

CAPITOLO 7

LE LEGGI CHE GOVERNANO LA SALUTE MENTALE. LA RETE DEI SERVIZI. I DIRITTI.

In questo capitolo, dopo una breve panoramica storica, illustreremo i cambiamenti avvenuti con la legge di riforma sanitaria e con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Intendiamo fornire alle persone affette da disturbi mentali e ai loro familiari una migliore conoscenza delle leggi e delle norme che regolano l'organizzazione dei Servizi di Salute Mentale. Cercheremo inoltre di dare alcune informazioni dettagliate sui punti cruciali dei percorsi di cura. Una buona conoscenza delle leggi e delle organizzazioni può favorire una fruttuosa interazione tra le associazioni dei familiari, i Servizi di Salute Mentale, le Amministrazioni delle Aziende Sanitarie e degli Enti Locali. E garantire il rispetto dei propri diritti.

7.1 La salute mentale e le leggi

Una persona che attraversa l'esperienza del disturbo mentale rischia di perdere fondamentali diritti personali e sociali.

Perciò è opportuno che queste persone, i familiari e tutti quelli che in diversi modi sono coinvolti nella loro vicenda possano rafforzare e difendere questi diritti. Per garantire le cure e, partecipando direttamente o indirettamente, la dignità e il rispetto di ognuno e più in generale per promuovere la salute di tutti. Ma per fare questo è utile conoscere le disposizioni attuali che regolamentano le cure ed i trattamenti sanitari.

Prima di tutto facciamo un po' di storia.

A qualcuno potrà sembrare noioso e superfluo, forse addirittura inutile, ma noi crediamo che sia importante essere informati sulle vicende che hanno portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici ed alle attuali leggi, entrare in familiarità con le indicazioni dei Progetti Obiettivi e sapere come funziona a grandi linee l'organizzazione dei Servizi.

La prima legge nazionale sull'assistenza psichiatrica aveva il numero 36 ed era intitolata "*Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati*". Venne promulgata nel 1904 dal governo Giolitti e fu completata nel 1909 da un regolamento di esecuzione.

Essendo più una legge di ordine pubblico che una legge sanitaria, non metteva al primo posto la cura dei "malati di mente", bensì la protezione della società. E per fare ciò subordinava la cura alla custodia.

Dunque l'internamento veniva così motivato:

"Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da qualsiasi causa d'alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo"

Il ricovero coatto avveniva con la certificazione di un medico e l'ordinanza del questore. Poi, entro 15 giorni (il cosiddetto tempo d'osservazione) il direttore del manicomio doveva trasmettere al procuratore, fino al '46 del regno e poi della repubblica, una relazione scritta. Entro i successivi 30 giorni la persona veniva dimessa oppure sottoposta a ricovero definitivo e quindi interdetta: con la conseguente nomina di un tutore e la perdita dei diritti civili.

Il ricovero poteva anche essere volontario, effettuato cioè su richiesta della persona, ma si svolgeva con le stesse rigide regole di quello coatto.

In entrambi i casi, per quanto riguardava il futuro, l'eventuale revoca del ricovero definitivo era vincolata a una certificazione di guarigione ed avveniva sotto la diretta responsabilità del direttore del manicomio. A meno che la famiglia, con l'autorizzazione del direttore, non "*ritirasse l'alienato*".

Tutte queste procedure sono rimaste inalterate fino al 1968, allorché il Parlamento approvò la legge n. 431, forse più nota come legge Mariotti, che introdusse la possibilità di trasformare il ricovero coatto in volontario, previo accertamento del consenso della persona. Per la prima volta il “malato di mente” venne considerato come una persona con una malattia pari alle altre e pertanto bisognosa di cure. Sul piano operativo l'importanza di questa legge era duplice: da un lato prevedeva alcune trasformazioni all'interno dell'ospedale psichiatrico, avvicinandolo nelle sue forme organizzative agli ospedali generali. Dall'altro istituiva alcune attività preventive e riabilitative fuori dalle mura manicomiali. Ponendo le basi della salute mentale territoriale.

L'assistenza psichiatrica, amministrata dalle province, ciascuna delle quali doveva dotarsi di un manicomio, si era trovata sempre al di fuori dell'organizzazione sanitaria del paese.

La svolta avvenne il 13 maggio 1978, quando fu approvata la legge numero 180, il cui nome completo è “*Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori*”. In seguito essa venne inserita nella legge n. 833 del 23 dicembre 1978, che istituì il Servizio Sanitario Nazionale.

