

I minori figli di malati psichici

Beatrice Ugolini

ABSTRACT

Nel considerare il caso dei minori figli di malati psichici, ci troviamo di fronte alla complessa necessità di contemperare due diverse, e ugualmente rilevanti, istanze giuridiche: la tutela del minore da possibili abusi, nonché il suo diritto a una crescita sana ed equilibrata; l'altrettanto legittimo diritto alla genitorialità e alla conservazione dei legami familiari del paziente psichiatrico, sostenuti peraltro da un'ampia letteratura in merito. La questione pare trovare un elemento, se non risolutivo, comunque di

notevole utilità, nella recente introduzione della normativa riguardante l'amministrazione di sostegno.

PAROLE CHIAVE

MINORI; FIGLI DI MALATI PSICHICI;
MALATI PSICHICI; AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO;
DISTURBI MENTALI.

1. TRA TUTELA DEL MINORE E DIRITTI DEL GENITORE

La malattia psichica altera, in molti casi, la disponibilità affettiva del genitore nei confronti del figlio e diminuisce notevolmente la sua competenza ad educarlo e proteggerlo. Non si hanno precisi dati statistici sull'incidenza di questo fenomeno, ma i dati circolanti sulle malattie mentali fanno, purtroppo, ritenere che non si tratti di casi sporadici¹. La presenza di patologie psichiche di una certa rilevanza costituisce inevitabilmente un ostacolo all'esercizio delle cure parentali e, di conseguenza, un fattore di rischio evolutivo per il minore². Ciò benché, occorre sottolinearlo, il possesso di adeguate capacità genitoriali è, spesso, questione problematica anche nei soggetti ritenuti in

ottima salute mentale e fisica³. In particolare, le patologie che comportano un elevato fattore di rischio per l'esercizio delle cure parentali sono i disturbi borderline, i disturbi psicotici e le psicopatie⁴. Patologie molto diffuse, e non classificate come psicotiche, possono, inoltre, determinare manifestazioni di grande aggres-

1 Caritas Italiana, Fondazione E. Zancan, *Cittadini invisibili. Rapporto 2002 su esclusione sociale e diritti di cittadinanza*, Milano, 2002, pp. 174-175.

2 Cfr. G. De Leo, P. Patrizi, *Psicologia giuridica*, Bologna, 2002, p. 41; cfr. anche M. Malagoli Togliatti, L. Rocchietta Tofani, *Famiglie multiproblematiche*, Roma, 1987.

3 D. Dettore, C. Fuligni, *L'abuso sessuale sui minori. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*, Milano, 2008, p. 77: «si ritiene in genere, e ciò è molto discutibile, che una persona adulta con figli possieda, in modo più o meno adeguato, le abilità e le conoscenze per poterli gestire, in quanto queste deriverebbero comunque dal normale processo di maturazione e dell'azione di un ipotetico "istinto materno o paterno". In realtà l'esistenza di un siffatto istinto, almeno nell'essere umano, è molto discussa e discutibile e i vari individui possono imparare o meno le abilità strumentali necessarie per accudire un bambino, a seconda della propria storia evolutiva e dei modelli genitoriali cui sono stati esposti; inoltre, la disponibilità a fornire cure genitoriali adeguate è strettamente legata allo sviluppo affettivo e all'educazione emozionale del soggetto, per cui non tutti riescono a conseguire, per vari motivi, quello specifico mix di capacità cognitive e affettive che si estrinsecano in un valido comportamento genitoriale».

4 *Ibidem*, p. 88 e ss.

sività nei confronti dei familiari: i soggetti affetti da disturbo bipolare, ad es., durante gli episodi maniacali, possono manifestare «violenza verso i bambini, verso il coniuge o altri comportamenti violenti»⁵. Anche la depressione, secondo Winnicott, può costituire una infermità cronica «che impoverisce la capacità d'affetto di un genitore, ovvero può essere una grave turba che si manifesta a periodi con una rottura più o meno improvvisa dei rapporti [...]». Quando un bimbo si trova in quello stadio in cui ha bisogno che la madre si occupi interamente di lui, può essere gravemente disturbato dal fatto di scoprire improvvisamente che la madre è preoccupata per qualcos'altro, qualcosa che riguarda solamente la vita personale di lei. Un bimbo in queste condizioni si sente terribilmente abbandonato»⁶.

