

“Martedì 13 maggio 2008 si è svolto all’Auditorium dell’Ordine dei Medici di Napoli il convegno 13/5/1978 - 13/5/2008 30 anni di Riforma Psichiatrica: bilanci e prospettive, con interventi di Guelfo Margherita, Narciso Maturo, Maurizio Mottola, Fausto Rossano, Felice Zoena.

La legge 180 di riforma psichiatrica fu legiferata il 13 maggio 1978, a larghissima maggioranza, poche settimane prima della data (già stabilita) di svolgimento del referendum promosso dal partito radicale e richiedente l’abrogazione della legge manicomiale del 1904 e dei relativi regolamenti manicomiali del 1909.

Tale approvazione evitò il referendum, però evitò anche l’ampio confronto nel paese su di un tema -la follia-, che suscita una profonda paura, seconda unicamente alla paura della morte.

Pertanto ad una significativa riforma è stato sottratto il diffuso dibattito (nel caso di svolgimento del referendum), che avrebbe invece consentito ai cittadini un’adeguata elaborazione e di affrontare già allora gli aspetti che negli anni successivi hanno determinato inadempienze e disagi.

Inoltre avendo anticipato la successiva riforma sanitaria del dicembre 1978 (la legge n. 833) ha spiazzato le impreparate amministrazioni regionali che hanno impiegato parecchi anni per varare le relative normative regionali, lasciando le Unità Sanitarie Locali di allora nel più completo isolamento, prive di direttive ed affidate alla buona volontà degli operatori del settore.

Dunque l’attuazione del modello organizzativo previsto -basato sulla centralità dell’assistenza psichiatrica territoriale rispetto al ricovero ospedaliero- ha subito vicende alterne, scontrandosi con le risapute inefficienze e burocraticismi degli enti locali.

Gli stessi operatori -impegnati nell’applicazione delle nuove modalità di assistenza psichiatrica- si sono continuamente scontrati con marcati inadempimenti, con vistose indisponibilità di mezzi e risorse e talvolta con vere e proprie ostilità del contesto che non era stato messo in condizione di confrontarsi con un cambio di atteggiamento a livello culturale (e quindi normativo) nei confronti del malato mentale.

Gli sviluppi scientifici dei modelli biologico, psicoterapeutico, psicosociale consentivano di affrontare in maniera multidisciplinare la malattia mentale in un contesto che invece era condizionato ancora notevolmente dalla paura della follia da un lato e dall’altro dalla mancanza di efficienza delle istituzioni, logorate dalla frammentazione degli interventi e legate a tempi oggettivi completamente distanti dalle esigenze della collettività.

Inoltre le risorse finanziarie destinate per la promozione della salute mentale e del benessere psicofisico sono considerate erroneamente una spesa, quando sono invece nei dati delle ricerche forniti dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un investimento, in quanto la maggiore risorsa naturale delle nazioni sono i cittadini e perciò promuovere efficacemente la salute ed il benessere dei cittadini significa dunque incrementare la prosperità di una nazione.

Se si intende inoltre per prevenzione non solamente la diagnosi precoce e la rimozione delle possibili cause patogene, bensì la promozione e l’impiego di tecniche e metodiche attinenti alla più specifica delle risorse dell’individuo -la sua mente-, allora ne deriva che per la prevenzione del disagio psichico e l’implementazione della salute mentale occorre incrementare l’accessibilità alle cure nelle sue varie articolazioni.

i *Alla salute mentale viene in molti paesi destinato meno dell’1% dei fondi sanitari e la stessa salute mentale non ha la priorità che le andrebbe attribuita, in considerazione anche del fatto che quella mentale è la più specificamente umana delle malattie.*

Infatti gli sviluppi scientifici dei modelli biologico, psicoterapeutico, psicosociale consentono di affrontare in maniera multidisciplinare la malattia mentale, laddove in molti contesti la paura della follia costituisce un deterrente che interferisce con l’adeguato trattamento dei disturbi mentali.

Quindi vincere il confronto con l’esiguità dei fondi ed i pregiudizi che ancora ineriscono la malattia mentale è la svolta che consentirebbe di investire sulla promozione della salute mentale e del benessere psicofisico dei cittadini, piuttosto che cronicizzare le cure e quindi finire con

l'impiegare più fondi e più risorse, senza ridurre significativamente il rischio di disagi psichici e disturbi mentali.