La legge 833, anticipata dalla 180, stabilisce un principio fondamentale: alla base del trattamento sanitario, deve esserci **non più un giudizio di pericolosità oppure di pubblico scandalo** ma **prima di tutto il bisogno di cura di ogni singola persona**. Il trattamento sanitario è di norma volontario e viene effettuato, come pure la prevenzione e la riabilitazione, nei presidi e nei servizi extra - ospedalieri operanti nel territorio.

Rispondiamo subito ad una obiezione molto frequente.

Alcuni familiari testimoniano: “*Al servizio mi hanno detto : Se non viene qui non possiamo fare niente. Ma allora, se rifiuta le cure... per poterlo curare bisogna sempre aspettare che sia d'accordo?*” L'obiezione è tanto frequente quanto infondata: noi abbiamo scritto che il trattamento sanitario è **di norma** volontario.

Infatti, nel caso vi siano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e si siano rivelati inefficaci tutti i tentativi di cura nel territorio e persistendo il rifiuto delle cure da parte della persona, può essere richiesto il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

Questa proposta, fatta da un medico e convalidata da un altro medico del servizio pubblico, viene inviata al Sindaco che, oltre ad emettere l'ordinanza, avvisa il giudice tutelare, cioè l'autorità deputata a garantire i diritti della persona e ad evitare che si commettano abusi. Il TSO può avere una durata di 7 giorni. Se il trattamento deve proseguire ancora dopo una settimana, il medico deve chiedere l'autorizzazione al Sindaco con una relazione motivata e il trattamento può continuare. Il medico deve segnalare costantemente al Sindaco lo stato delle cose, cioè il bisogno di continuare le cure. A questo punto dobbiamo rispondere ad un'altra frequente obiezione : “*Ma com'è possibile che una persona guarisca in solo sette giorni ? Me lo rimandano a casa, dicendo che non può stare ricoverato per più di una settimana perché così dice la legge*”

Non è vero : le persone possono essere curate senza la loro adesione per tutto il tempo necessario.

Durante lo svolgimento del TSO occorre fare ogni sforzo per ricercare il consenso alle cure da parte della persona, alla quale devono comunque essere garantiti i diritti di libera comunicazione e la possibilità di ricorrere al giudice tutelare contro il provvedimento. Anche altri, familiari e amici, possono ricorrere.

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio viene attuato presso qualsiasi struttura territoriale di salute mentale oppure anche a domicilio della persona. Nel caso in cui si reputi necessaria la degenza ospedaliera, il TSO viene eseguito negli Ospedali Generali, in genere presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) oppure nei reparti di degenza.

La legge 180 stabilisce un'altra cosa importante: che negli ospedali psichiatrici non doveva essere più ricoverato nessuno. All'inizio, venne concessa una deroga di 3 anni al divieto di ricovero, poi rinnovata per alcuni anni per le persone ricoverate prima del maggio '78. Ma il principio restò saldo:

gli ospedali psichiatrici dovevano essere gradualmente superati per diventare strutture ad esaurimento.

E finalmente nel marzo 1999, il Ministro della Sanità Rosy Bindi ha annunciato l'avvenuta e definitiva chiusura dei manicomi.

La 180 fu pensata come una legge quadro. Nel senso che rinviava ad un Piano Sanitario Nazionale le disposizioni attuative. Doveva essere perciò questo Piano Sanitario Nazionale a stabilire tutti *"i criteri e gli indirizzi ai quali deve riferirsi la legislazione regionale per l'organizzazione dei servizi fondamentali e per l'organico del personale ... le norme generali per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, gli indici e gli standard nazionali da assumere per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale tra le regioni"*.

Accadde invece che le leggi regionali vennero formulate con gravi ritardi, in modo frammentario e spesso contraddittorio rispetto alla legge nazionale. Di conseguenza il Piano Sanitario Nazionale si realizzò tra innumerevoli lentezze, difficoltà e resistenze.

Basti pensare che solo nel 1994 è stato emanato il primo Progetto Obiettivo Salute Mentale. Nel frattempo la legge 180 non fu aiutata né adeguatamente finanziata.

In questa situazione, può essere ricordata a titolo esemplificativo la Regione Friuli - Venezia Giulia, che, come alcune altre, recepì pienamente le indicazioni della legge 180. E, con la legge regionale n. 72/23 dicembre 1980, diede avvio ad un profondo cambiamento.

