

Salute mentale: la clinica orienta o disorienta?

ANTONINO RIOLO

DIRIGENTE MEDICO DI PSICHIATRIA

CENTRO DI SALUTE MENTALE "DOMIO" - ASS N. 1 TRIESTINA

Storicamente il malato mentale è stato sempre considerato sin dagli albori dell'istituzione manicomiale come di per sé fattore di insicurezza per lui e soprattutto per la società tutta, tanto da doverne restringere il campo d'azione delimitandolo entro il perimetro di quegli stabilimenti "ospedalieri", deputati a svolgere una funzione di controllo e di garanzia rispetto anche ad una evoluzione (prognosi) della malattia che si presumeva essere poco o nulla favorevole. La "clinica" praticata per secoli in quei contesti era pertanto ancillare rispetto ad una idea di pericolosità assurda a dogma, venendo applicata scrupolosamente a tutto quanto veniva giudicato diverso (altro) dalla cosiddetta normalità o dai poteri forti di questa o quella epoca storica.

Nella Roma del '600 una autorità indiscussa come Francesco Barberini, cardinale protettore del Santa Maria della Pietà, si premurava di raccomandare al Capo dei Guardiani di ulteriormente sottoporre a limitazioni della libertà di movimento gli internati mediante catene o altri mezzi di contenzione.

In realtà più che in funzione di un ragionamento clinico, ancora di là da venire, si statuiva che il “pazzo” fosse elemento destabilizzante per la pubblica quiete e sicurezza come era dato leggere, ad esempio, nel regolamento leopoldino del ‘700, ispirato dal famoso medico Vincenzo Chiarugi, entrato in vigore nel Granducato di Toscana per normare i due spedali fiorentini di Santa Maria Nuova e Bonifazio.

In uno degli articoli di questo documento si coglie, tra l’altro, un timido accenno ad una sorta di riguardo e/o protezione nei confronti degli internati perché non fosse introdotto”...né fuoco, né lumi, né genere di arnese o utensile che possa in qualche maniera nuocere al demente...”, laddove venivano assegnate mansioni di sicurezza generale ai cosiddetti serventi, sorta di infermieri dell’epoca.

In realtà sappiamo che i manicomi potevano preservare la società ma di certo non salvaguardavano la sicurezza dei ricoverati che riuscivano ugualmente a fabbricare strumenti con i quali togliersi la vita o attentare a quella di altri ricoverati.

Anche nell’ottocento, stavolta sotto le insegne sabaude ma in una prospettiva che voleva già essere di uniformità nazionale, non mancarono iniziative simili come il progetto di legge Bertini, ispirato da un altro medico tal Giovanni Stefano Bonacossa, poi non approvato in via definitiva dal parlamento solo per l’incalzare di vicende storico-politiche sfavorevoli, che intendeva giustificare il ricorso alla custodia dei cosiddetti mentecatti compromettenti l’ordine e la sicurezza pubblica nonché quella delle famiglie. Qui il razionale “clinico” poggiava sull’“evidenza” che prima si rinchiudeva il mentecatto nel manicomio e meglio era per lui e per la società, in funzione di un precoce evitamento di comportamenti rischiosi da parte degli alienati che potevano commettere reati contro le cose o contro le persone.

Il modello clinico che orientava queste espressioni del pensiero sociale era puramente organicista nel senso di presagire un oscuro meccanismo cerebrale che presiedeva alle alterazioni mentali e, malgrado la ricerca psico-biologica non fosse neppure a livello embrionale, si dava per assodato che tutto dipendesse da una causa organica.

L’obbligatorietà del ricovero in manicomio per tutti coloro che fossero risultati pericolosi o scandalosi era finalizzata a motivi di

custodia e di sicurezza, oltre che di cura (?), come veniva definito dalla legge italiana del 14 febbraio 1904; ancora una volta la clinica, ispirata dalle teorie lombrosiane circa la pericolosità congenita del malato di mente, attraverso l'iscrizione degli infermi al casellario giudiziale, l'interdizione obbligatoria e lo stesso obbligo per i medici privati di denunciare alle autorità i loro assistiti che dessero anche solo sospetto di essere pericolosi, orientava il Legislatore per un intervento che doveva privilegiare non già la cura bensì la sicurezza sociale.