In Italia -dove c'è stato un considerevole aumento del consumo di psicofarmaci- il futuro della legge 180 è dunque affidato alla scelta politica di voler destinare le risorse adeguate all'assistenza psichiatrica, sia tenendo conto che rendere operative e funzionali strutture che seguano il paziente psichiatrico nelle varie fasi del percorso assistenziale è un impegno politico-sociale di civiltà con i suoi relativi costi, sia rendendosi conto che tale scelta va anche sostenuta a livello culturale con informazioni ed iniziative che contribuiscano ad elaborare la radicata paura della follia.

Altrimenti si corre il rischio di rientrare nell'ambito delle tentate soluzioni, che possono anche aggravare la situazione piuttosto che renderla migliore.

Il concetto di salute mentale implica necessariamente il tema della normalità, che è di per sé omogenizzante, adattativo e riduttivo delle molteplici differenze individuali. Lo sviluppo della mente -che è un'interfaccia tra cervello (individuo) ed ambiente circostante- è condizione basilare del processo di adattamento, senza il quale non ci sarebbe un'equilibrata dimensione adulta ed una pacifica convivenza sociale. Ma nella società tecnologica e di massa lo scotto da corrispondere all'adeguamento sociale è tale per cui spesso l'individuo si aliena ed estranea da un proficuo contatto con le sue parti più profonde e vitali. Più che di individui normali la società si compone sempre più di soggetti normotici, cioè iperadattati, estraniati da se stessi ed assorbiti in ritmi spiazanti dettati dall'esterno, con continuative frustrazioni e laceranti disillusioni. Dunque salute mentale sempre più come normalizzazione e gli interventi relativi sempre più orientati a rendere tollerabile l'adattamento psicosociale, piuttosto che a sostenere il processo di crescita e di individuazione della persona.

Inoltre aumenta il processo di virtualizzazione che intacca l'antico concetto di principio di realtà, che viene estremamente relativizzato e quindi ne scaturisce un profondo smarrimento per mancanza di significativi punti di riferimento: la realtà virtuale conferisce al principio di realtà la connotazione di essere il più possibile tra i tanti probabili e gli toglie quindi la prerogativa dell'unicità. Eppure nella quotidianità c'è bisogno di certezze e queste vengono costruite con ambivalenza e provvisorietà, le quali deprivano il soggetto del vissuto di radicamento tanto importante per una equilibrata identità personale. Comunque l'eccesso di informazioni e stimoli (ne riceviamo in una sola giornata quanti i nostri antenati ne ricevevano in un mese) sollecita continuamente la nostra mente, che non sempre li filtra ed elabora in maniera adeguata, per cui si determinano dei vuoti di significato con rischio di atteggiamenti e comportamenti regressivi e di risposte stereotipate.

Pertanto e paradossalmente proprio nel momento storico in cui maggiore è la diffusione della rete assistenziale nell'ambito della salute mentale, c'è invece un vuoto di sostegno esistenziale nei confronti del comune individuo, sempre più alle prese nel quotidiano con il rischio ed il vissuto della sofferenza psichica. In effetti clinicizzare o psicologizzare il disagio mentale non può esaudire compiutamente la complessità di bisogni e desideri dell'individuo e la molteplicità di interazioni che stabilisce. E poi oltre un buon adattamento ed una valida capacità di risposta all'ambiente esterno ci sono possibilità che l'individuo si realizzi, cioè espanda la propria coscienza? Nella nostra cultura c'è un'ampia concettualizzazione di inconscio, mentre manca quella di superconscio, di funzionamento della coscienza in termini di integrazione istintivo-emotivo-cognitiva. Ciò potrebbe dipendere dal fatto che la psicologia e la psichiatria contemporanee sono nate su casi clinici e cioè sulla psicopatologia. Mentre in medicina esistono tanti studi sulla fisiologia dell'atleta, non esistono approfondimenti analoghi su una possibile psicologia del saggio.

Pertanto il contrario della follia non è la salute mentale, la normalità, bensì la realizzazione dell'essere umano, la consapevolezza, la saggezza.

La psichiatria, che sul piano epistemologico e culturale si presenta come disciplina complessa e persino ambigua, si trova ancora oggi in difficoltà a coniugare la sua dimensione

medico-psicosociologica con la funzione di controllo sociale che dai tempi della sua origine la collettività le demanda.