Da un punto di vista giuridico, l'infermità mentale può recare con sé l'incapacità di provvedere alle esigenze della prole: ciò fino a considerare l'ipotesi estrema dello stato di abbandono del minore⁷. Nel caso in cui un genitore venga interdetto per infermità di mente non può esercitare sui figli minori la potestà, venendo così escluso da qualsiasi operazione economica relativa alla prole⁸. Ai sensi dell'art. 317 c.c., in caso di incapacità di un genitore, la potestà viene esercitata in via esclusiva dall'altro genitore. Va, tuttavia, precisato che la nozione di incapacità va considerata con estrema esattezza: dovrebbe, in concreto, trattarsi di una generale limitazione delle facoltà mentali e fisiche. Al contrario, un'ipotesi di malattia mentale richiederebbe una attenta valutazione del giudice. L'art. 333 c.c. chiarisce che, quando la condotta del genitore è comunque «pregiudizievole»⁹ al figlio, il giudice può

5 V. Andreoli, G. B. Cassano, R. Rossi (a cura di), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, 2007, pp. 415-416.

6 D. Winnicott, *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Roma, 1992, p. 102.

7 Cfr. P. Cendon (a cura di) *Trattato della responsabilità civile e penale in famiglia*, Padova, 2004, vol. IV, pp. 3124-3125.

8 Cfr. M. Dogliotti, *Il genitore infermo di mente*, in P. Cendon (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente*, Napoli, 1988, p. 645.

9 La nozione di pregiudizio si riferisce «alle conseguenze empiriche negative per il figlio prodotte dal – cattivo

adottare i provvedimenti opportuni. E' evidente che la malattia mentale del genitore potrebbe rilevare solo ed esclusivamente qualora desse luogo a violazione di doveri, abuso di poteri o, comunque, ad un altro comportamento rischioso per il figlio. L'interpretazione dei giudici minorili ha dilatato la portata della norma, ricomprendendo in essa comportamenti di per sé non pregiudizievole, ma che sono, in vario modo, oggettivamente contrastanti con l'interesse del minore (i cd. conflitti)¹⁰. Si è poi affermato un indirizzo giurisprudenziale sempre più generalizzato, accolto anche dalla Suprema Corte, secondo cui anche la malattia mentale «irreversibile» diventa causa di adottabilità. In astratto, la soluzione è ineccepibile: ma quando, nota Dogliotti, possiamo dire che la malattia mentale è irreversibile? Potrebbe essere che «lo strumento drastico dell'adozione sia stato dettato "dall'antica paura della follia", laddove, forse, un intervento di appoggio da parte del servizio sociale avrebbe potuto ovviare alla mancanza di assistenza»? Non si può considerare di per sé la malattia mentale del genitore «senza alcuna indagine sulla concreta incidenza di essa sullo sviluppo del bambino». In questa prospettiva, Dogliotti propone, qualora il genitore sia in temporanea difficoltà, lo strumento dell'affidamento familiare, finalizzato a preparare il reinserimento del minore nella famiglia di origine¹¹.

A parere di Cendon, le situazioni estreme sono meno frequenti di quanto si pensi. Per contro, molto spesso simili decisioni non sono precedute da accurate indagini volte alla conoscenza della realtà concreta, ma vengono dettate da automatismi che – specie in questo settore – andrebbero sempre evitati. Anche al sofferente psichico va, comunque, garantito il diritto a una paternità e a una maternità consapevoli¹²:

– esercizio della potestà da parte dei genitori e non alla lesione di un diritto della persona giuridicamente accertabile»: G. B. Camerini, U. Sabatello, G. Sartori, G. Sergio, *La valutazione del danno psichico nell'infanzia e nell'adolescenza*, Milano, 2011, p. 142.

10 M. Dogliotti, *Il genitore infermo di mente*, cit., p. 646.

11 *Ibidem*, pp. 647-648.

12 P. Cendon (a cura di), *Trattato della responsabilità civile e penale in famiglia*, cit., p. 3125.

«grave sarebbe che qualche giudice ritenesse di per sé la malattia mentale come situazione pregiudizievole anche se non accompagnata da particolari comportamenti nocivi al minore»¹³. Non si vuole evidentemente sottovalutare l'infermità mentale e la negativa incidenza che essa può avere sullo sviluppo della prole, ma si vuole evidenziare che, più spesso di quanto erroneamente si pensi, il genitore malato, magari seguito e appoggiato dai servizi sociali, potrebbe accudire convenientemente il minore¹⁴. Al riguardo, il diritto alla genitorialità del paziente psichiatrico e il connesso diritto alla conservazione dei legami familiari rappresentano una complessa questione dove spesso si scontrano due punti di vista opposti: «da un lato l'indicazione, sostenuta per lo più dagli operatori dei centri di salute mentale che hanno in carico il paziente adulto, di mantenere il contatto tra il genitore affetto da malattia psichiatrica e il figlio, allo scopo di proteggere e conservare le risorse affettive e relazionali del paziente stesso (il c.d. figlio terapeutico); dall'altro, l'approccio dei servizi sociali maggiormente orientato alla difesa del minore dall'esposizione al disturbo mentale del genitore»¹⁵.

