai tutto questo sia assodato. Allora perché voler tornare indietro? Principalmente

per questioni economiche. Un malato mentale costa meno internarlo, paradossalmente, piuttosto che avviare percorsi diversificati di recupero e di inserimento sociale, insieme a percorsi di sostegno alla rete familiare. Creare strutture dove inserire i malati mentali crea anche una funzione di controllo sociale: ci sentiamo meglio a sapere che i matti non sono tra noi, che non fanno parte del nostro mondo. Ho partecipato negli anni a progetti all'epoca quasi innovativi per malati mentali, come l'inserimento in appartamenti protetti, che prevedono l'acquisizione di un'autonomia sociale parziale, o percorsi di sostegno nell'ambiente familiare. Certo, internare solleva immediatamente la famiglia, e sono d'accordo con chi sottolinea la questione della necessità di interventi funzionali che prevedano da un lato la gestione di situazioni di urgenza, dall'altro però occorre comprendere che il ben-essere della persona è una conquista, a volte lenta, e che l'isolamento come soluzione terapeutica non giova a nessuno. Vorrei inoltre ricordare che le malattie mentali sono varie, che necessitano di ipotesi di lavoro diversificate, non possiamo generalizzare la questione, occorre differenziare le riflessioni e le ipotesi di intervento. Grazie quindi a Pietro Barbetta, che risolveva la questione complessificandola, visto che – comunque la pensiamo – i nostri politici tendono invece a voler semplificare il tutto alla questione 'struttura o non struttura', che in realtà nella loro riflessione mentale è piuttosto 'quanto costa meno allo Stato?'. Chissà perché quando lo vogliono i nostri politici la fanno facile. Quando gli fa comodo, s'intende.

PIETRO BARBETTA

Grazie, oltre 50 commenti! Mi sembra stia diventando chiara una cosa, la 180 così com'è sulla carta e per come viene applicata con rigore e intelligenza in alcune aree territoriali, non va cambiata, aiuta a fare rimanere i folli (mi sia concessa questa espressione poetica) in mezzo a noi, e serve anche agli altri per confrontarsi tutti i giorni con la differenza, a essere "disturbati" nei propri affari privati. Che il ddl Ciccioli nasconde dietro lo slogan "contro i manicomi" l'annuncio della loro riapertura in forma di cliniche private che ridanno poteri di reclusione prolungata

senza consenso che la 180 aveva abolito. Che le famiglie e le persone che hanno rimesso in gioco le dinamiche affettive hanno avuto la possibilità di vedere il proprio parente migliorare, che le numerose trasgressioni della legge Basaglia e l'accanimento terapeutico hanno prodotto aggravamenti delle patologie. Infine abbiamo visto che famigliari manipolati da gruppi ideologizzati hanno fatto fatica a capire che la loro condizione di difficoltà non è dovuta alla 180, ma a servizi psichiatrici che non l'hanno osservata con rigore, intelligenza e immaginazione creativa. Che migliorare la 180 è possibile, si tratta di reintrodurre la psicoterapia in psichiatria, ristabilire il buon uso, che un tempo era diffuso, che gli psichiatri e il personale della psichiatria si sottoponga a sua volta, di tanto in tanto, a tranches psicoterapeutiche o psicoanalitiche, che la formazione psichiatrica non venga ridotta (anche se si tratta di elementi importanti) allo studio di neurotrasmettitori, psicofarmaci e tecniche di neuroimaging da correlare coi disturbi reificati e standardizzati nei manuali (ICD 10 o DSM-IV) la formazione psichiatrica è una formazione nobile se riannoda i legami con la sua parte umanistica e con la psicologia.

GIULIANO SCABIA

due proposte:

1. che doppiozero pubblichi la 180, anche per non farle dire ciò che non dice;
2. promuovere incontri permanenti (una schola?) di formazione per operatori – dato che la formazione degli psichiatri, psicologi infermieri è fatta su libri che non tengono mai conto delle esperienze accumulate a partire da Gorizia: assemblee, centri di salute mentale, teatro, musica, scrittura, pittura, gite, cooperative di lavoro, famiglie, case d'accoglienza, sperimentazioni, farmaci, speranze, fallimenti, suicidi, guarigioni, libri, film, documentari, diari, chiacchiere, gioie, dolori, pratiche internazionali (in Turchia vogliono abolire i manicomi e hanno adottato Marco cavallo; in Egitto hanno adottato il film di marco turco su Basaglia); un embrione di tale schola sono gli incontri (ormai già 4) intitolati “guarire si può” (Trieste; Urbana).

2 - Ironie

STERZI A.

Onestamente, ho sempre sognato di andare in giro in mutande per il centro. Dovrò farmi diagnosticare un disturbo e poi sarò libero! La cosa più folle che ho fatto nella mia vita è lanciare da una finestra un televisore! Sono un principiante.

MAGDA GUIA CERVESATO

Al momento del mio TSO sapevo che *decenni fa il pazzo stava rinchiuso in manicomio*, certo non immaginavo che *oggi un manicomio è racchiuso dentro il pazzo*: questo almeno nell'SPDC teatro della mia esperienza e, a quanto appresi in seguito, in buona parte dei luoghi di 'cura' salute mentale del paese (80%?). E domani? Il pazzo già farmaco-manicomializzato tornerà ad essere anche murato? I parziali progressi umani conquistati ributtati nel pozzo lercio della struttura punitiva, coercitiva e contentiva? Cosa fa pensare che un ritorno a questo modello si svilupperà in maniera diversa che in passato? Perché ora siamo più moderni e le stanze della minaccia e della tortura saranno privatizzate e dipinte in colori pastello, connesse al wi-fi e dotate di docce massaggianti? Basta guardare dentro i manicomi criminali ancora operativi per capire quanto moderna sia l'idea che (dis)anima questa cultura, quanto illusori siano i margini di realizzazione di una prospettiva già ampiamente disillusa.

NATALE LOSI

Vi invito a leggere, e lo riprendo da un post di Marianella Sclavi, qualcosa che mi sembra suggerire un superamento di una contrapposizione sterile con un anonimo/a pretestuoso/a. Sono con te Pietro! Grazie.

La ribellione dell'ironia. Gianluca Carmosino

Le periferie delle metropoli, hanno spiegato in questi anni Mike Davis, Raúl Zibechi, Saskia Sassen, David Harvey e molti altri e altre, sono i territori nei quali l'oppressione, l'aggressione alla dignità delle persone, il logoramento delle relazioni sociali sono più evidenti, ma sono anche

luoghi «della speranza». È nelle periferie che si sperimentano la ricomposizione dei legami sociali, forme e reti di interscambio reciproco tra i poveri (Latouche parla oggi di «città inedita», dal punto di vista urbanistico e sociale), insurrezioni sottotraccia, tentativi collettivi di riprendersi in mano la propria vita e le città (nella foto a lato, favela «trasformata» di Rio de Janeiro). Dal nostro punto di vista, tutta questa complessità è vera in parte anche per le periferie delle grandi città italiane, a cominciare da diversi quartieri di Roma e dagli insediamenti di rom, cantieri sociali nei quali per dirla con Marc Augé le città si rammendano.

Un prezioso punto di vista aiuta a dipanare ulteriormente la matassa delle periferie, dei suoi movimenti e dei suoi linguaggi: lo offre l'indiano Arjun Appadurai, uno dei massimi esponenti degli studi postcoloniali, che nei suoi scritti si sforza di mostrare e considerare la capacità dei poveri di esprimere la propria protesta come capacità culturale, non come una generalizzata virtù democratica. Appadurai parla di capacità di «aspirare» degli impoveriti, quale fatto collettivo che si alimenta di culture condizionate, in cui l'idea di cultura non è legata a «radici» e «storia» ma è prima di tutto il terreno di lenta rielaborazione condivisa e di rappresentazione dei futuri possibili. Nei suoi studi, dedicati in particolare allo Slum/Shackdwellers international (Sdi, la rete internazionale degli abitanti delle baracche, presente soprattutto in India e Sudafrica ma con legami anche in America latina e con evidenti analogie con le periferie urbane occidentali) dimostra come la capacità di «aspirare» implichi questioni sociali, politiche, economiche, investa dottrine e norme, teorie e prassi. E includa il ricorso a strumenti metaforici, retorici, organizzativi pubblici. Le «aspirazioni», spiega Appadurai in un libro brillante dal titolo *Le aspirazioni nutrono la democrazia* (et al. edizioni), hanno a che fare con i bisogni, le scelte, con le azioni, ma non sono mai semplicemente individuali, «come invece farebbe pensare il linguaggio dei bisogni e delle scelte», prendono sempre forma in stretta connessione con la vita sociale nelle periferie. In particolare, le aspirazioni a una vita migliore «tendono rapidamente a dissolversi e occultarsi dietro idee più concrete e tangibili, convenzioni relative al valore del matrimonio, del tempo libero, della

convivenza, della rispettabilità, dell'amicizia, della salute e della virtù. Queste norme intermedie spesso si collocano al di sotto della superficie ed emergono solo in quanto specifici bisogni e scelte».

A proposito di povertà, Appadurai ricorda alcuni studi dai quali emergono tre atteggiamenti principali dei poveri rispetto alle norme dominanti delle società in cui vivono: ostilità, sottomissione, senso dell'ironia. Quest'ultimo è ciò che permette ai poveri di conservare una qualche dignità nelle peggiori condizioni di oppressione e di disuguaglianza. La capacità di esprimere una protesta è quindi capacità di avere aspirazioni, «l'una accelera l'emergere dell'altra». Le iniziative di protesta e di proposta sono spesso percorse «da uno spirito trasgressivo» che si esprime attraverso il linguaggio del corpo, lo stile dei discorsi e il modo nel quale ci si rivolge al pubblico. Gli uomini e le donne dei movimenti di protesta, ad esempio, si prendono continuamente in giro tra loro: in nessuno altro luogo, ricorda Appadurai, questo spirito ironico e ribelle «affiora in maniera tanto chiara quanto nei toilet festival», organizzati in India per trasformare il problema e l'umiliazione di fare i bisogni in pubblico, come avviene in ogni baraccopoli, «in uno spazio di innovazione tecnica, celebrazione collettiva e recita carnevalesca» in presenza di rappresentanti istituzionali. Appadurai conclude ricordando come i movimenti dei poveri oggi lavorano sulla cosiddetta «democrazia profonda», ciò che li rende in grado di raggiungere risultati più importanti di quanto possono fare il mercato, lo stato e il mondo dei finanziamenti allo sviluppo. In questa prospettiva sono numerose le analogie con le analisi di Majid Rahnema e Jean Robert, autori di *La potenza dei poveri* (Jaka Book), secondo i quali il modo con il quale l'Occidente racconta l'universo degli impoveriti condanna «all'invisibilità, un modo di vita vernacolare, basato sui principi della povertà conviviale... L'homo oeconomicus (...) incarna un'idea della ricchezza quantificabile che è l'antitesi del senso della pienezza delle società 'povere'. In queste ultime, le fonti della ricchezza non possono essere separate, estratte dalle relazioni umane vissute, dai doni e dai controdoni che formano la trama di un mondo di intersoggettività condivisa». Cosa rende davvero unica questo tipo di democrazia e questo

modo di costruire relazioni sociali? Scrive Appadurai: «La capacità di rispondere all'emergenza con una politica della pazienza».

STERZI A.

Io, invero, non ho ancora capito in vent'anni e passa di vita perché esista il denaro. Perché abbiamo creato un sistema così folle che si illude di rinchiudere i folli, di metterli fuori dal gioco, quando è il gioco stesso ad essere folle?!

GIACOMO CONSERVA

Ho appena messo in testa al mio blog ('Oltre la società psichiatrica avanzata') un vecchio motto anni Settanta: *selbstmord gleich mord*: suicidio=omicidio (che è senza dubbio un modo parziale di vedere le cose). Ma bisogna sapere cambiare con i tempi, e questi tempi sono *out of joint*, del tutto fuori fase e privi di senso umano; bisogna di questi tempi, credo, riprendere un po' di rabbia.

ENRICO DIGNANI

In memory of Franco Basaglia

Un matto / è come un cieco / non ha bisogno di offese /ma di baci / o di essere ucciso.