Stretta tra lo sviluppo straordinario delle neuroscienze e l'area plurivariegata delle discipline psicosociologiche in una sorta di serrata contesa tra loro, la psichiatria corre il rischio di vedere minacciata la sua autonomia e progressivamente impoverite le sue aree di intervento, con lo schiacciamento della sua posizione a mera funzione di controllo sociale.

E i recenti interventi della magistratura sembrano richiamarla soprattutto a tale funzione di controllo sociale.

Si sta confermando la tendenza a condannare psichiatri che hanno in cura soggetti che poi commettono omicidio o suicidio. Dopo la sentenza definitiva emessa dalla Corte di Cassazione il 15 novembre 2007 di condanna a 4 mesi per omicidio colposo dello psichiatra Euro Pozzi, il cui paziente psicotico da lui in cura aveva ucciso a coltellate -il 24 aprile del 2000- un educatore professionale della comunità residenziale di Imola (Bologna), ecco che il 16 gennaio 2008 la terza sezione della Corte d' appello di Torino ha condannato Maurizio Desana, primario del dipartimento di salute mentale dell' Asl 6 - cui afferisce il reparto psichiatrico del presidio ospedaliero di Ciriè (Torino)-, ed i suoi colleghi Giuseppa Di Franco, Cristina Donadio, Giulietta De Carli e Michele Pessot a 4 mesi per omicidio colposo: infatti il 17 marzo del 2002 Giuseppe Borello, 38 anni, geometra di Caselle (Torino), si era tolto la vita gettandosi da una finestra dal presidio ospedaliero di Ciriè (Torino), dove era ricoverato nel reparto psichiatrico a causa di una grave forma di depressione. Inoltre nel marzo 2008 è stato sospeso dal servizio per cinque anni (su decisione del Direttore Generale dell'ASL 8 di Cagliari, Gino Gumirato) lo psichiatra Gian Paolo Turri, primario del reparto psichiatrico (servizio psichiatrico di diagnosi e cura) del presidio ospedaliero Santissima Trinità di Cagliari, in quanto rinviato a giudizio per "omicidio colposo per mancata vigilanza", relativamente al fatto che il 22 giugno 2006 era morto nel reparto psichiatrico da lui diretto il paziente Giuseppe Casu, ricoverato e tenuto in contenzione per un periodo eccessivo. La magistratura aveva aperto un'inchiesta ed appena aveva disposto il rinvio a giudizio dello psichiatra Gian Paolo Turri, questi il 3 marzo 2008 era stato immediatamente sospeso dal servizio per cinque anni ! Il vertice dell'ASL ha operato un cambiamento epocale del diritto in Italia: ha trasformato l'imputato in condannato. A questo punto lo svolgimento del processo è una procedura che riguarda solo la magistratura: l'ASL infatti ha già decretato il verdetto ! Imputati di ben altri reati (corruzione, estorsione, associazione mafiosa o camorristica e via dicendo), sanitari e non sanitari dipendenti del servizio pubblico, restano in servizio fino alla sentenza definitiva ed invece -per un reato eventuale per il quale in caso di colpevolezza la condanna minima è di quattro mesi- il primario psichiatra viene sospeso dal posto di lavoro: dalla psichiatria difensiva all'accanimento burocratico.

Attualmente uno dei fattori che connota il servizio sanitario nazionale è il disequilibrio tra qualità professionale e qualità organizzativa. Medici ed operatori competenti senza supporto organizzativo adeguato non sono in grado di rispondere in maniera ottimale alle richieste dell'utenza, così come strutture debitamente organizzate ma con professionisti impreparati producono "malpratica" e sprechi. Dunque, per avere un accettabile standard delle prestazioni sanitarie diffuso nell'intero servizio sanitario nazionale, occorre una convergenza e compenetrazione della qualità professionale dei sanitari e della qualità organizzativa delle strutture. Obiettivo non sempre facilmente raggiungibile laddove si oscilla tra "burocaticismo" e tentativi (a volte maldestri) di "aziendalizzazione", il che molto spesso cristallizza situazioni in cui si lavora male e si sprecano risorse, nonostante l'impegno degli operatori.

In Italia anche quelle volte in cui si varano norme riformatrici, poi occorrono lustri prima che siano concretamente ed ordinariamente applicate: un modo del tutto italiano di riformare”.

Maurizio Mottola

psichiatra e psicoterapeuta, componente del Gruppo di lavoro Salute Mentale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)