E' pertanto necessario che qualcuno sia tecnicamente in grado di valutare le relazioni tra genitore malato mentale e soggetto in fase evolutiva, al fine di comprendere se tali relazioni possano creare gravi deviazioni nell'itinerario di costruzione di personalità e di identità del minore: «non appare, infatti, opportuno né privare, senza necessità, il genitore sofferente psichico dell'affetto e delle intense relazioni con il figlio – perché la privazione di questo rapporto potrebbe essere per lui esiziale segnando il suo definitivo fallimento umano – né ridurre il bambino, senza tenere conto della sua esigenza di ottenere quei validi rapporti costruttivi che soli possono svilupparlo in una

nità, a mera “risorsa terapeutica” per l'adulto, sacrificandolo sull'altare del recupero, talvolta illusorio, del genitore»¹⁶. Nella prospettiva psichiatrico-forense, è sempre necessario valutare, volta per volta, gli effetti quotidiani che il disturbo psichico ha, in concreto, sulle capacità di accudire e di occuparsi dei figli, e, soprattutto sulla disponibilità a “pensare” al bambino, a mantenere uno spazio mentale adeguato per il figlio. Secondo Bandini e Verde, un certo danno, nei casi di grave psicosi di uno dei genitori, potrà essere evidente. Si tratterà di tenerne conto, di valutare i rischi di un cambiamento della situazione, di non sottovalutare le possibilità evolutive del bambino: «il compito non deve essere quello “onnipotente” di proteggere i bambini dalla “psicosi dei genitori”, ma deve essere quello più realistico e meno strumentalizzabile dalle parti, di valutare e sperimentare le modalità di interazione del nucleo familiare, anche sulla base della realtà interna del bambino, in cui i genitori sono già presenti, con le loro follie e i loro difetti»¹⁷.

Valutare caso per caso significa anche considerare non tanto la malattia, quanto la sindrome o il singolo sintomo psicopatologico, cercando di coglierne gli aspetti di gravità, di consapevolezza critica, di adattamento sociale, nella prospettiva di comprendere in che modo essi possano incidere sul corretto esercizio delle funzioni genitoriali. In particolare, sembra che il sostegno costante di un adulto sano che sia in grado di fornire al genitore opportunità di apprendimento, consigli pratici ed assistenza nel quotidiano, disponibile a intervenire in qualsiasi momento e a farsi carico direttamente, nell'emergenza, di alcuni compiti, possa compensare e integrare in maniera positiva la relazione con il figlio minore. Secondo gli attuali orientamenti della psichiatria, è preferibile, dunque, indirizzare le risorse assistenziali e terapeutiche alla recuperabilità della relazione genitore-figlio, piuttosto che alla collocazione

13 M. Dogliotti, *Il genitore infermo di mente*, cit., p. 646.

14 P. Cendon (a cura di), *Trattato della responsabilità civile e penale in famiglia*, cit., pp. 3126-3127.

15 R. Ciliberti, L. Alfano, G. Rocca, T. Bandini, *La valutazione delle funzioni genitoriali del paziente psichiatrico e il supporto dell'amministrazione di sostegno: tra conoscenza e affettività*, in “Rassegna Italiana di Criminologia”, anno VI, n. 1, 2012, p. 30.

16 Caritas Italiana, Fondazione E. Zancan, *Cittadini invisibili. Rapporto 2002 su esclusione sociale e diritti di cittadinanza*, cit., pp. 174-175.

17 T. Bandini, A. Verde, *Disturbo psichico dei genitori e affidamento dei figli*, in P. Cendon (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente*, cit., pp. 658-659.

eterofamiliare del minore. In questa prospettiva, diventa di notevole rilevanza la misura dell'amministrazione di sostegno che «può rappresentare un'utile risorsa per la tutela di tutte le variegate dimensioni in cui si esprime la personalità del paziente psichiatrico e per rimuovere quegli ostacoli che si frappongono alla libera esplicazione delle affettività»¹⁸.