Solo l'intuizione basagliana della complessità della clinica in cui confluiscono elementi biologici-psicologici-familiari-relazionali-sociali-contestuali, approdata nella legge di riforma del dicembre 1978, poté togliere il bavaglio alla medicina della mente basata unicamente sul modello neuropatologico dei disturbi psichici che aveva trasformato gli psichiatri in secondini delle passioni umane e che, ancor oggi, rischia di farci apparire i controllori/garanti della sicurezza sociale.

La legge "Basaglia" non ha tuttavia intaccato, in questi trentacinque anni dall'entrata in vigore, quel patto scellerato che ha unito a doppio filo clinici e politici, impedendo tra l'altro di archiviare l'istituto dell'ospedale psichiatrico giudiziario, sopravvissuto allo sconsigliamento del binomio modello neuropatologico=pericolosità sancito dalla riforma e che rischia di perpetuarsi in altre forme anche qualora con il 2014 si dovesse dar corso alla abolizione dei "manicomini criminali" operanti ancora a pieno regime in Italia.

Qui, in verità, occorre soffermarsi un attimo sul senso del nostro richiamo geo-storico in quanto la questione ovviamente travalica i confini nazionali e per quanto gli Stati si siano dotati di dispositivi di legge più moderni e avanzati in materia di salute mentale dei cittadini, persistono a tutt'oggi prassi che riportano indietro le lancette della storia, riproponendo l'ancestrale equivalenza pazzo=insicurezza.

Non volendo in questa sede commentare il dato europeo che vede comunque moltiplicarsi ogni anno il numero di posti letto nelle strutture a basso, medio o alto grado di sicurezza per i malati autori di reati, basti pensare a quanto occorso nel nostro Paese, laddove un collega è stato condannato con sentenza passata in giu-

dicato per l'omicidio commesso da un assistito, del quale aveva la responsabilità del progetto terapeutico-riabilitativo, verso un operatore della Comunità nella quale questo paziente era inserito.

Euro Pozzi, questo il nome del collega psichiatra, ebbe a scrivere alcuni anni fa in un suo articolo dal titolo esemplare "Microfisica dell'Insicurezza" che "...la clinica non può contribuire alla sicurezza sociale né attraverso gli psicofarmaci né attraverso i ricoveri volontari o meno (trattamenti sanitari obbligatori)...mentre la relazione con il paziente, se svincolata da finalità di prevenzione, cura e riabilitazione può innescare in entrambi i protagonisti della relazione medesima timori ingiustificati e insicurezza".

L'orizzonte basagliano aperto alla complessità del lavoro clinico, cioè al lavoro che si fa a vantaggio del malato, stavolta inteso come soggetto che ha diritto a ricevere delle cure per un suo problema/disagio di salute, non deve essere frainteso nel senso di aver trovato negli strumenti terapeutici, scientificamente provati, le chiavi di un più efficace e stringente controllo sociale che deve impedire sempre e comunque atti penalmente rilevanti ai danni di terzi o tragici gesti di autonocumento, riproponendo le vecchie logiche, almeno qui in Italia, dello spirito antecedente la riforma. È come se si fosse passati dalla pericolosità/insicurezza congenite alla pericolosità/insicurezza condizionate alle cure (ciò che esce dalla porta rientra dalla finestra).

Del resto le cronache riportano di vicende nelle quali anche colleghi di altre nazioni sono sottoposti a interrogazioni o procedimenti giudiziari per i reati commessi dai pazienti o perché i familiari si appellano alle Autorità in riferimento al suicidio dei loro congiunti.

Lo spettro della sicurezza/insicurezza agita ancora l'inconscio collettivo e l'opinione pubblica, riproponendo drammaticamente questioni più profonde che non possono trovare risposte esaustive né definitive, finendo solo con l'iper-responsabilizzare le figure sanitarie che ogni giorno prestano la loro opera nella organizzazione dei servizi di salute mentale distribuiti sul territorio grazie all'intuizione di Franco Basaglia.

Ecco, allora, che lungo il solco basagliano è stato possibile riconoscere il malato come portatore di diritti, incluso quello della sicurezza per sé, come soggetto introdotto nella pluralità, non più

alieno ma facente parte integrante della società, mescolato ad essa senza che il tessuto sociale si lacerasse minimamente o che fosse in pericolo per la presenza del malato di mente.