Attualmente, a fronte di una sempre maggiore regionalizzazione, cioè attribuzioni di competenze in campo sanitario ai governi regionali, la legge 180 acquista ancora più valore. Essa infatti stabilisce l'indirizzo generale e i margini di garanzia e di diritto che le leggi regionali devono salvaguardare

7.2 Il Servizio Sanitario Nazionale

Nel 1978, con la legge n. 833 è stato sancito in Italia il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria per tutti i cittadini.

Ogni anno l'Italia spende per la sanità circa 67 miliardi di euro, più o meno 130.000 miliardi delle vecchie lire. Una adeguata spesa per la salute mentale dovrebbe poter utilizzare almeno il 5% di questo fondo. 3,5 miliardi di euro ovvero 4.550 miliardi delle vecchie lire.

Finanziata dal prelievo fiscale e gratuita fino al 1990, l'assistenza sanitaria è stata poi sottoposta ad un regime di rimborso parziale con il pagamento di alcuni ticket. Il cui numero e la cui entità negli ultimi anni sta crescendo. Ciononostante buona parte dell'assistenza rimane ancora gratuita, anche per la cura delle persone affette da un disturbo mentale severo.

Ai fini dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria, l'Italia è stata divisa in unità amministrative territoriali, chiamate fino al 1995 Unità Sanitarie Locali (USL), successivamente trasformate in Aziende ex - USL (ASL) o Aziende per i Servizi Sanitari (ASS).

Ogni Azienda copre un'area che va da un minimo di 100.000 a un massimo di 500.000 abitanti circa ed amministra tutta la sanità del territorio di competenza, quindi anche l'assistenza psichiatrica. A seguito della programmazione sanitaria e dei Piani Sanitari Nazionali, lo Stato devolve l'intero finanziamento di 67 miliardi di euro alle due province autonome ed alle venti Regioni. Che a loro volta, attraverso il Servizio Sanitario Regionale, governano con una certa autonomia i fondi erogando, sulla base dei piani sanitari annuali, i finanziamenti alle aziende del proprio territorio.

7.3 Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale

Come abbiamo visto, dal principio generale del diritto di tutti alla salute discende poi la vera e propria organizzazione del Servizio Sanitario. E in questa complessa struttura trovano posto i Servizi di Salute Mentale. Vediamo come.

L'approvazione nel 1994 del primo Progetto Obiettivo Nazionale per la Salute Mentale segnò una tappa storica nelle vicende dell'assistenza psichiatrica italiana.

Il secondo Progetto Obiettivo 1999-2000 (DPR 274/99), confermando i contenuti della legge 180, fece un altro passo in avanti: il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) divenne la struttura organizzativa e di coordinamento. Ne furono precisate le finalità, i servizi che doveva garantire e gli standard di funzionamento.

Si concluse così un ciclo, durato oltre due decenni, di avvio e di sperimentazione della riforma, un periodo caratterizzato anche dalla contrapposizione di operatori, familiari, amministratori, politici e settori dell'opinione pubblica.

Ma a cosa serve in concreto il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale?

E' utile allo sviluppo qualitativo e quantitativo dell'assistenza psichiatrica per almeno cinque ragioni:

**sancisce il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici,
individua nel DSM il modello organizzativo più idoneo a garantire la continuità terapeutica e l'unitarietà degli interventi,
definisce il DSM come un insieme integrato di strutture e di servizi, con una direzione ed un coordinamento unici,
precisa che il Servizio di Diagnosi e Cura, anche se collocato in un Ospedale Generale, è comunque parte integrante del DSM,
impone una verifica della qualità dei servizi e degli interventi, che sono dotati di autonomia finanziaria e dunque vanno valutati dal punto di vista dell'efficienza.**

Familiari, utenti dei servizi di salute e cittadini attivi nelle associazioni ma anche amministratori e politici locali dovrebbero leggere e discutere nei dettagli il testo del **progetto obiettivo**. Qui di seguito ne riportiamo soltanto un paragrafo che con chiarezza definisce i principali interventi e le azioni più significative che devono essere messe in atto.

*“...**Interventi prioritari.** Nella progettazione delle attività atte a contrastare la diffusione dei disturbi mentali, i servizi di salute mentale, pur senza trascurare la domanda portatrice di disturbi mentali mediolievi, devono dare, nell'arco del triennio, priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale. A questo fine occorre:*

assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone malate o comunque portatrici di una domanda di intervento;

attuare, tramite specifici protocolli di collaborazione fra i servizi per l'età evolutiva e per l'età adulta, interventi di prevenzione mirati alla individuazione nella popolazione giovanile, soprattutto adolescenziale, dei soggetti, delle culture e dei contesti a rischio, con lo scopo di contenere e ridurre evoluzioni più gravemente disabilitanti.