MICHELE CAPARARO

Caro Pietro,

una volta su una spiaggia piuttosto affollata ho visto una bambina che correva sulla battigia e gridando e cantando schizzava acqua da tutte le parti. Tra gli sguardi indispettiti degli astanti si avvicina una donna, che presumo fosse la madre, strattona la bimba per un braccio e la porta vicino al proprio ombrellone, raccoglie un legnetto, disegna un cerchio sulla sabbia di circa due metri di diametro e mettendola al centro le dice: "adesso tu fai silenzio e non ti muovi da qui".

Siamo una comunità costruttrice di cerchi e sebbene il pensiero che siamo abituati a pensare è dentro la dicotomia madre crudele-bimba

indisciplinata (il fatto di non essere intervenuto, ancora adesso, mi fa sentire più crudele di quella madre), ciò a cui ho assistito era frutto dell'interazione tra persone indifferenti, bagnanti infastiditi, sdraio e ombrelloni a pagamento militarmente schierati e il conseguente comportamento razionale di una madre logicamente obbediente al contesto. A questo punto mi chiedo e vi chiedo: Che ne facciamo della "Banca costruita intorno a te"? Che ne facciamo della piccola Antigone?

MAURIZIO SALVETTI

Il mito di Cura.

Attraversando un fiume e avendo trovato della buona argilla, Cura si arrestò pensosa e iniziò, con quella creta, a modellare le sembianze di un uomo. Mentre si stava arrovellando su cosa fosse il risultato del suo lavoro, vide avvicinarsi Giove: Cura gli chiese di insufflare, in quella statuetta, un'anima, cosa che Giove fece volentieri. Nacque tra i due Dèi una disputa per stabilire chi avesse il diritto di dare un nome alla loro opera e alla discussione si aggiunse presto Terra che vantava i propri diritti, perché era dal suo corpo che era stata presa l'argilla. Decisero di ricorrere a Saturno per un giudizio e lui così sentenziò: «Tu, Giove, poiché sei tu che gli hai insufflato lo spirito, [questo spirito vedrai tornare da te dopo la morte; e a te, Terra, allora tornerà il suo corpo]; ma poiché è Cura che, per prima, ne ha forgiato le sembianze, egli apparterrà a lei per tutto il tempo in cui vivrà. E il suo nome, sul quale non trovate un accordo, sarà uomo, perché è di humus che egli è fatto».

3 - Discussioni

LUMIR

Credo che chi parla di 180 come legge all'avanguardia sia un superficiale che se ne fotte di tutte le vittime cadute dietro le ideologie e che la realtà è altra, e viene taciuta per protezionismo politico di un sogno che ha

visto la legge Basaglia cadere sotto la verità fatta di gioco al nascondino, nascondiamo perché parecchi malati entrano in opg, nascondiamo perché tanti malati ci finiscono dopo crimini efferati dovuti a deliri non curati, nascondiamo i malati che non hanno nessuno e stanno in strada, nascondiamo le famiglie che collassano insieme al malato... quale umanità avete a scrivere certe boiate?

MAGDA GUIA CERVESATO

Sign. Anonimo, a parte il fatto che se non fosse stato anonimo magari l'avrebbe avuta, una risposta, per Lei e Sua madre, qui si dice che non è logico accettare un sistema legislativo che da una parte reputa atto di civiltà chiudere gli OPG e dall'altra ripristinare sistemi manicomiali coercitivi prolungati, tornando indietro di decenni, azzerando il lavoro culturale e le buone pratiche avviate da Basaglia e portate avanti da tante persone. Certamente la 180, come spesso accade, è stata una legge rivoluzionaria e una enorme conquista rispetto al medioevo dei manicomi, ma applicata male in tantissimi luoghi e in troppi modi, e l'aspetto assistenziale al paziente e familiari nell'acuzie e nella cronicizzazione della sofferenza è carente. Ma si può lasciare che una cosa ammirata e riconosciuta dal mondo intero, OMS in testa, come positiva, venga soppressa o non vale piuttosto la pena sostenere una sua più capillare applicazione e, se possibile, miglioramento? Sign. Anonimo, sempre che Lei sia reale e non un controriformista trolleggiante, la sua richiesta d'aiuto inevasa negli anni è esattamente il motivo per cui si deve guardare avanti nel perseguire soluzioni migliori (che comunque già esistono, a Trieste, Mantova nel pubblico per es, e costano pure meno degli SPDC a porte chiuse e delle cliniche private... per cui non si tratta di pure utopie intellettualose...) invece che guardarsi indietro nel riaprire luoghi e principi superati. Ma detto tra noi non mi pare che Lei dimostri nel Suo post vasta conoscenza/esperienza sull'argomento, se si stupisce che Roma sia peggio dei paesini solo in quanto capitale: dovrebbe aver avuto tempo di scoprire, dal 70 citato ad oggi, che la situazione sul territorio è a macchia di leopardo: da lì, ehm, il mio pensar male..., di cui mi scuso in

partenza nel caso io sia nel torto... In ogni caso una firma vera aiuterebbe a fugare malsani dubbi e aiutarci a comunicare.

ENRICO

Trovo ributtante che il dolore reale delle famiglie venga strumentalizzato da associazioni e lobby senza scrupoli con finalità che sono unicamente di ordine economico e poliziesco.

MAMMAMSTERDAM

La civiltà di un paese si misura da come si occupa dei suoi deboli. La legge Basaglia, ma anche tutto il movimento dell'antipsichiatria è riuscito, oltre a promuovere uno spostamento culturale, a ridare dignità alle persone. Il problema è che le cose come sempre le fanno a metà, abbandonando a se stessi o alle famiglie persone che invece avrebbero bisogno di essere seguite e curate. E la domanda allora è anche cosa sia stato fatto in termini di strutture, di cura e di accoglienza e la risposta è: molto poco. In Olanda, dove vivo, ci sono delle strutture che permettono ai pazienti di vivere in semi-autonomia, magari in miniappartamenti con spazi centrali e operatori che gestiscono la situazione e le eventuali terapie occupazionali, ma resta il fatto che ognuno ha casa sua, ha qualcuno che passa a guardare come stai, se hai mangiato, se bisogna chiamare il medico, se hai preso le medicine eccetera. Una specie di case popolari attrezzate, ecco.

Non possiamo fingere che la malattia e la sofferenza non esistono, non possiamo accollare a famiglie impreparate e coinvolte emotivamente la cura di un malato che andrebbe seguito da professionisti.

Non ce lo possiamo permettere? Eh, allora ripristiniamo la rupe Tarpea che facciamo prima. Se uno stato non ha come priorità il rispetto delle persone ai sensi della Costituzione che si è dato, allora ditelo così smettiamo di farci illusioni.

ANTONELLA MAZZOLENI

Salve a tutti, sono una psicologa e ho avuto la possibilità, per brevi

periodi, di lavorare in un ospedale psichiatrico in uk e un centro di recupero per pazienti con dipendenza da sostanze in Italia... devo dire che la situazione non cambiava di molto.. la mia breve esperienza mi ha fatto capire che molte volte il “disservizio” e la “mala-interpretazione” del concetto di cura sono legate a una molteplicità di fattori, ma in primis a una questione economica. Avere un ospedale pieno di persone dà lavoro e un certo introito di denaro che si cerca di perpetrare al di là della fonte del guadagno. Inoltre, molto spesso, il personale non è per nulla formato rispetto a molte sfaccettature del luogo in cui si trova a operare... si spende molto meno di ciò che si guadagna. E poi, spesso sopravvive il concetto per cui un malato mentale lo sarà per sempre e è solo tempo perso investire nel suo recupero, “lo si annaffia come una piantina” e lo si guarda declinare. Gli psicofarmaci sono degli ottimi strumenti per tenere sotto controllo l’ansia, la paura e le difficoltà di relazione del curante che preferisce zittire piuttosto che mettersi in gioco. È difficile lavorare in un contesto con queste premesse, è doloroso pensare che invece di migliorare si voglia regredire cercando di legalizzare una situazione che altrimenti potrebbe generare “sensi di colpa” per chi consapevolmente agisce ignorando l’etica e l’amor del prossimo . Magari le mie considerazioni sono solo frutto di esperienze “sbagliate”, ma credo si sia tutti d’accordo che i manicomi siano contro i principi fondamentali di libertà e uguaglianza che dovrebbero caratterizzare un paese cosiddetto democratico.

Un’ultima considerazione, forse superficiale, in riferimento alle notizie di cronaca quotidiana:

ma come facciamo a distinguere chiaramente chi è matto da chi è sano? Sembra che da un giorno all’altro il primario di turno, piuttosto che il marito irreprensibile, il vicino tranquillo o il poliziotto irreprensibile, si svegli e con un’arma di fortuna accoltelli, uccida a manganellate o a sforbiciate la compagna... sicuramente c’era qualcosa che non andava in queste persone, ma lo sappiamo solo dopo. Questo solo per dire che nel pensare ai matti dentro, dovremmo avere un occhio di riguardo anche “ai matti che stanno fuori”. Magari la 180 non era perfetta, ma l’idea promossa merita tutto il nostro impegno per renderla migliore. Grazie.

MARCELO PAKMAN

Although defending abstract principles brings clearly mayor problems, among them the everyday life of chronically psychotic people and those involved in their care or simply living with them, calling for an antitheoretical stance, for a refusal of ideas is also dangerous. In spite of voices claiming simplistic solutions madness covers an enormous variety of situations that we risk homogenizing with abstract concepts and principles. In the most difficult cases it remains a catastrophic situation. The long experience of confinement shows quite clearly that these situations are overall further complicated by these interventions, adding a long series of violations to the lifes of people. I would include here the escision in well intentioned family members feeling that they have surrendered to awful solutions of which they frequently end up feeling coparticipants, if not plain guilty, or leaving cronically frustrated, especially when they have to give approval to the confinement. For new approaches ideas and thinking are necessary so it is essential not to take an anti-intellectual stance, even knowing that occasionally people can get lost into abstract words or principles. The complexity of the issue overwhelms everybody. Technocracy would not solve it. Appropriation of everything by marketing strategies we have to count on. The very idea of clear and distinct solutions will not account for dilemmas that call for continuous work and involvement to deal with madness as it is experienced. The solutions are not in going backwards, the usual idealization of original times of illusory and lost “perfecta” but in the concerted effort to go beyond some basic principles that Basaglia and other world initiatives give a basis to know that “no less than that” is the minimum acceptable for people, friends, families, professionals working with them and society at large living within a moral horizon in which how those falled today among the abnormal speak about themselves and their our children.

Traduzione: Benché difendere principi astratti coinvolga grossi problemi, che sembrano dissonanti rispetto ai problemi di vivere la vita quotidiana con persone con psicosi croniche – per coloro che sono coinvolti nella loro cura o che vivono con loro – rifiutare la teoria e le idee è altrettanto pericoloso. Al contrario delle opinioni che vogliono soluzioni semplici, la follia si estende su

un'enorme varietà di situazioni che rischiamo di omogeneizzare attraverso concetti e principi astratti. Nella maggioranza dei casi si tratta di situazioni catastrofiche. Le lunghe esperienze di manicomializzazione hanno mostrato in modo lampante che queste situazioni sono di gran lunga aggravate e rese più complicate da questi interventi, aggiungono una lunga serie di violazioni alla vita delle persone. In questa separazione radicale dalle famiglie ci sono le migliori intenzioni dei familiari che sono costretti ad arrendersi davanti a terribili soluzioni dentro cui, spesso, sentono di partecipare. Sentimenti di colpa, frustrazioni croniche per la vita intera, specialmente quando approvano il trattamento coatto. Perciò sono necessari nuovi approcci e nuove idee, nuovi pensieri. È essenziale non prendere posizioni anti-intellettuali, pur sapendo che a volte si può cadere in parole o principi astratti. La complessità dell'argomento ci sovrasta tutti. La tecnocrazia non lo risolverà. L'idea di una soluzione chiara e distinta non tiene conto dei dilemmi, che richiedono un continuo sforzo e coinvolgimento per lavorare con la follia così come accade nell'esperienza concreta. Le soluzioni non sono tornare indietro, pensare a tempi originari di illusoria perfezione perduta, ma negli sforzi concertati per andare oltre i principi basilari di Basaglia. Altre iniziative mondiali ci forniscono una base e ci insegnano però che non può essere "meno di questo". Questo è il minimo accettabile per le persone, gli amici, le famiglie, gli operatori che lavorano con la follia, e per l'intera società che vive dentro un orizzonte morale in cui chi è caduto oggi tra gli anormali potrà parlare di se stesso e dei suoi figli.