Questo è avvenuto anche perché la clinica si è fatta ermeneutica, discorso, narrazione, e non più classificazione tra chi è pericoloso e chi non lo è, e ancora comprensione psicopatologica e non già giudizio diagnostico, forzandosi a conoscere l'uomo nella sua interezza bio-psico-sociale e non solo nel suo funzionamento sinaptico, indagando sul senso di percorrenza del malato, sul suo progetto di mondo, sul modo di vivere la propria corporeità e quella degli altri, sulle relazioni familiari, interpersonali e sociali.

Nonostante questi progressi, serpeggia tuttora una certa mitologia dell'insicurezza che vuole riassegnare al malato psichico la patente di pericolosità e che si arricchisce di nuovi simbolismi, evocativi nell'immaginario sociale di un rischio specifico per l'incolunità di chi ha rapporti di prossimità con il malato.

In particolare negli ambiti condominiali soprattutto urbani, abitati o frequentati da persone con disturbi psichici, si vanno diffondendo preoccupazioni crescenti circa le modalità di conduzione dei luoghi di vita dei soggetti fragili e degli spazi comuni; frequenti le segnalazioni di casigliani che esperiscono un senso di insicurezza e chiedono interventi alle Istituzioni per "sedare" quest'ansia e/o per risolvere radicalmente con un allontanamento del "malato" una presenza che è fonte di insicurezza.

Posto che ormai gli operatori della salute mentale sono in possesso di tutto lo strumentario atto a ridurre i livelli di stigma nei confronti di chi trovasi in condizioni transitorie o più durature di fragilità, individuandone di volta in volta le ragioni che non dipendono certo da una oscura causa biologica, possiamo affermare che generalmente le psicosi non si associano ad una minorità intellettuale o a un deterioramento cognitivo che può limitare la comprensione e l'esercizio della propria sicurezza e di quella degli altri.

Sono piuttosto alcune dimensioni psicopatologiche e non le diagnosi cliniche a poter essere predittive di un rischio relativo alla sicurezza che deve coinvolgere in prima battuta proprio il clinico per porre in essere ogni provvedimento terapeutico e/o socio-assistenziale ritenuto utile per la persona che sta male.

Per esempio il disturbo borderline di personalità comprende la dimensione psicopatologica dell'impulsività: in certe condizioni l'aumento dell'impulsività può portare il soggetto ad attuare condotte a rischio come il lanciare oggetti o mobili o elettrodomestici dalla finestra che devono però trovare risposte terapeutiche specifiche, ancor prima di appiccicare etichette di pericolosità/insicurezza.

Un secondo esempio è dato dal paziente in fase di eccitamento maniaco che può spingerlo, attraverso la facile distraibilità associata, a sottovalutare un rischio generico o specifico: guidare di notte a fari spenti prima di essere intercettati dalle Forze dell'Ordine o superare i limiti di velocità sono evenienze rare ma che possono verificarsi e che devono essere affrontate in primis da chi si prende cura di questi disturbi in armonia con i dispositivi di legge che accomunano tutti i cittadini.

Un terzo esempio lo riscontriamo nei pazienti affetti da gravi stati depressivi che possono ricorrere al gas domestico per attuare gesti anti-conservativi: trattasi di una fattispecie che deve essere attentamente valutata dal clinico qualora siano emersi riferimenti storico-personali richiamanti una simile possibile evenienza ma che non può essere fonte pre-costituita di insicurezza.

Quarto esempio trova applicazione in alcuni pazienti con problemi alcol-correlati che si addormentano con la sigaretta accesa e relativo rischio di incendio: anche qui, la conoscenza delle abitudini voluttuarie dei soggetti fragili deve orientare il clinico, in sinergia con altre Agenzie Sociali e Sanitarie, a predisporre ogni presidio idoneo a ridurre tale rischio che investe ovviamente la sicurezza del soggetto e di possibili terzi.

Quinto esempio è rintracciabile nel contesto psicogeriatrico in riferimento a persone anziane con disturbi correlati al decadimento cognitivo laddove il deficit mnesico può riguardare anche la memoria procedurale: il pensiero della pentola lasciata sul gas acceso non può non attivare in chi si prende cura di questa età della vita gli opportuni provvedimenti per neutralizzare siffatti timori.