Le azioni più opportune, per realizzare tali interventi, sono:

a) l'attuazione da parte dei servizi di salute mentale di una prassi e di un atteggiamento non di attesa, ma mirati a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro, ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali;

b) la formulazione di piani terapeutico-preventivi o terapeutico-riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica;

c) l'integrazione in tali piani dell' apporto di altri servizi sanitari, dei medici di medicina generale, dei servizi socioassistenziali e di altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda le attività lavorative, l'abitare e i cosiddetti beni relazionali (produzione di relazioni affettive e sociali);

d) l'applicazione delle strategie terapeutiche giudicate di maggiore efficacia, alla luce dei criteri della medicina basata su prove di efficacia;

e) il coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico; si sottolinea che tale coinvolgimento deve essere ovviamente volontario e che la responsabilità dell'assistenza e' del servizio e non della famiglia;

f) l'attivazione di programmi specifici di recupero dei pazienti che non si presentano agli appuntamenti o che abbandonano il servizio, in modo anche da ridurre l'incidenza di suicidi negli utenti;

g) il sostegno alla nascita e al funzionamento di gruppi di mutuoaiuto di familiari e di pazienti e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo;

h) l'effettuazione di iniziative di informazione, rivolte alla popolazione generale, sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire i pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà. Ciò aumenterebbe, fra l'altro, la possibilità di indirizzare i malati gravi ai servizi di salute mentale.”

7.4 Politiche di salute mentale e diritti di cittadinanza

In tutto il mondo vaste quote di popolazione vivono in condizioni di grave sofferenza a causa di vari fattori oggettivi: estrema miseria economica e culturale, guerre, mancanza di risorse nel proprio territorio o nella propria classe sociale, squilibrio tra i paesi ricchi e quelli poveri, regimi politici autoritari e repressivi che violano i diritti umani fondamentali, discriminazioni sessuali, religiose ed etniche.

In questi contesti le persone che soffrono di disturbi mentali subiscono ulteriori discriminazioni. Ma ciò accade anche nei paesi sviluppati e democratici. Tutte queste persone finiscono per costituire una delle minoranze più oppresse.

Ai “malati di mente” vengono negati con maggiore frequenza i diritti di cittadinanza. Sulla base di un presunto status scientifico di incapacità dovuta alla malattia la gran parte dei fondi che i governi dovrebbero destinare alla promozione della salute mentale viene invece usata per mantenere ospedali psichiatrici, alla fine per segregare in istituzioni chiuse le persone che soffrono di disturbi mentali.

Diventa allora una priorità l’impegno dei governi a promuovere politiche radicalmente diverse. Che prevedano la chiusura immediata di tutti i luoghi di contenzione e di reclusione. E che contemporaneamente diano impulso ad interventi centrati sull’intera comunità e sul suo sviluppo.

In Italia è decisivo che le associazioni dei familiari si attivino per migliorare la rete dei servizi, per vigilare sull’uso delle risorse, per far fronte al rischio di emarginazione che corrono le persone con disturbo mentale.

Per cambiare i **metodi** della cura occorre cambiare anche i **luoghi** della cura: non basta mutare solo gli uni o gli altri.

L’attenzione dev' essere spostata dalla malattia in sé alla totalità della persona: la sua storia e le sue sofferenze, i suoi bisogni e i suoi diritti, le sue capacità e le sue risorse. E’ importante che i familiari vigilino per evitare il ricorso routinario al ricovero ospedaliero e al trattamento sanitario obbligatorio.

In particolare devono opporsi tutte le volte che il loro familiare viene sottoposto alla contenzione. Cioè essere legati al letto oppure venire chiusi in un camerino di isolamento. Perché la contenzione non è mai necessaria ma sempre dannosa.

I programmi e gli interventi di salute mentale non devono essere rivolti solo ai singoli individui ma anche al loro contesto, alle loro relazioni ed ai gruppi sociali di riferimento.

Allora il compito della politica, sia dei governi centrali che delle amministrazioni locali, diventa quello di aiutare le fasce più svantaggiate e vulnerabili della popolazione, favorendo la loro autonomia ed emancipazione. In modo che il concreto esercizio dei diritti accresca complessivamente la loro capacità di scelta e di azione. Di fatto innalzando la loro qualità di vita.