2. IL RUOLO DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

La legge 6/2004 ha la finalità «di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente» (art. 1). La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio (art. 3). Due i principi su cui la normativa si fonda: l'impegno a scongiurare ogni rischio di abbandono per le persone in difficoltà; il rifiuto di soluzioni inutilmente espropriative o mortificatorie¹⁹. Il malato psichiatrico va pensato, nella prospettiva del Legislatore, come un soggetto le cui residue capacità di relazionarsi nel mondo civile possono, anzi devono, anche nell'ottica terapeutica, essere potenziate. Proteggere, dunque, senza togliere diritti, se non quando è oltremodo evidente che verrebbero utilizzati in modo distruttivo e autodistruttivo.

L'introduzione dell'amministrazione di sostegno ha avuto un cammino legislativo lungo e impervio, a testimonianza di quanto essa rappresenti una riforma tanto promettente quanto sofferta. Tra la redazione del primo progetto Cendon, nel 1986, fino alle ultime fasi dell'ap-

provazione parlamentare trascorre un arco di quindici anni, con rischi di insabbiamento a ogni occasione e la fatica di ricominciare l'iter dei lavori a ogni legislatura. Il debutto applicativo della legge, poi, è risultato contrassegnato da ritardi e contraddizioni e, soprattutto, rilevanti mancanze sotto il profilo gestionale/organizzativo: inadeguatezza dei servizi sociosanitari, esiguità numerica dei magistrati, difficoltà a reperire amministratori al di fuori della famiglia, volontariato generoso ma spesso impreparato. La sensazione diffusa è quella di un eccessivo "fai-da-te" che determina un livello di conduzione giudiziale della legge diverso non solo da città a città, ma spesso, addirittura, da stanza a stanza di uno stesso corridoio²⁰.

La presenza di una nuova misura di protezione per le persone incapaci ha determinato la modificazione dell'impianto normativo esistente che, tuttavia, non è stato riformato sotto il profilo globale e complessivo. Con la legge 6/2004, infatti, non sono state abrogate l'interdizione e l'inabilitazione²¹. Ciò ha comportato la presenza di un doppio/triplo binario (interdizione-inabilitazione-amministrazione di sostegno) che pone spesso notevoli contrasti interpretativi e l'avallo di decisioni giurisprudenziali diametralmente opposte e tra loro contraddittorie, ma comunque tutte plausibili nell'ambito dell'attuale sistema²². L'amministrazione di sostegno, tuttavia, viene a configurarsi come lo strumento di protezione da privilegiare. Ciò si evince, in primo luogo, dalla collocazione codicistica della nuova disciplina (titolo XII, libro I, capo I) che è andata a occupare gli articoli 404-414, imme-

²⁰ *Ibidem*, vol. 1, pp. 5-7.

²¹ Secondo Cendon e Rossi, tale mancata abrogazione rientra nel novero delle accuse più frequenti rivolte alla legge 6/2004. Altre critiche riguardano: l'intatta conservazione della disciplina relativa all'art. 428 c.c. in tema di atti compiuti dall'incapace naturale (col frequente pericolo, si osserva, di vuoti importanti o di inutili eccessi di difesa); la mancata eliminazione di una norma quale l'art. 2046 c.c. che scarica sulle vittime le conseguenze dei torti degli incapaci; l'omessa introduzione nel c.c. di strumenti atti a permettere a una persona in condizioni di fragilità di fare, con le opportune cautele, testamenti e donazioni: cfr. P. Cendon, R. Rossi, *Amministrazione di sostegno: motivi ispiratori e applicazioni pratiche*, cit., vol. 1, p. 49.

²² *Ibidem*.

¹⁸ R. Ciliberti, L. Alfano, G. Rocca, T. Bandini, *La valutazione delle funzioni genitoriali del paziente psichiatrico e il supporto dell'amministrazione di sostegno: tra conoscenza e affettività*, cit., p. 32.

¹⁹ Cfr. P. Cendon, R. Rossi, *Amministrazione di sostegno: motivi ispiratori e applicazioni pratiche*, Torino, 2009, vol. 1, p. 77.

diatamente precedenti alle norme sull'interdizione e inabilitazione (capo II) riferite, invece, all'articolo 414 e seguenti. In secondo luogo, la residualità dell'interdizione e dell'inabilitazione si evince anche da quanto stabilito dall'art. 413, comma 4, secondo cui «il giudice provvede alla cessazione dell'amministrazione di sostegno quando questa si sia rivelata inidonea a realizzare la piena tutela del beneficiario. In tali ipotesi, se ritiene che si debba promuovere giudizio di interdizione o di inabilitazione, ne informa il Pubblico Ministero, affinché vi provveda»²³.