DAVIDE SACCHELLI

È che bisogna sempre semplificare tutto. Le persone diverse danno fastidio alla maggioranza delle persone che si somigliano. Quelle molto diverse danno molto fastidio perché si somigliano ancora meno con la maggioranza. Qual è la soluzione? Escluderle, toglierle, metterle da parte, segregarle in modo da potere avere un mondo intero di persone che si somigliano. Come il cattivo di *Matrix*. Chi lavora nei servizi pubblici deputati alla diagnosi e alla cura dei cosiddetti disturbi psichiatrici sa che deve cercare di sopravvivere; è già a questo livello che si creano le aberrazioni. Si tratta della trasformazione, a opera dello Stato, dell'operatore

sanitario da professionista dell'aiuto a pozzo artesiano dentro al quale buttare tutto ciò che non può stare sulla superficie della terra: malati, relitti, diversi, pericolosi. Ma non c'è denaro da investire, non ci sono le strutture, non c'è la cultura, non c'è la preparazione, non c'è davvero chi può intervenire o fare qualcosa. Per chi ci lavora, troppo spesso si tratta di sopravvivere perché tutta la struttura è organizzata per funzionare così: ti do una responsabilità enorme ma non ti do gli strumenti per intervenire davvero. Il messaggio paradossale è sempre il solito: "intervieni senza intervenire". Dato che lavoro con le famiglie, mi capita spesso di avere a che fare con i CPS e con i trattamenti sanitari obbligatori. So che non ci posso fare conto perché i primi non hanno ciò che gli serve per funzionare davvero (nonostante la buona volontà delle persone) e i secondi provvedono solo a contenimenti momentanei e diagnosi sommarie. Poi il problema continua ad esistere fuori dall'ospedale, esattamente come prima. Abrogare la 180 servirà solo, come prima, a nascondere alle persone ciò che non si desidera vedere, a favore di qualcuno che ci guadagnerà pure tanti bei soldini. Che tristezza.

NADINE

Cari Lumir, la psicosi per voi è un fratello, un figlio, una madre. È un altro colui di cui parlate (e per il quale vorreste decidere), ma non siete voi stessi in prima persona a sapere cosa sia un delirio o un'allucinazione. Perciò parenti (cari?) lasciateci la nostra vita, la nostra libertà ed il nostro diritto ad esistere. Così come lo ha sognato e attuato Basaglia, che ringrazio perché grazie alla sua Legge, ho potuto come molti altri non essere reclusa e guarire in questo mondo e non relegata dietro a mura perché l'imbarazzo causato da una vita sbagliata è troppo per voi. Nessun'altra malattia è così crocifissa, nessun altro tipo di malato è costretto a subire cure e "trattamenti" che non vuole. Perché invece coi malati mentali è diverso? Forse perché, citandovi, "questa è perdita di dignità"? Ma cosa significa questa affermazione? Forse che vi vergognate di noi? Perché non lo provate voi un TSO? Perché non provate ad ingurgitare un cocktail di 25 mg di Zyprexa e altri farmaci e a dirmi se riuscirete

ad alzarvi dal letto per almeno un'ora al giorno? Ultrasedati, i medici scriveranno nella vostra cartella clinica che ora i sintomi positivi sono spariti ma permangono quelli negativi. Provate a dirmi che ne pensate del vostro corpo dopo che è ingrassato di 20 o 30 kg perché di antipsicotici bisogna darne tanti e gli effetti collaterali sono da considerarsi sempre irrisori. Provate a farvi visitare in reparti dove oltrepassi almeno due porte chiuse a chiave, dove entri suonando un campanello. Provate a dormire in un letto che non è il vostro con le telecamere puntate. Provate a dire la vostra opinione e a non essere creduti perché tanto uno schizofrenico farnetica sempre. Provate a parlare e a sentirvi afoni, perché quel che dite non ha valore e nessuno vi ascolta. Questa è mancanza di dignità, questa è umiliazione, questa è mancanza di fiducia. Quella fiducia sulla quale si costruisce la relazione col medico, col terapeuta, con la famiglia, quella fiducia che fa guarire! Senza la quale si può solo peggiorare. Che razza di cura è questa? Che medicina è? La reclusione non ha mai aiutato nessuno. Lo so, lo capisco, non è facile vivere con noi, ma è più difficile per noi essere malati. È della nostra vita si tratta! Perciò, nelle nostre disgrazie, lasciateci vivere come a tutti è concesso. Perché un cardiopatico che rifiuta le cure non viene recluso in qualche reparto per essere curato? Anche la sua vita è in pericolo. Perché è libero di scegliere della propria salute e noi no?

Grazie Pietro, questa battaglia ti fa onore e noi tutti siamo con te. Noi malati ci opponiamo a questa controriforma, perché guarire si può, ma solo se si è veramente liberi.

ANONYMOUS

Sono la mamma di una ragazza schizofrenica. È vero, siamo lasciati soli a vivere questo dramma come sono lasciati soli tutti quelli che hanno un congiunto malato di qualsivoglia patologia non psichiatrica. La disabilità isola, tutti indifferentemente. I deboli soccombono nonostante si faccia un gran parlare di solidarietà. Dobbiamo per forza aspettarci tutto dallo Stato? la riapertura dei manicomi non farebbe altro che NON ATTUARE la legge 180 che non prevedeva solo la chiusura dei manicomi ma tanti

altri aspetti finalizzati al recupero e quindi all'autonomia dei pazienti psichiatrici. La cronicizzazione, lei è sicuro che dipenda dalla patologia e non dall'uso massiccio di psicofarmaci atti solo a sedare le crisi violente di suo fratello?

NATALE ADORNETTO

Nadine, sono con te. E lasciano il tempo che trovano le "osservazioni" che "è facile" parlare di brutalità della coercizioni, della "morale" degna di plauso, delle belle parole, delle critiche di chi non conosce bene la situazione, e addirittura che non sanno che farsene. Dico chiaramente allora che siamo noi che non sappiamo che farsene sia delle parole che delle persone che non hanno mai subito determinati trattamenti e vorrebbero addirittura mettere da parte le persone psichiatrizzate e le loro parole: già questo è manicomio, poiché il manicomio è prima di ogni altra cosa un criterio, e non un edificio. Bella questa, io che per mesi non sono potuto alzarmi dal letto perché scannato nel corpo dagli psicofarmaci iniettatemi con la violenza dovrei sentirmi dire di cosa avrei bisogno, che magari "poetizzo". Lasciamo stare.

Trovo l'articolo veramente interessante. Devo dire che la legge 180, successivamente inserita nella legge 833, anche se non mi piace del tutto (per il tso e altre costrizioni), è una buona legge. O, per lo meno, potrebbe esserlo se venisse applicata anche in forma minima. Fin dalla promulgazione della 180, c'è stato in contemporanea il suo totale e unanime boicottaggio da parte di psichiatri e psichiatre. Ciò perché volevano far vedere che non era una buona legge. Ma "non lo è" perché non è stata applicata. Dare quindi la colpa di certe cose alla 180 da parte di specifiche persone è totalmente infondato, difatti la colpa va data a chi non ha applicato e non applica la legge per come è. E il vedere che viene colpevolizzata ad oltranza la 180, mi fa pensare che le cose sono 2: o tante persone sono completamente disinformate oppure sono in malafede. Sul fatto poi che LUMIR parli di malati mentali, che ne parli come disperati barboni, che li etichetta tutti come deliranti e violenti, ecc., meglio stendere un velo pietoso. Perdinci, ci sta il richiamo "quale

umanità avete a scrivere certe boiate?”. Mi piacerebbe poi che venisse spiegato cosa si vuol dire affermando che la 180 ha fatto migliaia di vittime (questo è uno dei discorsi che fanno le persone dell’associazione “vittime della 180”). Cosa si vuol dire, che prima della 180 non c’erano vittime? Che è stata la 180 ad inaugurare la stagione delle vittime? Che abolendo la 180 non ci sarebbero più vittime? E come si dovrebbe riuscire a realizzare ciò, imprigionando le persone da qualche parte e imbottendole di psicofarmaci? Ciò che viene definito delirio e allucinazione altro non sono che tentativi di esprimersi, di comunicare, di farsi comprendere, di farsi accettare. E probabilmente, le persone giungono a queste forme di espressione perché le altre comunemente usate, sono state soffocate in loro. E non si può soffocare ulteriormente la persona riempiendola di psicofarmaci e impedendole ulteriormente di esprimersi, di lanciare la sua richiesta di attenzione, di aiuto, di vicinanza, di affetto, di calore umano. È sì vero che a volte accadono delle tragedie, ma ci si chiede anche perché una persona arriva a certe cose. E comunque ciò non vuol dire che si debbano annullare centinaia di migliaia di persone sulla base di pochi casi. Se si deve andare avanti, si deve veramente andare avanti, e non tirare fuori i discorsi più retrivi e le soluzioni più retrive. E chiedere, ancora una volta, più posti letto, più psicofarmaci e più persone rinchiusi, sta agli antipodi del progredire nel riavvicinamento della distanza abissale che i “sani” hanno messo fra loro e i “non sani”. La costrizione impedisce qualsiasi effetto terapeutico. La costrizione non fa mai bene, fa solo male, fa danni. Per cui, il tso dovrebbe scomparire anche dall’attuale legge, altro che prolungarlo a sei mesi, un anno e ancor più. È più che evidente che i moventi di queste cose sono solamente economici e di controllo.

PSICHIATRIA: MIOTTO (PD), LEGGE BASAGLIA NON CREA ABBANDONO, DEVE ESSERE APPLICATA (AGENPARL) – Roma 27 giugno – “La campagna di disinformazione portata avanti dall’on. Ciccioli in materia di psichiatria è pericolosa e da respingere senza esitazioni. È totalmente falso, infatti, che le persone ad alto rischio sociale siano messe in libertà. Così come non ha nessun fondamento affermare che il Pd non ha partecipato ai lavori in commissione sulla proposta di

legge di riforma della Basaglia, dal momento che ci siamo imbattuti nella totale chiusura di Ciccioli su ogni nostra proposta”. Lo dice Margherita Miotto, capogruppo Pd in commissione Affari sociali della Camera. “Dopo le audizioni, largamente critiche, su quella proposta di legge che prevede la riapertura dei manicomi – prosegue Miotto –, il Pd ha cercato di migliorare il testo ma ben presto ci siamo scontrati con la chiusura di Ciccioli che è il frutto di un pregiudizio che si fonda sulla constatazione che ci sono famiglie e persone abbandonate a causa della legge Basaglia. È vero il contrario, e cioè che è la mancata applicazione della legge 180 che lascia sole le famiglie e non è un caso che in alcune realtà regionali, dove i servizi funzionano, le persone malate siano prese in carico e riabilitate fino al ritorno in famiglia e all’inserimento lavorativo. Non è la Basaglia che crea abbandono ma la sua mancata applicazione”. <http://www.agenparl.it/articoli/news/politica/20120627-psichiatria-miott...>

ENZO DB

A me piace molto quello che dice NADINE, BRAVA! Questa proposta di cambiare la 180 piace a Lumir che ribatte in modo ostinato e preoccupante. Ella dice io ho un familiare che andrebbe messo in manicomio e voi psikkorecchie sinistrose e professorali di cartone non capite un cavolo di malattia mentale.

ENRICO CAZZANIGA

Volgiamo lo sguardo agli effetti: “grazie” ad un parlamentare e la sua proposta di revisione della 180, si rinnova un movimento che ri-comincia (finalmente!) a confrontarsi su un tema importante che riguarda la salute di tutti. La violenza è abbandonare, isolare, escludere, rifiutare l’aiuto e questo penso che valga per molte situazioni che coinvolgono ogni parte del sistema: per i cosiddetti “pazienti”, i familiari, gli operatori della relazione d’aiuto, gli amministratori pubblici e privati, i politici. La scelta è etica. Lo sapevano, lo sappiamo e lo sapranno le generazioni future che chi sta male se isolato sta peggio e fa star peggio. Le forme dell’isolamento possono essere molteplici. Allestire contesti

in cui queste forme di esclusione si realizzano più facilmente la ritengo una soluzione che genera nuovi problemi e aumenta le difficoltà. Se in prima battuta può dare sollievo a qualcuno (?), poco dopo ci si ritrova con nuove complicazioni. Più che cambiare una legge che ha una sua bontà, forse è meglio interrogarsi sui modi della relazione che possono migliorare o peggiorare la nostra salute. È comprensibile la rabbia e la stanchezza di tutti coloro che, per la posizione che occupano nella rete delle relazioni, hanno sentito o sentono il peso della sofferenza. Questa sofferenza però riguarda tutti. Chi più, chi meno, è vero, ma non esclude nessuno. La responsabilità è di ognuno. Il confronto acceso è segno di bisogni inascoltati. Spero si possa rigenerare una coscienza che non ci faccia dormire troppo sereni se si ha la consapevolezza che quello che si fa è far perdere qualcuno. Un caro saluto.