In particolare, alle persone che soffrono di gravi disturbi mentali occorre assicurare:

disponibilità di aiuti materiali, se del caso anche con transitori sussidi economici, per avere un reddito che consenta una vita dignitosa,

condizioni di habitat soddisfacenti: la propria casa, ma anche la possibilità di accedere ad appartamenti, comunità e residenze transitorie, con diversa intensità terapeutica, in particolari periodi di bisogno,

inserimento lavorativo in rapporto alle proprie esigenze, capacità e inclinazioni,

accesso all'istruzione, all'informazione ed alla formazione,

occasioni di socializzazione, attraverso lo svolgimento di attività finalizzate e di tempo libero.

Inoltre, il governo centrale e le amministrazioni locali devono avviare programmi di educazione sanitaria per i cittadini per diffondere una diversa immagine della malattia mentale, liberata da stigma e da pregiudizi.

E questa informazione significa anche fornire alcuni dati su cui tutti dovrebbero riflettere: ogni anno circa il 2% della popolazione soffre di disturbi mentali gravi ed ha bisogno di aiuto psichiatrico. Questa percentuale apparentemente modesta equivale, in Italia, a circa un milione di persone. Che significa a dir poco almeno un altro milione di familiari coinvolti.

Ma non fermiamoci nemmeno a queste cifre, già abbastanza impressionanti, ed andiamo ancora più avanti.

Un altro quinto della popolazione (dieci milioni di persone) vive un variegato disagio psichico, che va dall'insonnia più o meno grave alla depressione, dagli attacchi di panico ai disturbi del comportamento alimentare, anoressia o bulimia, dai conflitti familiari all'ansia.

E a conti fatti scopriamo che circa il 40% di tutti noi rischia di vivere almeno una volta nell'intero arco della vita una condizione di disagio o di disturbo mentale.

7.5 Il cittadino e la scelta delle cure

Ha scritto Susan Sontag: *“La malattia è il lato più oscuro della vita, una cittadinanza gravosa. Tutti noi che siamo nati abbiamo una doppia cittadinanza: nel regno dei sani ma anche nel regno dei malati. E anche se tutti preferiremmo usare il passaporto buono, prima o poi ognuno è costretto a diventare, almeno per poco, cittadino dell'altro regno”*.

Ecco allora che la battaglia per il diritto alla salute mentale di tutti, per il riconoscimento dei diritti, per lo smascheramento dei pregiudizi, per una Sanità migliore, per la democrazia nei servizi è una

battaglia fondamentale. Non solo di civiltà. Perché non riguarda solo una ristrettissima minoranza di persone, e già varrebbe la pena di battersi per loro, ma direttamente o indirettamente tutti noi.

Entriamo sempre più nell'argomento: abbiamo detto che ogni anno circa il 2% delle persone soffre di disturbi mentali gravi ed ha bisogno di aiuto.

Ma lo cerca sempre? E come? Dove? E se lo trova, questo aiuto serve a qualcosa?

Le risposte non possono essere semplici.

Innanzitutto, una parte delle persone si rinchioda in sé o all'interno del proprio nucleo familiare, nell'illusoria speranza che il disturbo passi da solo come un'influenza.

Altri chiedono e ricevono aiuto, sì. Però da strutture inadeguate e attraverso tecniche inappropriate ed inefficaci.

Nel nostro paese, le leggi di cui abbiamo parlato e i servizi di salute mentale riescono, in misura maggiore o minore, a garantire il cittadino dalle circostanze più estreme. Pertanto è sempre importante rivolgersi ai servizi pubblici.

Ma adesso, per rispondere alla domanda che ci eravamo posti, *quali soluzioni cercano le persone che hanno un disturbo mentale*, andiamo nel dettaglio.