A differenza dell'interdizione, l'amministrazione di sostegno non prevede l'eliminazione delle facoltà e delle libertà della persona, ma cerca di realizzare un intervento mirato, calibrato sulle effettive esigenze del soggetto debole. Diversamente dall'inabilitazione, inoltre, l'amministrazione di sostegno comporta una protezione non solo dal punto di vista patrimoniale, ma anche personale. Ciò implica il potere-dovere, nei confronti del beneficiario, di proporre e scegliere una collocazione abitativa, elaborare un progetto di vita, esprimere il consenso informato ai trattamenti diagnostici e terapeutici²⁴. La funzione dell'amministratore di sostegno è quella di provvedere, in linea generale, alla cura della persona nella maniera più specifica possibile rispetto alle esigenze del singolo soggetto che occorre tutelare: ciò significa che il beneficiario conserva la propria capacità di agire per tutti quegli atti che non richiedono l'assistenza e/o la rappresentanza dell'amministratore di sostegno. La traccia da cui il legislatore muove è che il diritto privato non può limitarsi «a prendere in considerazione la sola "clientela pesante" – gli individui schiacciati senza tregua e per sempre lungo le soglie estreme della disgrazia: creature impossibilitate a fare alcunché nella vita o destinate, ben che vada, a combinare periodicamente disastri (a se stessi, ai familiari, a chi sta loro accanto)». Il nuovo istituto mira, quindi, a colmare il vuoto di protezione riguardante tutta quella fascia composta da disabili lievi o temporanei la cui condizione non è talmente grave o stabile da giustificare una pronunzia

23 *Ibidem*, vol. 2, pp. 681-682.

24 *Ibidem*.

di interdizione e che, tuttavia, necessitano di tutela. I beneficiari possono, quindi, essere non soltanto malati psichici, ma anche portatori di handicap, tossicodipendenti, alcolisti, anziani bisognosi di aiuto, senza fissa dimora, malati (ad es. vittime di ictus totali o in stato di coma vegetativo permanente), seguaci di culti distruttivi, detenuti²⁵.

Si tratta, quindi, di superare la rigida contrapposizione secondo cui o si ha capacità giuridica o non si ha, senza possibili passaggi intermedi. Del resto, la letteratura psichiatrica ha ormai assodato che non esistono, in maniera continuativa e stabile, né soggetti sani al 100%, né soggetti malati mentali al 100%. Più verosimilmente, la maggior parte delle patologie psichiatriche comporta l'alternanza di periodi di crisi a periodi di remissione dei sintomi in cui è comunque possibile, per il malato, condurre una vita relativamente integrata e tranquilla. Anche sotto il profilo penalistico, infatti, va osservato che la maggior parte dei disturbi psichiatrici riducono, ma non aboliscono la capacità di intendere e di volere. La sofferenza psichica, in ogni caso, non segue regole di uniformità evolutiva. La maggior parte dei malati si trova in uno stato intermedio di salute in cui si alternano momenti di improvviso e acuto disagio psichico, che necessitano di protezione e sostegno esterni, a fasi di piena lucidità in cui si è, in larga parte, se non del tutto, autosufficienti. Come nota Pazé, riguardo ai tradizionali istituti civilistici di interdizione e inabilitazione,

«ci troviamo così di fronte a un'unica disciplina di generale esclusione dei diritti, quando, viceversa, in concreto, siamo in presenza di diversi livelli di disabilità sia per qualità (si va dalla malattia mentale alle varie forme di handicap psichico e fisico determinati da fattori genetici o da traumi o malattie o senescenza) sia per gradazioni di capacità e autonomia (correlate spesso agli stimoli ricevuti). Non si giustifica dunque l'appiattimento in un'unica regolamentazione di generale incapacità di agire, anche rispetto agli atti più banali, del disabile incapace di qualsiasi atto con la nutrita fascia grigia di disabili lievi o temporanei»²⁶.

25 *Ibidem*, vol. 1, pp. 82-83.