GISELLA TRINCAS

Prima della Legge 180 mia sorella è stata in manicomio e aveva solo 22 anni, dopo la Legge 180 mio fratello è stato curato dai servizi territoriali e non ha mai conosciuto né il manicomio né i servizi di diagnosi e cura. La legge 180 quindi ci ha aperto un altro modo possibile di intendere la sofferenza mentale e di porvi rimedio. Difenderla e pretendere per noi e per i nostri cari percorsi reali di cura era ed è doveroso! Chi sostiene che colpa delle sofferenze di tanti famigliari è della 180 sbaglia sapendo di sbagliare. La questione è complessa: ha a che fare con l'organizzazione dei servizi, la programmazione degli interventi di presa in cura, la formazione degli operatori, le risorse finanziarie in campo, gli orientamenti culturali dei servizi e dei singoli operatori. Ha a che fare con il rispetto dei diritti umani, con le buone o le cattive pratiche, con quanto ognuno crede (famigliare, operatore, persona direttamente coinvolta) nella possibilità della ripresa, della guarigione. Ha a che fare con la cultura sociale, con il livello di tolleranza, comprensione e accettazione dell'altro sofferente. Nessuna possibilità concreta di accettazione della propria condizione di sofferenza mentale, per superarla, è possibile se tra la persona, il suo contesto di vita e i suoi curanti non si crea un rapporto di fiducia e di

rispetto. L'obbligatorietà (spacciata nella proposta Ciccioli per "necessità"), la coercizione, l'internamento, la negazione dei diritti di cittadinanza, condannano definitivamente ad una vita non degna di essere vissuta, alla cronicizzazione. Tutti i cittadini, e noi famigliari in particolare, hanno il dovere etico di rivendicare le migliori cure nel rispetto della libertà e della dignità umana. È nella solitudine e nell'abbandono che i famigliari si sentono disperati ed è quell'abbandono che va impedito nel rispetto della Legge 180!

BIANCA MOLLICONE

L'intervento di Nadine e della mamma di ragazza schizofrenica rendono quasi superfluo ogni altro commento a proposito delle presunte colpe di una Legge 180-non applicata. Dalla mancata applicazione derivano le solitudini e le sofferenze anche dei famigliari. È sotto gli occhi di tutti da anni, ma da anni una schiera di negazionisti vive di negazioni. Anche negare le evidenze è una forma di resistenza dolente di cui bisognerebbe farsi carico, ma in un contesto sociale dove si taglia allegramente scuola, sanità, giustizia e assistenza sociale diventa molto possibile che il benessere mentale sia l'ultimo dei problemi, essendo la Logica ormai oggetto di contenimento farmacologico diffuso.

LUIGI BENCIVENGA

Anch'io ho avuto una sorella che si è ammalata di schizofrenia, aveva 19 anni, ha iniziato a fare e dire cose sconclusionate dapprima abbiamo pensato all'effetto di una droga lei non fumava neanche andava all'università ma l'idea che fosse cambiata così senza una ragione apparente non riuscivamo proprio ad accettarla, hanno detto che era schizofrenica l'abbiamo fatta ricoverare un tso e poi in una clinica per tre mesi pensavamo potesse essere la soluzione ma è stato peggio la riempivano di farmaci e quando ci incontrava era una furia, era stata una dolce e amorevole ragazza fino ad allora, la psichiatra ci disse che ci voleva un altro ricovero più lungo e cambiò i farmaci ancora peggio. Un giorno scappò e l'hanno ritrovata 3 mesi dopo a torino noi abitavamo a benevento allora mio

padre se ne ebbe così a male di non poter far nulla che si ammalò di cancro e morì nel giro di poco. Decidemmo di rivolgerci privatamente ad uno psicoterapeuta nel pubblico neanche a parlarne e dopo un paio di anni mia sorella per fortuna pian piano è stata meglio ha continuato a prendere delle medicine poi man mano ha smesso, oggi insegna in una scuola di Reggio sta bene sono trascorsi quasi 10 anni e non ha più avuto ricadute. Io non so cosa significhi riveder la legge sui manicomi ma la mia esperienza è che non servono sarebbe più utile avere più assistenza a casa avere più medici e psicologi e non doverseli pagare non capisco ancora perché il ricovero in clinica l'asl lo passa ma altro no. Mi sembra che come al solito si faccia una grande confusione ma il problema della malattia mentale per esperienza diretta non può essere affrontato dividendosi tra quelli a favore e quelli contro i manicomi. Perché succede? Qualcuno mi sa dare una risposta? grazie

MAURIZIO SALVETTI

...di Torti Pompilio detto Blek (*"Sono io, sono me, Sensibili alle foglie"*)... una persona che ha passato quasi l'intera vita in un manicomio e che ci ha lasciato alcuni quaderni di poesie..

"Blek un nome qualsiasi / Blek dichiarato tre volte da perizie / PAZZO / e in conclusione di perizie psichiatriche / è stato descritto con i seguenti sintomi: / Schizofrenico Paranoico / con manie di allucinazione / uditive e visive / e con gravi manie di persecuzione / e allucinato e tossicomane / all'ultimo stato. / Io Blek mi sento un bambino meraviglioso..."

... è stato già detto molto... Per me "farsi cura" non significa arrogarsi il diritto di decidere la vita delle persone in nome della cura... la cura ha a che fare con le possibilità di vita che si possono offrire... togliere possibilità di vita va nella direzione opposta. NON TORNIAMO AL MEDIOEVO...

DIEGO COMINARDI

Vorrei innanzitutto esprimere la mia solidarietà e il mio rispetto per tutti coloro che hanno vissuto e vivono sulla loro "pelle" la sofferenza provocata dalla "follia". Tuttavia credo, in sintonia con quanto affermato

da Enrico, che l'isolamento del malato non possa essere considerato una soluzione. Aggiungo che la deriva neokraepeliniana presa dalla psichiatria potrebbe amplificare ulteriormente il pregiudizio organico sulle "cause" della psicosi, a scapito di altri fattori più specificamente relazionali e sociali, spostando pericolosamente il baricentro dell'intervento curativo sul versante "tecnico" e medico-scientifico. Non sono convinto che i malati possano trarre beneficio da ciò e continuo a credere che la cura non possa prescindere dal considerare con attenzione l'aspetto relazionale e contestuale, in cui non solo i sintomi si manifestano ma anche, a volte, tendono a ridursi.

PIETRO BARBETTA

Sono stato frainteso, cara Lumir, io rispetto il suo sconforto. Diversi sono i gruppi che manipolano il dolore delle famiglie per attaccare la 180. La psichiatria non funziona bene in molte parti del paese non a causa della 180, bensì a causa del mancato rispetto della 180. La 180 riconosce il diritto di cittadinanza e dunque assume che non si possa incarcerare una persona per ragioni di disordine mentale. Assume anche che ci debba essere una psichiatria territoriale e sociale pronta a seguire i pazienti sul territorio, se dobbiamo aggiungere qualcosa dovremmo batterci perché anche altre forme di sostegno (come la psicoterapia) debbano essere inserite, per aiutare le relazioni familiari, alleviarle dal peso di una vita difficile sia con maggiori sforzi sociali, sia con interventi relativi agli affetti. Io voglio solo dire questo. Voglio dire che il dolore delle famiglie non si affronta con la reclusione del malato. Qui in più c'è anche l'idea che questa reclusione debba venire fatta attraverso cliniche private, capisce? Questo voglio dire. Io non sono né medico, né veggente, sono uno psicologo che ha fatto psicoterapia nei servizi finché ci sono stati i fondi, quando sono stati tagliati me ne sono dovuto andare, come molti altri. Lo facevo con l'infanzia e l'adolescenza, e ricordo che il nostro lavoro serviva alle famiglie. Poi sono arrivati i "nuovi farmaci", utili, ma hanno spazzato via tutto il resto, quel poco che c'era. Se ora ci aggiungiamo i nuovi manicomi, io prevedo un

disastro. Io non faccio una questione ideologica, ha letto sul mi saggio che io non sono precisamente un comunista. Forse un rompiscatole.

GIORGIO LECCARDI

Buongiorno, mi chiamo Giorgio Leccardi. Sono uno psichiatra. Sono curioso. Ringrazio il prof. Barbetta, che conosco di fama (vivo e lavoro nella provincia di Bergamo), non di persona purtroppo. La mia tensione personale e le vicende di vita mi hanno portato oltre al resto a lavorare da 10 anni circa a questa parte in una struttura residenziale riabilitativa psichiatrica. Ho letto con molto rispetto e delicatezza i commenti che sono stati inviati da parte di tutti... In alcuni mi sono ritrovato, in altri meno... ma questo è normale... Non ho lavorato prima della 180, ma credo fermamente che sia una buona legge. Credo fermamente che non sia stata applicata a dovere. Credo fermamente che il problema oggi, avendo una buona legge, non sia la risposta ma la domanda. Se c'è bisogno di pensare a ricoveri coatti prolungati (e posso dire malgrado tutto l'amore per le cose che dovrebbero andare -in-un-certo-modo-ma-poi-non-è-così, che in alcuni casi anche senza lo spauracchio di una legge che lo certifichi si attuano già ricoveri prolungati perché non vi sono alternative, con permanenze (in strutture pubbliche e private) che possono essere etiche e necessarie (se attuate in modo etico)) forse la questione è perché si arriva a pensare ciò. La questione non è tanto che risposta dare alla follia (siamo davvero sicuri che le nostre attuali risposte risolvano il problema della follia?) ma che domanda pone la follia e se a tale domanda possiamo dare ascolto senza pensare che sia il singolo (il singolo familiare, il singolo medico, il singolo infermiere, il singolo farmaco, il singolo paziente soprattutto) che debba occuparsene... pensiamo davvero che una buona legge come la 180 abbia risolto il problema della domanda? Per nulla. Ha semplicemente fatto sì che ci si senta più buoni perché più umani verso persone comunque vissute come di serie B. Chi di noi onestamente sceglierebbe di cercare casa in un palazzo in cui abita un paziente particolarmente delicato, fragile (gentile direbbe Borgna) e perciò a rischio di terrori e paure tali da dover rifugiarsi in un

mondo psicotico al primo soffio di vento, se potesse scegliere di abitare nel condominio accanto...? In un mondo iperefficiente come vuole essere il nostro non c'è molto posto per persone non produttive, scomode, in passivo eterno con la vita e in più che se stai ad ascoltare ti parlano in un modo curioso e sfacciato delle tue stesse angosce che con tanta lena cerchi di dimenticare giorno per giorno (il rapporto con la morte, con l'ignoto, con il futuro, con il tempo...)... quindi non mi stupisce la proposta di una legge che cerca di riordinare il disordine fallendo peraltro lo scopo miseramente (svuotare il mare con un cucchiaino)... Arrivo ad essere provocatorio... ben venga una legge così, se all'obbligo di essere curati da parte dei pazienti venisse corrisposto un obbligo di curare da parte di chi deve fare il ruolo di curante (non è sempre un gioco di ruolo?)... obbligo te a curarti e obbligo te (obbliga me, sempre e comunque) a curare (ma curare nel senso di imparare la cura, di praticare la cura, lo sguardo etico (pensando alla Lévinas... l'etica come responsabilità, per cui io divento responsabile di te nel mio esser-di-fronte a te), non solo lo sguardo o l'azione tecnica, che illude costantemente che qualcosa si stia facendo... qualunque cosa... io non ho mai visto un paziente guarire solo per il farmaco... ma eventualmente per la relazione terapeutica in cui viene veicolato anche il farmaco...). Visto che tali problemi sono gli stessi, le domande sono le stesse anche in presenza della 180, non sentiamoci la coscienza a posto se verrà evitata una legge che sentiamo essere coercitiva (spero che tutti coloro che hanno scritto abbiano letto il testo) e che tuttavia ha il coraggio di portare alla luce problemi reali (a me viene da pensare per esempio al reale grado di libertà per una persona che sta attraversando una crisi psicotica se non viene adeguatamente aiutata a ritornare libera dai propri fantasmi... mi è capitato di dover fisicamente fermare una ragazza che in preda alle voci stava andando a buttarsi, ma lei si era formalmente e liberamente dimessa dalla comunità... per poi ritrovarla libera (dai suoi fantasmi) dopo alcuni giorni di cure (di sguardo amorevole degli operatori e di farmaci e di tutto quello che serviva), per i quali forse vanno trovate soluzioni migliori, ma sentiamoci costantemente con la coscienza punzecchiata dalla domanda etica che ci

chiede quanto siamo realmente disposti ad accettare una dose di follia, di terrore folle, nella nostra vita, quanto siamo disposti ad ospitare la follia (quella personale, quella di un parente, quella di un vicino, quella di un paziente... non sapete quanto spesso gli psichiatri si lamentano che i pazienti non siano normali...)... se non c'è risposta a questa domanda la soluzione (per legge, per atteggiamento, per limiti all'accesso al lavoro e ai diritti universali...) sarà sempre quella della segregazione. Altrui. 180 o Ciccioli che sia. Scusate la prolissità.