Di fronte alla sofferenza psichica, difficilmente sopportabile, la gran parte degli uomini e delle donne si sentono disorientati e cercano risposte muovendosi a tentoni. Ad esempio:

provano a superare le difficoltà da soli, attingendo alle risorse emotive, alle proprie conoscenze oppure a quelle di parenti ed amici. Insomma rivolgendosi alla rete informale di relazioni che ognuno di noi possiede e che, soprattutto nelle situazioni difficili, diventa importantissima. E questo talvolta può bastare;

si rivolgono alle persone che possono fornire un consiglio autorevole sebbene non professionale. Persone ritenute particolarmente sagge ed esperte nell'ambiente di vita e di lavoro. Oppure insegnanti. O ancora autorità religiose;

cercano aiuto nell'occulto, ricorrendo a guaritori, maghi o altre persone che si dichiarano depositarie di particolari poteri. Figure carismatiche con cui ricercare una ragione della sofferenza psichica. Questo aiuto, se in un primo momento può apparire rassicurante, si rivela alla lunga disastroso;

utilizzano forme di medicina alternativa, come la fitoterapia o l'omeopatia;

affidano al medico di famiglia o ad un altro medico di fiducia la decisione su chi si debba consultare per essere curati presso centri specialistici pubblici o privati.

Spesso le varie tappe di questa ricerca individuale non si escludono l'una con l'altra e a volte vengono toccate tutte quante : di frequente le persone affette da disturbo mentale passano da un tentativo all'altro.

Ma i tentativi di farcela da soli portano in genere all'insuccesso e più spesso all'aggravamento del problema iniziale:

perché le persone con disturbo mentale vivono una condizione emotiva che rende difficile una valutazione adeguata dei propri problemi,

perché le persone ritenute sagge mancano di competenza specifica e, del tutto in buona fede, non sempre possono dare consigli utili,

perché i guaritori ed i maghi, anche quando non celano veri e propri raggiri economici, possono sì produrre qualche effetto di suggestione, ma del tutto passeggero e in breve tempo destinato a successivi fallimenti,

perché la medicina alternativa da sola non è sufficiente, è spesso solo un palliativo, e rischia di ritardare, quando necessario, il ricorso ad un progetto terapeutico più articolato,

perché spesso il medico di base o le strutture mediche non specialistiche hanno una propensione ad insistere soltanto nella somministrazione di psicofarmaci,

perché i servizi medici privati non dispongono di tutte quelle figure e luoghi terapeutici indispensabili per una corretta prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Il pregiudizio secondo cui il privato è meglio del pubblico è spesso privo di fondamento. E semmai, soprattutto nel caso dei disturbi mentali gravi, è vero proprio il contrario: il servizio pubblico in ogni caso è più strutturato, più sicuro, più saldo di quello privato.

Un discorso a parte va fatto per quanto riguarda i numerosi tipi di psicoterapie che una persona può decidere di affrontare in sostituzione di un vero e proprio intervento dei servizi.

Spesso ci si rivolge al variegato mondo delle psicoterapie senza un orientamento preciso. E di fatto rischiando di perdere del tempo prezioso. Ma su questo tema conviene spendere qualche parola di più.

L'intervento psicoterapeutico è in ogni caso fondamentale anche in psichiatria ed occupa una parte centrale del progetto dei servizi di salute mentale: il colloquio, il lavoro con la famiglia, l'attività di sostegno sociale e l'eventuale ospitalità sono tutte forme della psicoterapia, che vengono abitualmente svolte in ambito pubblico.

Esistono poi altre psicoterapie di tipo specialistico: ognuna di esse agisce in base a principi e metodi specifici. E' perciò opportuno, specie per le persone con disturbi mentali severi, utilizzarle all'interno di un piano, sempre coordinato dai servizi di salute mentale.

7.6 Il disturbo mentale e i livelli essenziali di assistenza

Il Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale stabilisce i cardini generali dell'assistenza psichiatrica in Italia e ne definisce *"gli impegni operativi e l'organizzazione idonei a realizzare le attività sanitarie e socio-assistenziali, volte a perseguire la tutela della salute dei soggetti con disturbi mentali"*.

Con la definizione dei livelli essenziali di assistenza¹, i cosiddetti L.E.A. che riguardano tutte le condizioni patologiche, sono stati individuati gli standards che devono essere garantiti dai servizi sanitari. Per quanto concerne il disturbo mentale si fa riferimento al Progetto Obiettivo 1999/2000, rendendone molto più concrete le indicazioni.

In pratica, queste valorizzano il principio della continuità terapeutica e dell'azione congiunta e coordinata dei servizi sociali, sanitari, di salute mentale, delle istituzioni, delle forme organizzate della comunità che operano in un territorio e delle persone che vi abitano.

Tutto ciò sembra solo una astratta e burocratica enunciazione di principi? Una di quelle assunzioni di impegni che restano soltanto lettera morta?

Non è così: vedremo tra poco che questi assunti teorici si incarnano nel lavoro concreto di donne e uomini che, attraverso una struttura organizzativa, cercano di aiutare altri uomini ed altre donne.