Come si vede da questa breve carrellata, affatto esaustiva delle molteplici possibilità con le quali oggi si pone il tema della sicurezza nel campo della salute mentale, non è la diagnosi ad orientare quanto piuttosto la condizione psicopatologica della persona; ciò che vor-

remmo contribuire a sviluppare risiede nel concetto e nella prassi che occorre dedicare più attenzione e ricavare maggiori conoscenze circa il *modus vivendi* dei soggetti fragili, a partire dal fatto che non ci sono statuti speciali per la psichiatria in materia di sicurezza.

Il passaggio culturale che ha portato a liberarci della stolidità associazione tra malato mentale e pericolosità non è dato una volta per tutte e non si rinnova automaticamente quando ci si imbatte nelle difficoltà della vita quotidiana, spesso frutto di abbandoni, rinunce, sfiducia.

Occorre sempre riconnettere i dati dell'esperienza clinica con le fattispecie con cui ci confrontiamo, una clinica che non si fa più a letto del malato ma nei luoghi di vita delle persone, negli spazi aperti del territorio ove opera la Psichiatria di Comunità.

Momenti di studio e di approfondimento come questo non devono rimanere isolati ma fungere da trampolino di lancio per far crescere la consapevolezza che anche in salute mentale ci si pone il problema della sicurezza sia su piccola scala, relativamente alla modalità di condurre il proprio abitare, sia in contesti allargati e fin qui poco o nulla attenzionati come quelli della sicurezza nei luoghi di lavoro (pensiamo a tutti i pazienti in borsa lavoro) o rispetto a grandi eventi catastrofici che possono occorrere nella vita e riguardare un numero elevato di soggetti, inclusi soggetti fragili.

Gli esempi dei terremoti come quello in Abruzzo o in Emilia-Romagna, per rimanere in Italia, e le modalità di affrontamento da parte delle persone con disturbi psichici di tali accadimenti meriterebbero adeguati livelli di conoscenza che al momento mancano.

Nondimeno la stessa sicurezza nei luoghi di ricovero e certi anacronistici strumenti di intervento che ancora sono in voga come la contenzione meccanica richiedono una decisa riconsiderazione circa il loro essere disattese e in merito al razionale di impiego, ispirate ad una "classificazione clinica" dei pazienti psichiatrici come cittadini di serie B, alquanto disorientante.

Vorremmo riorientarci con le parole di Eugenio Borgna il quale afferma che: "... non c'è esperienza psicotica o nevrotica che non si accompagni alla esperienza del dolore che lacera l'anima; un'esperienza che non può essere decifrata se non immedesimandosi nella profondità della persona umana".

L'auspicio è che il giubbotto contenitivo imposto coattivamente nel chiuso dei manicomi rimanga solamente un pezzo da esposizione museale, vigilando affinché non si intraprendano percorsi a ritroso che distorcano il senso della propria e altrui sicurezza.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

G.Pantozzi. *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*. Erickson, Trento, 1994.

E.Pozzi. *Microfisica dell'insicurezza*. "Rivista Sperimentale di Freniatria" CXXXII, 3, 73-86, 2008.

E.Borgna. *Di armonia risuona e di follia*. Feltrinelli, Milano, 2012.

A.Borzacchiello e A.Ferraro (a cura di). *Delitto e follia; pazzi e delinquenti; manicomio e carcere; l'anomalia dei manicomi giudiziari*. Ministero di Grazia e Giustizia-Direzione Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa. Aversa (CE), 1997.

D.Di Diodoro, I.Bizzarri, G.Ferrari. "Se non son guariti non possiamo ritirarli..." *Il manicomio e la famiglia del pazzo violento nella seconda metà del XIX secolo*. "Rivista Sperimentale di Freniatria" CXIX, 2, 281-91, 1995.

A.Fioritti. *Psichiatria forense in Italia: la storia continua*. "Psichiatria di Comunità" VII, 1, 7-13, 2008.

R. Ariatti, G.Neri. Il giudizio di pericolosità. "NOOS. Aggiornamenti in Psichiatria" 4, 2, 143-50, 1998.