NADINE

Stimo il commento di Giorgio Leccardi. Aggiungo: si guarisce quando si vuole guarire, quando i medici, i terapeuti e i farmaci ti aiutano a guarire. E soprattutto anche quando la famiglia ti agevola in questo. Si guarisce da sé e nella relazione. Con volontà e con aiuto. Si guarisce quando una serie di fattori vanno “corroborandosi”, in questo senso forse va ripensata la situazione attuale. Si riesce a produrre una cura su tutti questi fronti? È questa la sfida, ma per risolverla bisogna anche ripensare la follia. Dove sta di casa la follia di un uomo? Solo in quell'uomo? Meramente nei neurotrasmettitori? Nella famiglia? Nella relazione?

LICIA CERTI

I ricoveri di mia madre costano 150 euro al giorno la tengono in un posto che è una specie di albergo dove altrimenti non c'andrebbe nessuno sopra Loano ci sono circa 50 degenti la tengo lì perché a casa non mi è possibile ogni volta che vado a trovarla mi piange il cuore ma io non posso tenerla Ho chiesto all'asl perché se questa è l'unica soluzione per la depressione di mia madre mi hanno risposto che non possono fare altro 150 euro al giorno sono tanti se li dessero a me saprei bene cos'altro fare ma io di mestiere ne faccio un altro. Per esperienza credo che ci siano molti interessi quelli che hanno le strutture in Lombardia tutte private (ma anche in altre regioni è così) hanno un bell'introito. Qualcuno ha scritto (Giovanni Falcone) che se vuoi capire certi fenomeni bisogna seguire il flusso di denaro e dove porta, io ho una convinzione non so niente di

180 Basaglia prima etc. ma una cosa è certa c'è gente che ci guadagna sui matti Leggendo qui e altrove della riforma Ciccioli mi sono ancor più convinta che molti interessi sono in mano alle cliniche private che sono una vera potenza economica, loro dicono poiché alla fine bisogna ricoverare è meglio farlo subito punto. 150 euro a matto sono una bella cifra occorre una classe medica consenziente e quella c'è purtroppo anche se in molti fanno finta di interessarsi ma nessuno è mai venuto a casa mia a dirmi forse per sua madre si potrebbe pensare ad una piccola casa famiglia o cose del genere affittiamo un appartamento ci mettiamo tre quattro persone facciamo un progetto le facciamo coltivare i gerani (mia madre ci riesce bene ma dove sta è impossibile farlo) o cose del genere. Capite il dramma di chi ha un problema con la follia al di là delle grandi ideologie e degli interessi che muovono gente come Ciccioli a tentarla sono questi.

LINDA

Ho osservato questo dibattito crescere con enorme gioia, Da quando il disagio psichico è diventato un problema della mia famiglia, il problema più grande da affrontare è stato il muro di silenzio che circonda la malattia. Le famiglie, tanto buone, tanto care, io stessa ne faccio parte, innalzano impalcature con l'agilità dei migliori architetti e vi si trincerano dietro quando la malattia fa visita alle loro case fino ad allora perfette, costruiscono muri che tutt'al più possono essere usati come muri del pianto, vi si nascondono dietro, guscio inattaccabile. Da quando un mio familiare si è ammalato ho scoperto che la sua malattia era condivisa da molti altri, conoscenti persino, che custodiscono il segreto come si allevano perle. Il problema è che il disagio psichico è un problema troppo grande per essere contenuto in una sola famiglia, è troppo grande per essere contenuto in un solo luogo, manicomio o clinica di cura per fichetti che sia. La malattia divora e si nutre del silenzio, dell'omertà, della vergogna. È importante la legge Basaglia perché ha regalato la perla della malattia psichiatrica a una società intera. Se ognuno si prendesse il suo pezzettino, se ognuno si caricasse un angolino della malattia... la società è grande

abbastanza per portarne il peso. La società l'ha causato quel peso, DEVE farsene carico: tutti bravi a dar la colpa al solo malato della malattia che porta con sé, al malato pericoloso, al malato che ci fa vergognare, al malato che ci rende tristi. Ci pensiamo mai al peso che la nostra società ha causato a lui? Ci pensiamo mai che la società cattiva siamo noi?

ALBERTO

Mi chiamo Alberto, abito vicino a Saronno e ho una sorella, Giovanna, affetta da schizofrenia. Giovanna quasi sempre rifiuta di uscire e, fra le altre cose, di sottoporsi alle visite dello psichiatra del Cps, che peraltro durano generalmente solo pochi minuti. Io ho sempre fatto una gran fatica a metterla in contatto con il Cps e ad espletare tutte le attività per conto suo. Nel giro di alcuni decenni ho ottenuto il riconoscimento della gravità della patologia e adesso ho chiesto di essere nominato amministratore di sostegno a suo beneficio. Gli operatori, secondo me, offrono aiuto a chi accetta di essere curato e di partecipare alle attività risocializzanti, mentre i casi gravi sono lasciati a carico delle famiglie che vivono un notevole disagio. Inoltre penso che venga dato troppo peso all'aspetto farmacologico rispetto ad altri tipi d'intervento. Sicuramente sono contrario al manicomio in quanto struttura totalitaria e sono contrario alla violenza ai danni di chi soffre ed è indifeso; viceversa, penso che i malati gravi dovrebbero essere convinti dagli operatori a vivere presso delle comunità protette, dove possano ricevere l'adeguata assistenza da personale qualificato anche nei casi in cui, purtroppo, come nel caso di mia sorella, è esclusa la riabilitazione.

GIANLUIGI POSTINI

Leggo una "denuncia tardiva", una "critica severa" sui SPDC degli OORR di Bergamo scritta da un dottore che ci ha lavorato per lunghi anni. Leggo anche la sua critica sui guasti che ha lasciato la legge 180 quando sottolinea (sono parole sue) *"il demerito di non spiegare che strutture dovessero sostituire i manicomi"*, e ancora la apostrofa come *"distorsione ideologica, idealizzante e negante, figlia di un'ideologia antipsichiatrica"*.

È una drastica affermazione che non condivido assolutamente!

Beh, avrei anch'io molte cose da raccontare dopo vent'anni trascorsi a inseguire la speranza di vedere guarire e magari solo migliorare mio figlio. Chi potrebbe veramente giudicare i SPDC e chi li governano, è mio figlio vittima di una diagnosi sbagliata. Aveva diciannove anni! Sono stati scambiati dei sintomi di una malattia organica (ipoparatiroidismo) per oligofrenia con innesto psicotico; quest'ultimo si è aggiunto dopo anni di cure con ogni sorta di psicofarmaci tipici e atipici. Mi chiedo se uno psichiatra non dovrebbe conoscere quali sono le malattie organiche che comportano uno scompenso psichico. Non voglio entrare in un'analisi clinico-farmacologica, pur avendone il diritto, per non apparire supponente. Ebbene, mio figlio ha trascorso un intero anno, dopo svariati altri ricoveri, in uno dei due SPDC dove è stato "rinchiuso" dopo essere stato estromesso da una nota comunità psichiatrica del privato-sociale nata dalle viscere dell'ex manicomio. Sono d'accordo che *"non bisogna criminalizzare il ricovero, ma il modo in cui viene fatto"*. Penso però che le cliniche private convenzionate non siano la soluzione ideale.

Uno psichiatra bergamasco nel corso di un dibattito presso l'università di S. Agostino si è definito vittima del sistema psichiatrico così come vuole farci intendere il succitato dottore. Non ho potuto astenermi dall'intervenire chiedendogli chi sono le vere vittime del sistema, raccogliendo dall'edotta platea una risposta scontata.

La chiusura del commento dell'eroico dottore: *"Per uno come me che ha trascorso una vita professionale nel tentativo, non riuscito, di migliorare i servizi pubblici, è veramente triste"*, mi ricorda don Chisciotte che ancora persiste "tristemente" nel disquisire sulla tipologia delle strutture (pubbliche o private convenzionate) individuando il colpevole nella legge 180. Credo che la colpa vada ricercata in chi persevera nell'alimentare un sistema che, copiando le parole del nuovo presidente di confindustria, oso definire "macelleria sociale". Caro dottore, vogliamo parlare di contenzione e di cronicità?

Perché a Trieste la legge 180 ha partorito risultati eccellenti? Non mi pare che a Trieste abbiano pensato e pensino, come lei afferma, che "è

sufficiente la cura ambulatoriale e non è necessario (anzi è nocivo!) in certi momenti il ricovero". Io ho fatto parecchi "giretti" a Trieste per visitare le strutture del DSM e per conoscerne i metodi di cura. Ad esempio, l'unico SPDC non è *"un manicomietto a porta girevole"*, non è *"un reparto orripilante, sovraffollato, con letti supplementari in corridoio e in sala pranzo, con calca umana intollerabile"* come lei descrive i SPDC degli OORR di Bergamo. È un reparto dignitoso a porte aperte, con sei posti letto, occupati mediamente al 30%, dove non si pratica la contenzione. Esistono quattro Centri di Salute Mentale (CSM) aperti ventiquattro ore tutte le settimane, tutti i giorni, festivi compresi. A proposito, cosa mi dice dei nostri Centri Psico Sociali (CPS)? Potrei continuare citando i luoghi adibiti alla residenzialità leggera, luoghi di convivenza civile, di rinascita e ancora le cooperative per gli inserimenti lavorativi, ma non mi voglio dilungare. Penso che la sua datata visita a Trieste (20 anni fa) sia stata superficiale. Un vero peccato, un'occasione persa. È una scuola che tutti gli psichiatri dovrebbero frequentare, un sistema che dovrebbero applicare a tappeto (non a macchia di leopardo) per evitare di produrre irresponsabilmente guasti irreparabili.

Non è una questione di luoghi, ma è un problema di "teste supponenti" (con rare eccezioni) che producono un elevato tasso di cronicità alla faccia del "prendersi cura" perseverando nel sostenere uno sporco intreccio politico culturale.

Vorrei concludere citando Diogene che con la sua lanterna cercava l'uomo, che anch'io cerco e non trovo.

Desidero, infine, lasciare al lettore una delle tante mie riflessioni scritte nell'arco di questi anni.

Il peso delle parole

Come da qualche tempo mi accade, ho presenziato a uno degli ormai numerosi convegni sul disagio psichico. Gli argomenti programmati trattavano temi d'interesse rilevante.

Le mie aspettative non sono andate deluse.

Ancora una volta sono emersi i "soliti" discorsi a fronte dei quali mi sono

posto i “soliti” interrogativi:

Qual è la differenza fra la “cultura del dire” e la “cultura del fare”?

Qual è la differenza fra l’impatto della “parola” e l’impatto dell’azione”?

Qual è la differenza fra la “teoria” e la “pratica”?

Non è forse la differenza fra “l’apparire” e “l’essere”?

Quale allora il bisogno dei pazienti sempre più oggetto di mercato?

È il bisogno che deve trovare riscontro in una realtà tangibile dove l’accoglienza, l’ascolto, il riconoscimento danno significato alla relazione, al rivivere.