Ma intanto, per cominciare a scendere dal generico allo specifico, facciamo un altro passo e diciamo qualcosa di più dettagliato sulle forme organizzative.

7.7 Il Dipartimento di Salute Mentale

¹ (D.P.C.M. 29-11-2001, Gazz. Uff. 8 febbraio 2002, n. 33, S.)

Il **Dipartimento di Salute Mentale** è il cardine dell'organizzazione territoriale prevista dal Progetto Obiettivo.

Il primo compito dei servizi di salute mentale sembra essere quello **terapeutico**: dalle attività psichiatriche ambulatoriali propriamente dette a quelle domiciliari, dagli interventi d'urgenza a quelli di risposta alla crisi.

Ma se i servizi facessero solo questo, le persone continuerebbero ad essere dei *malati*, pur vivendo nella comunità.

Questo accade quando i servizi svolgono unicamente un lavoro specialistico psichiatrico. Che è un compito fondamentale, ma che deve essere accompagnato da un altro compito altrettanto fondamentale. Che è quello **riabilitativo**.

Si tratta cioè di agire per sviluppare le capacità, poche o tante che siano, della persona. Per migliorare la sua autonomia e le sue attività relazionali. Per favorire la crescita delle sue capacità.

Ma neanche questo da solo basterebbe.

I servizi devono avere uno sguardo particolare ed attuare un ulteriore compito, che è quello della **reintegrazione sociale**.

Perché in fondo lo scopo finale dell'intero Progetto Obiettivo è proprio quello di creare le condizioni necessarie per includere la persona nella vita collettiva, che esiste soprattutto fuori dai servizi : programmi terapeutici e riabilitativi, risorse economiche e relazionali, opportunità lavorative ed abitative.

Se dunque terapia, riabilitazione e reinserimento sociale sono i bersagli a cui mirare, i servizi devono mettere ognuno nella condizione di utilizzare archi e frecce funzionanti.

Per uscire dalla metafora, si tratta di agire in base a principi e criteri ben saldi.

Vediamo quali:

assumersi la responsabilità

i servizi in generale ma i singoli operatori in particolare garantiscono la promozione della salute mentale della popolazione di quel territorio. Ciò significa, tra l'altro, che devono svolgere un'opera di prevenzione, conoscere tutte le istituzioni del territorio comprese le organizzazioni di volontariato, essere capaci di interagire con i problemi e i conflitti di quel territorio, valorizzare ai fini della cura le risorse proprie di quel contesto.

Devono disporsi per andare verso le persone, non possono solo attendere,

andare incontro alla domanda

i servizi devono avvicinarsi concretamente ai bisogni della persona: riducendo al massimo i tempi di attesa tra richiesta d'aiuto e contatto terapeutico, senza aspettare o rinviare. Senza mai dire "*ce lo porti qui*" ai familiari che chiamano. Perché i familiari potrebbero rispondere: "*se eravamo in condizione di portarlo da voi, neanche vi telefonavamo*";

occuparsi delle persone più gravi

senza *inoltrarle* ad altre strutture psichiatriche, che rischierebbero di riprodurre forme di istituzionalizzazione,

garantire la continuità di rapporto nel tempo

seguendo la persona anche nella sua vita sociale dopo il miglioramento dei sintomi,

mettere al centro del servizio la persona

ricordando sempre che non è un oggetto su cui intervenire, ma un essere umano che deve partecipare alla propria cura, soprattutto nel momento della crisi,

creare all'interno dei Servizi un clima comunitario

in cui si valorizzano i rapporti umani anche informali tra operatori, persone con disturbo mentale e familiari,

lavorare in gruppo

basandosi sulla multidisciplinarietà e perciò valorizzando i contributi professionali e la dimensione soggettiva di ogni singolo operatore. Questo sistema di interazione tra tutti i soggetti presenti sulla scena permette di arricchire l'intero gruppo con le esperienze di ognuno dei suoi componenti.

Ma ora entriamo nei servizi di salute mentale. E vediamo come dovrebbero essere fatti, come agiscono e chi li fa funzionare.

Il Dipartimento di Salute Mentale è dunque il modello organizzativo che il Progetto Obiettivo ha riconosciuto come la struttura più adatta a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica.

Il Dipartimento deve infatti rispondere al bisogno di salute mentale dell'intera popolazione del territorio di competenza, definito per legge e incardinato, come tutti i servizi che si occupano della salute, in un'Azienda Sanitaria Locale (ASL). Purtroppo non tutte le regioni hanno ancora strutturato un Dipartimento di Salute Mentale.