26 P. Pazé, *L'amministrazione di sostegno a confronto con gli istituti tradizionali dell'interdizione e dell'inabilitazione*,

Risulta, dunque, doveroso riesaminare il concetto di incapacità collocandolo nel continuum compreso tra gli estremi della normalità e della perdita totale di ogni abilità cognitiva, abbandonando la rigida contrapposizione delle situazioni di capacità a quelle di incapacità. Zanetti sottolinea come la capacità veniva fondamentalmente concepita in termini dicotomici. La dicotomia prescrive chiarezza, ma recepire e rispettare la complessità che riguarda la malattia mentale significa ricorrere a un genere di distinzione meno netta. In effetti, l'amministrazione di sostegno sembra collocarsi in una prospettiva diversa, più inclusiva e meno radicalmente affidata alla logica esclusiva, ed escludente, dell'opposizione binaria. Risulta, quindi, più opportuno il ricorso a una opposizione di tipo polare²⁷ che eviterebbe una restrizione delle libertà, articolando giuridicamente le opzioni disponibili all'azione umana e non imponendo scelte secche o drastiche alternative che, in tema di sofferenza psichica, risultano del tutto inadeguate. Le opposizioni polari, pur apparendo giuridicamente meno affidabili, rappresentano distinzioni che non introducono, né devono introdurre, alcun genere di "supremazia morale" su quelle dicotomiche²⁸. E' da rilevare che la linea di tendenza verso una polarità delle opposizioni inizia a essere presente in ampie zone della cultura giuridica²⁹. Il riferimento è, ad es., alle concezioni di un diritto «mite» di Zagrebelsky³⁰, «fles-

sibile» di Carbonnier³¹, «soft, a bassa intensità» di Rodotà³² e così via. Gli esempi sono, comunque, numerosi. Da un punto di vista internazionalistico, Ferrarese ha messo in rilievo come il diritto transnazionale e il diritto sovranazionale tendano a rimettere in discussione la rigida distinzione tra diritto pubblico e diritto privato creando nuove forme di commistione. Gli effetti del processo di globalizzazione hanno determinato nuove tipologie giuridiche a vocazione globale, forme di «diritto sconfinato» che coincidono con la creazione di nuovi spazi per il diritto. Non solo assistiamo alla fuoriuscita del diritto dalla necessaria coincidenza con il territorio, ma anche si può osservare il venir meno della densità politica che era tipica del diritto statale: le nuove forme del diritto sono sempre meno riconoscibili come pure formulazioni di comandi a cui si deve obbedire. Dal diritto come prodotto di una volontà politica che attende obbedienza, legato alla logica della sovranità, si passa a un diritto per raggiungere obiettivi e scopi, legato alla logica della strumentalità³³. Come evidenzia Zanetti, comunque, il diritto che si autoconcepisce flessibile e soft non è affatto flebile o snervato, ma consente il costituirsi di nuove opzioni: «si tratta di un diritto che non crea semplicemente ordine, ma (quando tutto va bene) incivilimento»³⁴.

in G. Ferrando, G. Visintini (a cura di), *Follia e diritto*, Torino, 2003, p. 77.

27 Secondo Melandri, il vantaggio dell'opposizione per contrarietà sta nel fatto che essa ammette «qualsiasi gradazione intermedia, sia essa continua o no, fra i due estremi», prevedendo l'impiego di due principi anziché di uno solo: E. Melandri, *La linea e il circolo: studio logico-filosofico sull'analisi*, Macerata, 2004, pp. 369-370.

28 G. Zanetti, *Individui situati e trasformazioni del diritto*, in P. Nerhot (a cura di), *L'identità plurale della filosofia del diritto*, Atti del XXVI Congresso della Società Italiana di Filosofia del Diritto (Torino, 16-18 settembre 2008), Napoli, 2009, pp. 99-111.

29 *Ibidem*, pp. 104-105.

30 Cfr. G. Zagrebelsky, *Il diritto mite*, Torino, 1992, pp. 11-12: «i termini ai quali la mitezza costituzionale di cui si è parlato è naturalmente da associare sono quelli della coesistenza e del compromesso. La visione della politica che è sottintesa non è quella del rapporto

di esclusione e sopraffazione (nel senso dell'amico-nemico hobbesiano e schmittiano) ma quella inclusiva dell'integrazione attraverso l'intreccio di valori e procedure comunicative» e p. 14: «l'imperativo teorico di non contraddizione – valido per la *scientia juris* – non dovrebbe impedire il perseguimento del compito, proprio della *jurisprudencia*, di realizzare positivamente la "pratica concordanza" delle diversità e perfino delle contraddizioni che, pur essendo tali in realtà, non cessano per questo di essere concretamente desiderabili».