Nel frastuono di una miriade di parole, di enunciati, mi è sembrato di volare in uno spazio intangibile. Un contesto che mi ha aiutato e mi aiuta ad apprezzare il significato dei minimi gesti quotidiani, strumenti che ti spronano a pensare e a creare insieme il presente quando programmare il futuro è una chimera.

Anch’io mi lascio trascinare spesso dall’utilizzo della parola, nella convinzione però che l’esperienza sofferta di famigliare la riempie di significato vero perché ricca di dolorosi riscontri vissuti e quindi credibili.

Non è forse un diritto fondare le nostre speranze sui fatti e non sentirci puntualmente traditi dall’evanescenza delle parole?

Non sembri strano quindi se dopo tanto peregrinare nel vortice del vuoto del tanto dire, riscopro il valore di una massima:

“Un buon tacer non fu mai scritto”!

Una massima che se razionalmente applicata è ancora oggi una garanzia. Imparino quindi i “soloni dell’ignoto” (questa è ancora oggi la scienza psichiatrica) a parlare meno e ad ascoltare di più il grido di chi sente quotidianamente sulle proprie ferite il sale della sofferenza.

GIULIO DE NICOLA

Sentendomi sollecitato da questo interessante dibattito, vorrei fare alcune considerazioni. La prima: l’intero impianto della proposta di legge dell’On. Ciccioli si fonda su una premessa che nel corso di questi anni, e oserei dire nel corso degli ultimi due secoli, si è dimostrata priva di una sua dignità scientifica ed epistemologica. È dai tempi di Pinel che è oramai chiaro che l’obbligo alle cure per i pazienti affetti da patologie

psichiatriche si è sempre rivelato non solo inutile ma persino dannoso, portando gli psichiatri e gli operatori dei servizi ad assumere in quei casi una mera funzione di controllo dei comportamenti ritenuti devianti con l'impossibilità di instaurare con i pazienti proficue relazioni terapeutiche. Seconda considerazione: forse agli estensori di questa proposta di revisione delle legge 180 sfugge, come peraltro opportunamente nota Pietro Barbetta, che esistono di fatto servizi e Dipartimenti dove il Trattamento sanitario obbligatorio è un evento assolutamente eccezionale e i reparti ospedalieri non conoscono quel sovraffollamento che invece è tipico in molti altri, come osserva giustamente Giorgio Foresti. Allora se le cose stanno in questo modo le ipotesi sono due, o in quei dipartimenti esistono pazienti particolarmente remissivi ed educati che non hanno i requisiti della pericolosità e che dunque non necessitano di trattamenti coercitivi e restrittivi, oppure la filosofia di quei servizi è fondata su presupposti che rendono appunto i trattamenti sanitari, eventi straordinari e poco frequenti. Non mi pare che in quelle realtà esistano criticabili situazioni di abbandono e non mi risulta che i familiari contestino l'operato o l'approccio di quei servizi, anzi tutt'altro. Terza considerazione: purtroppo la questione della psichiatria nonostante gli insegnamenti della storia e delle pratiche rimane nelle concezioni di alcuni sempre la stessa, si immaginano soggetti presi da un furore incomprensibile, da deliri violenti con i quali è possibile avere a che fare solo per mezzo di metodi coercitivi e orientati a piegare la loro volontà patologica. Personalmente ho lavorato come psichiatra in un servizio dove il numero di trattamenti sanitari obbligatori su una popolazione di circa 100.000 abitanti di rado superava il numero di 7-8 l'anno e non si sono mai verificate situazioni di abbandono o mancate risposte di intervento quando pervenivano segnalazioni. Il reparto per acuti ha sempre mantenuto le porte aperte e le misure di contenzione erano praticamente assenti. È ovvio che per raggiungere questi obiettivi è necessario che si seguano certi principi e certe pratiche, principi e pratiche che a mio modo di vedere sono ampiamente contenute nella legge di assistenza psichiatrica chiamata legge Basaglia, che può essere considerata ideologica solamente da chi

ignora la complessa riflessione che la sostenne. Vorrei così provare a rispondere a chi afferma che la legge 180 fu una legge senza impianto teorico e dunque ideologica e suggerirei a questo proposito di rileggere con molta attenzione gli scritti di Franco Basaglia che mostrano come dietro quella legge non ci fosse assolutamente nulla d'improvvisato ma piuttosto una riflessione puntuale e un respiro culturale di un'ampiezza tale da rendere quelle pagine ancora oggi più che mai attuali e ricche di spunti per la riflessione intorno alle manifestazioni e all'essenza delle patologie psichiatriche. Il pensiero di Franco Basaglia di certo non può essere considerato un pensiero improvvisato e ideologico, essendo ispirato dalla profonda conoscenza della fenomenologia husserliana, dall'esistenzialismo di matrice heideggeriana, dagli scritti di Sartre, Merleau-Ponty, Foucault, Binswanger, Minkowski, che tanto hanno dato per l'avanzamento nella comprensione delle esperienze che fa l'uomo folle. Quarta considerazione: definire ideologiche le posizioni espresse dalle lotte orientate alla de-istituzionalizzazione è una scorrettezza che ritengo inaccettabile e anche in questo caso mi sembra utile rimandare alle notevolissime riflessioni teoriche che caratterizzarono la psichiatria italiana dagli anni 70 in poi, basti ricordare i contributi di Sergio Piro, Ernesto De Martino, Giovanni Jervis, Carlo Zapparoli, per citarne solo alcuni, forse quei contributi andrebbero riproposti nei percorsi formativi dei giovani psichiatri e degli operatori dei servizi di salute mentale. Nella proposta dell'Onorevole Ciccioli, tutto questo è drammaticamente ignorato, e la questione della sofferenza provocata dalle patologie psichiatriche viene trattata riduttivamente come una malattia che va intesa come semplice perdita dell'intelletto, delle facoltà di intendere e di volere ed è veramente risibile e pericoloso la parte che riguarda il "testamento terapeutico" pensato da Ciccioli, definito come Contratto di Ulisse. Questo contratto cosa vorrebbe dire? Che la condizione perché il paziente venga dimesso dal reparto è che egli aderisca e sottoscriva un accordo, impegnandosi a seguire le cure e le prescrizioni necessarie, non tanto perché si sia giunti finalmente ad un'alleanza terapeutica con l'équipe e i curanti, poiché in quel caso ogni "testamento terapeutico" sarebbe inutile, ma perché

i curanti si assicurano nell'esercizio delle loro funzioni di controllo la possibilità di intervenire tutte le volte che lo riterranno necessario. Nelle concezioni dell'Onorevole Ciccioli il paziente è dunque considerato un soggetto pericoloso e scandaloso che va continuamente controllato e con il quale non è possibile instaurare una relazione fondata sulla fiducia e sull'alleanza terapeutica, e in questo senso si propone un vero e proprio apparato teso al suo controllo, ciò diventa del tutto evidente quando si precisa che dovranno essere fornite informazioni cliniche ai familiari e ai congiunti. Non è certo un caso che nell'impianto della sua proposta di revisione tutto ruoti intorno ai luoghi e ai tempi della cura, isolamento, obbligatorietà, prolungamento del trattamento previsto fino a sei mesi poi rinnovabili; insomma fino a quando le condizioni della mente del soggetto verranno ritenute compatibili con il ritorno dell'individuo nel suo contesto, e quali sarebbero queste condizioni? Ciccioli non lo dice ma è evidente che si riferisce all'assoggettamento dei pazienti, al loro aderire alle proposte di cura che il medico psichiatra avrà ritenuto opportune, cure che saranno rivolte perlopiù al controllo dei comportamenti e all'eliminazione di ogni possibile pericolosità e scandalosità, senza porsi adeguatamente la domanda delle condizioni che rendono possibile le molteplici espressioni psicopatologiche, senza porsi domande sulla straziante sofferenza che tali condizioni dell'esistenza producono sia nel soggetto che ne è colpito sia nelle persone che gli vivono accanto, riportando tragicamente indietro le concezioni intorno alla malattia mentale di appena due secoli.

PIETRO BARBETTA

Caro Giulio, il tuo contributo è fondamentale. Quello che voglio dirti è che tu c'entri eccome con il fatto che dove hai lavorato c'erano solo 7-8 TSO all'anno perché come direbbe Edgar Morin, hai una mente ben fatta. Eri là e hai contribuito con la tua grande saggezza, con la tua moderazione, con la tua grande cultura a questo. Come altri psichiatri e operatori c'entrano se invece ce ne sono 500 o 5000. Facile tirarsi fuori.

LUMIR

Eppure sarà stata la mia giovane età ma io ci avevo creduto veramente che ci fosse qualcosa di più evoluto di un manicomio. Ma gli s.p.d.c che ho conosciuto io che hanno di diverso da un manicomio?! Ambienti angusti ,camere da 4 letti con all'interno chi urla e chi dorme tutto il giorno, non un giardino, chiavi alla porta, coercizioni e imbottimento di farmaci.. perché non si può rimanere più di una settimana, anche se la crisi non è finita, magari si ripeteranno i tso per due tre volte di seguito in breve tempo, perché se la crisi dura qualche mese!Oppure... proprio per farle un favore prolunghiamo di qualche giorno il ricovero...poi c'è pure che dimesso ancora in crisi viene fermato dalla polizia, e ci sta pure che si becca botte a non finire perché rompe ...Oppure ci sta che vada incontro ad incidenti vari... però è libero, libero di avere una patologia che per essere curato devi avere un gran fortuna e se non ce l'hai soccombi a un sistema che non ti tutela, ma che..."si tutela".

PIETRO BARBETTA

Tutto vero, in questo momento mi sento come Francesco a Gubbio. Ci incontriamo, è proprio così. Ma non dappertutto, ci sono posti in Italia dove non è così, sono pochi, ma ci sono. C'è chi crede e ha creduto nella 180, dove il bastone non si usa mai, e neppure la porta chiusa a chiave, ma c'è accoglienza, resilienza, ti lasciano libero, ma ti parlano, ti ascoltano. E spero tanto che questo non sia il discorso finale di Charlie Chaplin nel Grande dittatore. Grazie Lumir.

Appendice

Legge 14 febbraio 1904, n. 36.

DISPOSIZIONI SUI MANICOMI E SUGLI ALIENATI.

CUSTODIA E CURA DEGLI ALIENATI

(pubblicata nella gazzetta ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904)

art. 1.

Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere.

Può essere consentita dal Tribunale, sulla richiesta del procuratore del re, la cura in una casa privata, e in tal caso la persona che le riceve e il medico che le cura assumono tutti gli obblighi imposti dal regolamento.

Il direttore di un manicomio può sotto la sua responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del re e all'autorità di pubblica sicurezza.

art. 2.

L'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti,

tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società.

Essa è autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà, redatti in conformità delle norme stabilite dal regolamento, ed in via definitiva dal tribunale in camera di consiglio sull'istanza del pubblico ministero in base alla relazione del direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione che non potrà eccedere in complesso un mese. Ogni manicomio dovrà avere un locale distinto e separato per accogliere i ricoverati in via provvisoria.

L'autorità locale di pubblica sicurezza può, in caso di urgenza, ordinare il ricovero, in via provvisoria, in base a certificato medico, ma è obbligata a riferirne entro tre giorni al procuratore del re, trasmettendogli il cennato documento. Tanto il pretore quanto l'autorità locale di pubblica sicurezza, nei casi suindicati, debbono provvedere alla custodia provvisoria dei beni dell'alienato.

Con la stessa deliberazione dell'ammissione definitiva il tribunale, ove ne sia il caso, nomina un amministratore provvisorio che abbia la rappresentanza legale degli alienati, secondo le norme dell'art. 330 del codice civile, sino a che l'autorità giudiziaria abbia pronunciato sull'interdizione.

E' loro applicabile l'art. 2120 del codice civile.

Il procuratore del re deve proporre al tribunale, per ciascun alienato, di cui sia autorizzata l'ammissione in un manicomio o la cura in una casa privata, i provvedimenti che convenisse adottare in conformità delle disposizioni contenute nel titolo X, libro I, del codice civile.

art. 3.

Il licenziamento dal manicomio degli alienati guariti, è autorizzato Con decreto del presidente del tribunale sulla richiesta o del direttore del manicomio, o delle persone menzionate nel primo comma dell'articolo precedente o della Deputazione provinciale.

Negli ultimi due casi dovrà essere sentito il direttore.