31 Cfr. J. Carbonnier, A. De Vita, *Flessibile diritto: per una sociologia del diritto senza rigore*, Milano, 1997.

32 Cfr. S. Rodotà, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Milano, 2006.

33 M. R. Ferrarese, *Diritto sconfinato. Inventiva giuridica e spazi nel mondo globale*, Roma-Bari, pp. 18-28.

34 G. Zanetti, *Individui situati e trasformazioni del diritto*, cit., pp. 106-108.

3. ALCUNE OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Tutte le relazioni del sistema familiare sono profondamente alterate dalla presenza di un genitore che soffre di un importante disturbo psichico. In realtà, il danno al minore non viene solo dalle insufficienze genitoriali, poiché egli stesso sarà inconsciamente indotto ad assumere atteggiamenti scorretti: « il bambino inserito in un contesto familiare siffatto tenderà da una parte ad assumere un del tutto improprio comportamento di “riparazione” nei confronti del genitore che percepisce malato e dall'altra a vivere una esperienza di continua insicurezza, tensione e paura legata alla patologia dei genitori»³⁵. Coloro che «vivono con genitori depressi o che li ipercoinvolgono in un ruolo adulto si sentono colpevoli e impotenti per non riuscire ad alleviare il malessere dell'adulto»³⁶. I minori si ritrovano frequentemente a subire una situazione che potremmo definire, nei casi meno gravi, di trascuratezza emozionale, sino ad arrivare a stati più gravi di incuria o a maltrattamenti fisici, qualora il genitore sia affetto da forme patologiche che implicano comportamenti aggressivi nei momenti di crisi o di scompenso.

Le proposte provenienti sia dal mondo giuridico che dal mondo psichiatrico, tranne che in casi estremi, vanno tutte nella direzione di garantire, comunque, il diritto alla genitorialità dell'adulto malato il quale, con l'indispensabile appoggio dei servizi sociali e dei servizi psichiatrici territoriali, deve poter continuare ad accudire il figlio. Risulta, dunque, implicito che il diritto alla genitorialità è conciliabile con la preminente tutela del minore solo a condizione che l'adulto possa essere, non solo convenientemente supportato nelle questioni economiche e quotidiane dai servizi sociali, ma anche, e soprattutto, adeguatamente seguito e curato dal proprio Centro di Salute Mentale di riferimento. Tali considerazioni si scontrano, tuttavia, con la realtà dei fatti.

35 Caritas Italiana, Fondazione E. Zancan, *Cittadini invisibili. Rapporto 2002 su esclusione sociale e diritti di cittadinanza*, cit., pp. 174-175.

36 P. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, Bologna, 2000, p. 42.

Tranne che in poche oasi, più o meno felici³⁷, non si è mai completamente attuata quella presa in carico dei malati da parte dei servizi territoriali, prevista originariamente in sostituzione dei manicomi. Secondo Franca Ongaro Basaglia, di fatto, la 180/78 era una legge quadro, a cui avrebbe dovuto seguire la presentazione di un piano sanitario nazionale con il dettaglio di strutture, personale e finanziamenti disponibili. Al contrario, il primo disegno di legge di attuazione della 180 fu presentato nel 1987, ripreso dal piano per la tutela della salute mentale e approvato solo nel 1994, sette anni dopo, senza, tuttavia, prevedere l'avvio obbligatorio dei nuovi servizi³⁸.

I due Progetti Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1994-1996 e 1998-2000³⁹ sono stati solo parzialmente applicati. Di fatto, mancano alcuni Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, specialmente nelle grandi città, ed alcune strutture residenziali nel centro-sud del paese. Per raggiungere lo standard di un operatore ogni 1500 abitanti, mancano circa 2000 operatori. I servizi per la tutela della salute mentale dell'età evolutiva sono deboli ed insufficienti, sino al punto che non esistono rilevazioni nazionali che ne valutino la consistenza. Si tratta peraltro di un presupposto irrinunciabile per evitare che i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) gestiscano pazienti giovanissimi la cui gravità, almeno in parte, è riconducibile all'abbandono subito negli anni dell'adolescenza e persino della fanciullezza. La sofferenza mentale si accompagna molto spesso a condizioni di disagio sociale: abitativo, lavorativo e relazionale/espressivo. Un Dipartimento di Salute Mentale ben funzionante dovrebbe, quindi, contare, direttamente o indirettamente, su risorse economiche e sociali: in questa prospettiva, il

37 E' il caso, ormai esemplare, di Trieste, con Centri di Salute Mentale aperti continuativamente, anche di notte.

38 F. Ongaro Basaglia, *Prefazione*, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Milano, 1997, p. 7.

39 D.P.R. 07/04/1994, Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000”, Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22/11/99, in http://www.salute.gov.it/saluteMentale/documenti/PO_SaluteMentale_1994_96.pdf; D.P.R. 01/11/99 Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000”, Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22/11/99, in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf. Siti consultati il 07/07/2012.