Sul reclamo degli interessati il presidente potrà ordinare una perizia.

In ogni caso contro il decreto del presidente è ammesso il reclamo al tribunale. Il direttore del manicomio può ordinare il licenziamento, in via di prova, dell'alienato che abbia raggiunto un notevole grado di miglioramento e ne

darà immediatamente comunicazione al procuratore del re e all'autorità di pubblica sicurezza.

art. 4.

Il direttore ha piena autorità sul servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, ed è responsabile dell'andamento del manicomio e della esecuzione della presente legge nei limiti delle sue attribuzioni. Esercita pure il potere disciplinare nei limiti del seguente articolo.

Alle sedute della Deputazione provinciale o delle commissioni e consigli amministrativi, nelle quali debbansi trattare materie tecnico-sanitarie, il direttore del manicomio interverrà con voto consultivo.

art. 5.

I regolamenti speciali di ciascun manicomio dovranno contenere le disposizioni di indole mista sanitaria ed amministrativa, come quelle relative alle nomine del personale tecnico-sanitario, al numero degli infermieri in proporzione degli infermi, agli orari di servizio e di libertà, ai provvedimenti disciplinari da attribuirsi secondo i casi, alla competenza dell'amministrazione o del direttore, e ad altri provvedimenti dell'indole suindicata.

Detti regolamenti dovranno essere deliberati, sentito il direttore del manicomio, dell'Amministrazione provinciale dalla commissione amministrativa, se trattisi di opera pia, e saranno approvati dal consiglio superiore di sanità con le forme e modi stabiliti dall'art. 198 della legge comunale e provinciale.

art. 6.

Nulla è innovato alle disposizioni vigenti circa l'obbligo delle provincie di provvedere alle spese pel mantenimento degli alienati poveri.

La spesa pel trasporto di questi al manicomio è a carico dei comuni nei quali essi si trovano nel momento in cui l'alienazione mentale viene constatata; quella per ricondurli in famiglia è a carico della provincia a cui incombeva l'obbligo del mantenimento; quella pel trasferimento da un manicomio all'altro a carico della provincia che l'ha ordinato.

Le spese di qualunque genere per gli alienati esteri sono a carico dello Stato, salvo gli effetti delle relative convenzioni internazionali.

Le spese per gli alienati condannati o giudicabili, ricoverati sia in manicomi giudiziari, sia in sezioni speciali di quelli comuni, sono a carico dello Stato pPei condannati fino al termine di espiazione della pena e pei giudicabili fino al giorno in cui l'autorità giudiziaria dichiara non farsi luogo a procedimento a carico di essi.

Negli altri casi, compreso quello contemplato dall'art. 46 del codice penale, la competenza della spesa è regolata dalle norme comuni.

art. 8.

La vigilanza sui manicomi pubblici e privati e sugli alienati curati in casa privata è affidata al ministro dell'interno ed ai prefetti.

Essa è esercitata in ogni provincia da una commissione composta dal prefetto, che la presiede, del medico provinciale e di un medico alienista nominato dal ministro dell'interno.

Il ministro deve disporre ispezioni periodiche.

E' applicabile ai manicomi pubblici e privati la disposizione dell'art. 35 della legge 22 dicembre 1888 sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica.

Le spese per le ispezioni ordinarie e straordinarie sono impostate nel bilancio del Ministero dell'interno, salvo rimborso dalle amministrazioni interessate, secondo le norme fissate dal regolamento, nel caso che siano constatate trasgressioni delle disposizioni contenute nella presente legge e nel regolamento. Alle dette amministrazioni è fatto salvo il regresso contro gli amministratori e gli impiegati responsabili delle trasgressioni.

Le controversie relative alla competenza di tali spese, sono decise, anche nel merito, dalla IV sezione del Consiglio di Stato, in camera di consiglio.

art. 9.

Nel caso di gravi trasgressioni della presente legge e del relativo regolamento il prefetto, senza pregiudizio delle sanzioni penali che fossero applicabili, può sentito il consiglio provinciale di sanità, al quale è per l'oggetto aggregato il medico alienista, di cui all'articolo precedente, sospendere o revocare

l'autorizzazione di apertura e di esercizio pei manicomi privati.

Contro tale provvedimento è ammesso il ricorso al ministro dell'Interno, il quale provvede, sentito il Consiglio di Stato o il Consiglio superiore di sanità, a seconda dell'indole della controversia.

Pei manicomi pubblici si provvede in conformità della legge che regola l'ente, al quale appartengono.

art. 10.

Le disposizioni degli articoli 98 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e 124 del regolamento amministrativo 5 febbraio 1891, n. 99, sono applicabili a tutti i manicomi pubblici e privati.

Legge 13 maggio 1978, n. 180

ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI E OBBLIGATORI

pubblicata nella Gazz. Uff. 16 maggio 1978, n. 133.

Art. 1

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2

Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale.

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare

tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel precedente comma.

Art. 3

Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori

in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale.

Il provvedimento di cui all'articolo 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 e dalla convalida di cui all'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all'articolo 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore

durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Art. 4

Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulla richiesta di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 5

Tutela giurisdizionale.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'articolo 3, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo aver assunto informazioni e raccolte le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Art. 6

Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello Stato o di enti e istituzioni pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui ai successivi commi.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in

vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

I servizi di cui al secondo e terzo comma del presente articolo - che sono ordinati secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 - al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo articolo 7.

Art. 7

Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti la assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e di Bolzano.

L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli articoli 12 e 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, numero 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restano ferme fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, e comunque non

oltre il 1° gennaio 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza si applicano i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all'articolo 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extra ospedalieri.

I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità di intesa con le regioni e l'Unione delle province di Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'articolo 6, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui all'ottavo comma, del presente articolo.

Con decorrenza dal 1° gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento

economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale pubblici e il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

Art. 8 Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici.

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge stessa. Il primario responsabile della divisione, entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresì tenuto agli adempimenti di cui al quinto comma dell'articolo 3.

Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera secondo le norme di cui all'ultimo comma dell'articolo 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui all'articolo 3.

L'omissione delle comunicazioni di cui ai commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio. Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

Art. 9 Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici.

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica

27 marzo 1969, n. 128.

Art. 10 Modifiche al codice penale.

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: “di alienati di mente”.

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: “di infermi di mente o”.

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: “a uno stabilimento di cura o”.

Art. 11 Norme finali.

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati” e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica.

XVI Legislatura - CAMERA DEI DEPUTATI - 29 luglio 2010

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA PSICHIATRICA

(C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C.2065 Ciccioli, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri)

PROPOSTA DI TESTO UNIFICATO ELABORATA DAL RELATORE

Art. 1. (Principi generali)

Il Servizio sanitario nazionale (SSN), tramite le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, garantisce la promozione e la tutela della salute mentale del cittadino, della famiglia e della collettività mediante i dipartimenti di salute mentale (DSM) istituiti presso le aziende sanitarie locali (ASL).

Ogni DSM assicura direttamente o indirettamente le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da disturbi psichici di qualsiasi gravità, mediante l'integrazione di attività finalizzate alla continuità degli interventi per l'intero ciclo di vita della persona affetta da disturbo mentale. È istituita un'Agenzia regionale presso l'Assessorato regionale alla salute che, in collaborazione con l'Assessorato al lavoro ed alla previdenza sociale, si dedichi alla prevenzione ed alla programmazione socio-sanitaria, per la realizzazione, il coordinamento ed il monitoraggio delle attività dei DSM, che abbiano come aree di competenza la neuropsichiatria infantile, la psichiatria, la psicogeriatrica, la psicologia e le dipendenze patologiche. Alle attività dell'Agenzia regionale sono chiamati a partecipare, oltre ai tecnici individuati dagli Assessori alla sanità ed al lavoro ed alla previdenza sociale, anche rappresentanti sia delle associazioni composte esclusivamente da familiari delle persone affette da disturbi psichici sia dei vari operatori della salute mentale.

Art. 2 (Attività di prevenzione)

Il SSN garantisce tutte le attività finalizzate alla prevenzione della salute mentale erogate dalle unità operative componenti il DSM in ambito scolastico, lavorativo e in ogni situazione socio-ambientale a rischio psicopatologico.

L'assessore regionale competente per la salute provvede alla predisposizione di appositi protocolli delle attività di prevenzione e di assistenza, da attivare sul territorio di competenza in collaborazione con i tecnici e con i rappresentanti delle associazioni dei familiari delle persone affette da disturbi psichici, delle organizzazioni di volontariato e di altre associazioni operanti nel settore, individuate dal medesimo assessore.

Art. 3 (Attività di cura)

Le attività terapeutiche prevedono la centralità operativa del DSM che eroga prestazioni assistenziali e sanitarie in ambito ospedaliero, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Nelle competenze del DSM, oltre ai servizi previsti dal progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1998-2000», di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22 novembre 1999, sono previsti servizi per la doppia diagnosi relativamente alle dipendenze patologiche e alle disabilità, tenuto conto anche dei livelli essenziali di assistenza sanitaria stabiliti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002.

Il DSM coordina le proprie attività indirizzate al trattamento della psicopatologia di persone caratterizzate da fragilità sociale di interesse sanitario e di quelle appartenenti ad altri contesti etnici con le attività svolte dagli altri servizi sociali e sanitari presenti sul territorio di competenza.

Alla persona affetta da disturbi psichici è garantita la libertà di scelta del medico, dell'operatore sanitario e del luogo di cura, purché limitata alle aziende sanitarie confinanti rispetto alla residenza, compatibilmente con i limiti oggettivi dell'organizzazione sanitaria e con le strutture in grado di offrire un trattamento adeguato allo stato di salute psichica e fisica dell'interessato. Ogni regione assicura nell'area di emergenza e accettazione all'interno degli ospedali sedi dei servizi di psichiatria la presenza di uno spazio operativo per tutte le ventiquattro ore giornaliere, per gli interventi urgenti, per le emergenze e per le osservazioni psichiatriche; sono inoltre istituite *équipe* mobili per le realtà metropolitane identificate dalla regione, nonché per interventi urgenti, garantiti per tutte le ventiquattro ore giornaliere, a livello territoriale

e domiciliare. È altresì assicurato, per ogni ASL, un centro di ascolto e di orientamento specialistico, finalizzato alla raccolta di richieste provenienti da pazienti, familiari, istituti e istituzioni e strutturato in modo tale da poter fornire adeguate e tempestive indicazioni per risolvere problematiche specifiche.

Il DSM è organizzato in modo da poter svolgere funzioni assistenziali e sanitarie in ambito ospedaliero, domiciliare, territoriale, residenziale e semi-residenziale. Il DSM presta assistenza al malato in fase di acuzie e garantisce la presa in carico successiva al ricovero o alla consultazione attraverso un contratto terapeutico con il paziente o con il suo rappresentante legale e, ove opportuno, con i familiari che convivono con il malato o che si occupano in modo continuativo dello stesso, fatta eccezione per le condizioni di accertamento sanitario obbligatorio (ASO) e di trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

L'ASO è proposto da un medico del SSN. I DSM devono prevedere strutture idonee, preferibilmente situate presso la sede del dipartimento di emergenza e accettazione (DEA), per l'effettuazione di un'osservazione clinica che non superi le quarantotto ore di degenza, al termine delle quali sono segnalate al paziente e al medico curante le conclusioni cliniche riguardanti la successiva assistenza da erogare al paziente.

Il TSO per malattia mentale, che assume la definizione di trattamento sanitario necessario (TSN), in quanto senza consenso, dura ventuno giorni e si applica con la procedura di cui all'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le condizioni che hanno dato origine al TSN devono essere verificate per iscritto dopo dieci giorni. Il TSN può essere interrotto ove il paziente non presenti più le suddette condizioni. Qualora tali condizioni permangano, il TSN può essere rinnovato per altri ventuno giorni e, ove necessario, ulteriormente. Il TSN può essere effettuato:

- a) in condizione di degenza ospedaliera, nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- b) presso le strutture residenziali di riabilitazione delle ASL;
- c) presso il domicilio del paziente, qualora sussistano adeguate condizioni di

sicurezza per lo stesso e per la sua famiglia.

8. Il TSN si effettua quando:

- a) esistano condizioni cliniche che richiedono un urgente trattamento terapeutico;
- b) non vi sono diverse possibilità di trattamento, anche in relazione al contesto di vita del paziente e al suo livello di autonomia;
- c) l'assenza di trattamento sanitario comporta comunque un serio rischio di aggravamento per la tutela della salute del malato, non essendo il paziente cosciente della malattia e rifiuta gli interventi terapeutici.