Comune dovrebbe contribuire alla tutela della salute mettendo a disposizione degli utenti del DSM agevolazioni per l'accesso alle case e per l'inserimento lavorativo⁴⁰.

Nella realtà, i Centri di Salute Mentale, che dovrebbero garantire la concreta presa in carico del paziente, sono spesso insufficienti per una adeguata programmazione terapeutica che consenta il controllo quotidiano del malato, nonché un suo reinserimento nella vita sociale in genere. Secondo quanto è emerso dal recente *Rapporto Audit civico nella salute mentale: i cittadini valutano i servizi*, presentato da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, in Italia esiste una marcata disomogeneità in termini di efficienza e di servizi tra le diverse Asl e i diversi Centri di Salute Mentale. Il rapporto rileva, soprattutto, lacune nell'attivazione di forme di collaborazione con le forze dell'ordine e la magistratura, presenti solo nella metà dei servizi monitorati, e l'esistenza di strutture obsolete e poco curate; critiche restano, inoltre, la sicurezza dei pazienti, l'accessibilità, l'informazione e l'integrazione socio-sanitaria⁴¹. Gli Orientamenti in materia di salute mentale del Comitato nazionale di bioetica hanno opportunamente raccomandato l'opera, presso i Dipartimenti di Salute Mentale, di un'équipe multidisciplinare «in condizione di intervenire nelle 24 ore al domicilio, in ambulatorio, in ospedale, in residenze a vario grado di protezione, orientata alla riabilitazione, collegata con i Comuni e gli altri servizi sanitari»⁴². Oltre a garantire questa essenziale presenza continuativa sul territorio, il Centro, secondo la definizione di Peppe Dell'Acqua,

«dovrebbe intervenire su aree relativamente piccole con una popolazione compresa tra i 50.000 e gli 80.000 abitanti. Dovrebbe anche essere facilmente accessibile e raggiungibile senza difficoltà

40 Cfr. R. Piccione, *Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia*, Milano, 2004, pp. 60-62.

41 Cittadinanzattiva -Tribunale per i diritti del malato, *Rapporto Audit civico nella salute mentale: i cittadini valutano i servizi*, 2010, in http://www.cittadinanzattiva.it/files/NotaStampa_Salutementale_06_07_10.pdf. Sito consultato il 15/09/2012.

42 Comitato nazionale per la bioetica, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, 2000, in <http://www.portaledibioetica.it/documenti/000014/000014.htm>. Sito consultato il 30/01/2012.

anche con mezzi di trasporto pubblico. Nel Csm i cittadini con problemi più o meno gravi devono trovare operatori che accolgono e valutano la loro domanda e, se del caso, attivano immediatamente una concreta risposta. Insomma, un luogo di accoglimento e di scambio, un'occasione di rapporto, la possibilità di stare almeno temporaneamente fuori da una difficile situazione familiare. Qui si svolgono colloqui terapeutici con le persone e con i familiari, interventi farmacologici e si programma l'attività delle risorse sociali»⁴³.

La presa in carico dei pazienti, delineata secondo questi requisiti ottimali, peraltro già previsti in origine dalla riforma Basaglia, richiede, tuttavia, un alto costo in termini di spazi, strumenti, risorse, professionalità. Costi che, in tempi di *spending review*, la spesa sanitaria non è di certo in grado di coprire in tutte le realtà locali. Di qui la necessità, per evitare possibili situazioni di abuso in danno del minore, di attivare l'amministrazione di sostegno soprattutto in quelle situazioni socio-territoriali in cui i servizi psichiatrici non possono garantire, per diversi motivi, efficaci e costanti risposte di cura e di assistenza per il genitore malato. In questa prospettiva, l'amministratore di sostegno, pur non rivestendo certo un ruolo salvifico o risolutore in assoluto, rappresenterebbe, comunque, una presenza di oggettivo monitoraggio sull'andamento delle dinamiche familiari e sull'evoluzione della patologia del genitore, garantendo, nel contempo, una presenza continuativa di tutela nei confronti del minore.

Beatrice Ugolini è dottoranda di ricerca in "Teorie del diritto e della politica" presso l'Università degli Studi di Macerata. Si è specializzata in Criminologia occupandosi di culti distruttivi. Tra i suoi lavori: I saperi, le dinamiche e i luoghi dell'agire magico, Roma, 2007

beakant@inwind.it

43 Peppe Dell'Acqua è stato collaboratore, dal 1971, di Franco Basaglia ed è direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste: P. Dell'Acqua, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Milano, 2010, p. 177.