9. Il TSN deve essere preceduto dalla convalida della proposta, di cui al terzo comma dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da parte di uno psichiatra del DSM. In attesa del provvedimento con il quale il sindaco dispone il TSN, il paziente, quando se ne ravvedono le condizioni di urgenza, può essere ricoverato presso la struttura del DEA destinata agli interventi urgenti e alle osservazioni psichiatriche ai sensi del comma 5. La proposta del TSN deve contenere le motivazioni che inducono all'intervento e la sede di attivazione delle stesse.

10. Il procedimento relativo all'ASO e al TSN, senza consenso, nonché la tutela giurisdizionale di tali procedimenti, sono regolati dall'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

11. È istituito il trattamento necessario extraospedaliero prolungato (TSNEP), senza consenso, finalizzato alla cura di pazienti che necessitano di trattamenti sanitari per tempi protratti in strutture diverse da quelle previste per i pazienti che versano in fase di acuzie, nonché ad avviare gli stessi pazienti a un percorso terapeutico-riabilitativo di tipo prolungato. Il TSNEP ha una durata di sei mesi e può essere interrotto o ripetuto. Il TSNEP è un progetto terapeutico prolungato, formulato dallo psichiatra del DSM in forma scritta, nel quale sono motivate le scelte terapeutiche vincolate e non accettate dal paziente a causa della sua patologia. Il TSNEP è disposto dal sindaco entro quarantotto ore dalla trasmissione del progetto da parte del DSM ed è approvato dal giudice tutelare. Il TSNEP è finalizzato alla possibilità di vincolare il paziente al rispetto di alcuni principi terapeutici quali, l'accettazione delle cure e la permanenza nelle comunità accreditate o nelle residenze protette,

per prevenire le ricadute derivanti dalla mancata adesione ai programmi terapeutico-riabilitativi. Nel corso del trattamento sono disposte azioni volte a ottenere il consenso del paziente al programma terapeutico e la sua collaborazione. Lo psichiatra responsabile del progetto che motiva il TSNEP verifica periodicamente l'andamento del progetto e presenta almeno ogni tre mesi al giudice tutelare un aggiornamento sull'andamento dello stesso. Il TSNEP può prevedere esclusivamente le limitazioni della capacità o della libertà di agire del paziente espressamente specificate dal giudice tutelare in sede di approvazione del progetto del medesimo TSNEP. In caso di gravi o di protratte violazioni del progetto, è effettuata un'apposita comunicazione al giudice tutelare il quale, su proposta dello psichiatra, provvede alle modifiche necessarie o alla sospensione del TSNEP. Il Giudice tutelare nomina per la persona sottoposta al TSNEP un amministratore di sostegno.

12. Qualora sia presente la volontarietà, si può ricorrere ad un contratto terapeutico vincolante per il proseguimento delle cure, che preveda il mantenimento degli accordi intercorsi tra il paziente, i suoi familiari eventualmente coinvolgibili e lo psichiatra del DSM cui spetta lo sviluppo del programma terapeutico-riabilitativo del paziente. Il contratto terapeutico vincolante può sostituire il TSNEP, dopo che ne sia stata data comunicazione al Sindaco e al Giudice Tutelare, che può revocare la nomina dell'amministratore di sostegno. Il DSM è responsabile della corretta erogazione delle terapie previste dal contratto terapeutico vincolante e dell'adesione allo stesso da parte sia delle persone preposte alla cura che del paziente.

13. Nei casi in cui il paziente, dopo aver sottoscritto il contratto terapeutico vincolante, rifiuti ugualmente le terapie ivi illustrate, lo psichiatra curante del DSM, ove riscontri che il dissenso del paziente non sia informato, consapevole, autentico ed attuale ne dà atto in una relazione che deve essere trasmessa al Sindaco ed al Giudice Tutelare. Nella relazione dello psichiatra deve essere indicato anche il percorso terapeutico ritenuto idoneo per la tutela della salute del paziente.

14. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura deve disporre di spazi adeguati ad accogliere pazienti in trattamento volontario ed in trattamento sanitario obbligatorio. Esso deve inoltre assicurare un'adeguata consulenza

per i problemi di salute mentale dei pazienti ricoverati negli altri reparti dell'ospedale generale.

Art. 4 (Attività di riabilitazione)

1. Il DSM assicura le attività riabilitative psico-sociali con gestione, diretta e indiretta, nelle seguenti strutture:

- a) strutture ambulatoriali, anche con interventi domiciliari;
- b) strutture residenziali, quali presidi di cura e riabilitazione intensiva o estensiva, a ciclo diurno o continuativo, e residenze sanitarie assistite;
- c) strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale.

2. Il DSM attua il reinserimento del paziente nel contesto familiare o abituale ovvero in strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie con progetti personalizzati, verificati periodicamente dallo psichiatra cui compete la presa in carico del paziente. Le attività di riabilitazione garantiscono la qualità delle attività svolte, in organico collegamento e in continuità terapeutica con i servizi che costituiscono il DSM e con gli eventuali centri terapeutico-riabilitativi accreditati cui è stato affidato il paziente.

3. Le procedure di accreditamento delle strutture residenziali pubbliche e private devono prevedere la definizione delle varie tipologie strutturali (comunità terapeutica, residenza protetta, casa alloggio, centro diurno o altro) le risorse umane necessarie, le attività che vi debbono essere svolte e i meccanismi di controllo di qualità.

Art. 5 (Rapporti tra DSM e università)

1. Nell'ambito degli accordi tra le regioni e le università, le cliniche psichiatriche universitarie sono tenute: a) allo svolgimento di un'attività soprazonale (attraverso un'adeguata dotazione di posti letto e l'attivazione di centri di riferimento per la diagnosi e la terapia di specifici disturbi mentali e per la pratica di specifici interventi psicoterapeutici e riabilitativi); b) ad assumere la responsabilità della tutela della salute mentale in un'area territoriale definita, di norma attraverso la gestione di un DSM, a seguito di convenzione tra l'azienda universitaria e l'azienda sanitaria locale di competenza.

Art. 6 (Assistenza psichiatrica dei detenuti)

In attuazione del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, le ASL nel cui territorio di competenza insistono le case circondariali attivano adeguate risorse per l'erogazione delle prestazioni da parte dell'*équipe* del DSM competente per l'assistenza ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale dei detenuti che necessitano di assistenza psichiatrica o psicologica. Sono stipulati specifici protocolli d'intesa tra le ASL e l'autorità giudiziaria per reperire spazi adeguati all'interno delle case circondariali da destinare al trattamento ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale dei malati di mente autori di reato che, per la persistenza della pericolosità sociale, non possono essere trattati all'esterno del luogo di detenzione, ovvero che permangono in stato di detenzione perché imputabili.

Le regioni individuano, in collaborazione con i tribunali ordinari e di sorveglianza, specifici percorsi di trattamento alternativi al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (OPG), da realizzare con la collaborazione della rete dei servizi esterni al carcere e finalizzati alla tutela del diritto alla cura dei soggetti malati di mente autori di reato, sia nella fase del giudizio che in quella dell'esecuzione della pena. In qualunque fase del percorso di trattamento alternativo all'OPG, i compiti e gli oneri delle cure sono posti a carico del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, tramite le regioni; i compiti e gli oneri della custodia del soggetto malato di mente, autore di reato e socialmente pericoloso, sono di competenza del Ministero della giustizia. Gli OPG esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge mantengono la loro organizzazione per tutta la fase iniziale di realizzazione della rete dell'assistenza ai sensi del presente articolo da parte del servizio sanitario regionale nelle case circondariali.

Art. 7 (Obbligo del medico psichiatra del servizio pubblico di recarsi al domicilio del paziente)

1. Al fine di prevenire l'aggravarsi delle condizioni cliniche in caso di esordio della psicopatologia, su segnalazione dei familiari o conviventi, o di assicurare la continuità assistenziale, lo psichiatra del DSM si reca presso il domicilio del paziente affetto da disturbi psichici che non si presenta all'appuntamento fissato nell'ambito del progetto terapeutico il prima possibile e comunque

entro i cinque giorni successivi all'incontro stabilito e disertato dal paziente stesso. In caso di omissione lo psichiatra competente deve fornire motivate giustificazioni scritte al fine di non incorrere in sanzioni.

Art. 8 (Diritti dei familiari)

Lo psichiatra del DSM è tenuto ad informare sullo stato di salute mentale del paziente in carico affetto da disturbi psichici e sulle cure necessarie: al coniuge, ai genitori, ai fratelli o alle sorelle, ai figli maggiori o ai parenti conviventi, o in assenza di questi, agli eventuali conviventi stabili previa autorizzazione del giudice tutelare, che si occupano abitualmente dello stesso. Nei casi in cui la convivenza dei familiari con la persona affetta da problemi psichiatrici comporta dei rischi per l'incolumità fisica del malato stesso o dei suoi familiari, il DSM, in collaborazione con i servizi sociali del comune di residenza del malato, trova una soluzione residenziale idonea alle esigenze della persona affetta da problemi psichiatrici.

Art. 9 (Quota di riserva dei livelli essenziali di assistenza)

1. Una quota percentuale del 7% (da riconsiderare annualmente) di quanto destinato ai Livelli Essenziali di Assistenza di cui al D.P.C.M. 29/11/2001 è destinata, con vincolo di spesa, all'assistenza, ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale residenziale e ospedaliera per persone con problemi psichiatrici ed alle loro famiglie.
2. L'Assessore alla Salute, coadiuvato dall'Agenzia di cui all'art. 1 comma 3, di ogni Regione vigila ed è responsabile della corretta ed effettiva allocazione di spesa della quota di riserva ivi prevista e, a tal fine, rende il conto della gestione di tale quota di riserva su base annuale al Presidente della Giunta regionale che lo riferisce, ai fini del necessario controllo, alla Conferenza Stato-Regioni e al Ministero della Salute.

Art. 10 (Disposizione finale)

1. Le Regioni, entro sei mesi dall'approvazione della legge, devono individuare le strutture residenziali di riabilitazione intensiva presso cui sia possibile disporre il TSN (con almeno un posto per 20.000 abitanti).

2. Le Regioni inadempienti a due anni dall'approvazione della legge, dopo richiamo da parte del Ministero della Salute, sono sottoposte a nomina di speciali commissari *ad acta* per l'applicazione della legge stessa.

Pietro Barbetta, Didatta di Psicoterapia presso il Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Professore di Psicologia dinamica e Teorie psicodinamiche presso l'Università di Bergamo, Psicoterapeuta presso il "Centro Isadora Duncan". Autore di diversi saggi, tra i quali: *Anoressia e isteria* (Raffello Cortina), *Lo schizofrenico della famiglia* (Meltemi), *I linguaggi dell'isteria* (Mondadori Università). Nel settembre 2012 è prevista l'uscita di *Follia e creazione. Il caso clinico come esperienza letteraria* (Mimesis).



La libreria di *doppiozero* è un nuovo modo per trovare in rete libri di qualità, scoprire nuovi autori, rileggere testi dimenticati. *doppiozero* è un'associazione non-profit impegnata in iniziative culturali innovative. È una rivista che legge criticamente l'attualità, una comunità di autori e lettori e ora una casa editrice che offre la possibilità di acquistare libri elettronici in formato aperto, senza criptazioni proprietarie, cioè liberi di essere usati, oggi e domani. Insieme a tutte le altre nostre iniziative, la libreria è per *doppiozero* un'occasione di condivisione e di crescita comune, un impegno con i lettori, un'anticipazione di futuro per la cultura. Contribuite con noi a renderlo possibile.

associazione culturale doppiozero / via a. fioravanti 3 / 20154 milano / www.doppiozero.com
Matto come un cavallo / © Pietro Barbetta per doppiozero / pubblicato luglio 2012 / a cura di doppiozero /
redazione Luigi Grazioli / progetto grafico Paola Lenarduzzi (studiopaola) / impaginazione Paolo Vigorito

Il presente file può essere usato esclusivamente per finalità di carattere personale. Tutti i contenuti sono protetti dalla Legge sul diritto d'autore. doppiozero declina ogni responsabilità per ogni utilizzo del file non previsto dalla legge.