Il DSM, là dove esiste, è costituito da un insieme di strutture e di servizi tra loro integrati ed è commisurato alle specificità del territorio ed alle sue risorse.

Perciò esso è la struttura operativa che permette ai principi della legge 180 di trasformarsi in realtà. Passando dalla vecchia psichiatria di contenimento e di custodia nei manicomi a quella di prevenzione/cura/riabilitazione.

Il DSM non deve essere un apparato burocratico che si realizza mantenendo in vita sè stesso e la propria struttura. Tutt'altro: deve tendere ad essere un utensile nelle mani del cittadino, uno strumento che deve portare alla concreta realizzazione di percorsi terapeutici concepiti per ogni singola persona. Ad ognuna di esse, deve poter offrire risposte personalizzate.

Il Dipartimento deve operare per rimuovere qualsiasi forma di stigma, di discriminazione e di esclusione delle persone affette da disagio o da disturbo mentale. Di conseguenza, uno dei suoi compiti principali è quello di promuovere i pieni e completi diritti di cittadinanza per le persone con disturbo mentale.

Per sviluppare questi obiettivi, ogni Dipartimento dovrebbe svolgere molteplici attività :

educazione sanitaria,

conoscenza dei bisogni e dei problemi di quel territorio,

interventi nei luoghi e sui gruppi a rischio,

integrazione con gli altri servizi socio-sanitari,

interventi ambulatoriali,

interventi a domicilio e nella comunità,

programmi per l'integrazione sociale,

risposta alla domanda urgente 24 ore su 24,

sostegno al ricovero nell'Ospedale Generale,

**ospitalità 24 ore su 24 con assistenza intensiva,
residenzialità e semi-residenzialità terapeutica e riabilitativa,
programmi per evitare il ricorso all'istituzionalizzazione,
lavoro con i familiari,
programmi specifici di formazione e inserimento lavorativo,
interventi per la tutela della salute mentale in ambito penitenziario.**

Per poter garantire che ogni servizio per la salute mentale operante nell'ASL contribuisca al funzionamento complessivo di questi progetti, il Dipartimento deve assicurare unitarietà di indirizzo.

Un saldo coordinamento operativo, sia all' interno della struttura Dipartimentale sia tra questa e i Distretti, gli ospedali e i servizi sociali di base serve ad evitare frammentarietà e difformità nei comportamenti : questo è un obiettivo importantissimo. Senza il quale diventa difficile operare.

I familiari devono poter usare tutte queste conoscenze, per valutare il funzionamento dei servizi e per interagire con essi in maniera più consapevole.

Perchè non tutto si realizza attraverso progetti di legge, *i manicomi non si chiudono solo per legge*, oppure attraverso i contatti tra le Autorità e le Istituzioni, né basta soltanto la stesura di buoni documenti programmatici che i dirigenti e gli amministratori si scambiano l'uno con l'altro. Il successo della cura, dei processi abilitativi e di emancipazione, è perseguito da un'equipe terapeutica: donne e uomini reali che aiutano e sostengono concretamente e quotidianamente le persone.

Uomini e donne reali che devono saper interpretare il loro ruolo professionale. In questo senso, operando in un saldo rapporto tra loro, psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, tecnico della riabilitazione, educatore, accompagnatore, contribuiscono alla costruzione di un percorso di ripresa, aprendo insperate prospettive alla persona con disturbo mentale.

Ogni Regione, sulla base delle sue leggi per la salute mentale, deve proporre un regolamento tipo per il Dipartimento di Salute Mentale per ogni Azienda Sanitaria. E, sulla base di queste indicazioni, ogni DSM deve elaborare un regolamento dettagliato che dichiari l'assetto organizzativo, le modalità operative e l'impegno ad offrire percorsi terapeutici per ogni singola persona.

Dal regolamento del DSM di Trieste (dic. 1995) riportiamo quanto concordato per definire le attività di tutti gli operatori.

Art. 13 - ATTIVITÀ DEL PERSONALE

1 - Fatto salvo quanto espressamente previsto dalle leggi nazionali, dal contratto nazionale di lavoro e dal Regolamento Generale dell'A.S.S., ogni operatore professionale (assistente sociale, educatore professionale, infermiere, medico, psicologo, tecnico della riabilitazione,) addetto al D.S.M.:

Contribuisce nell'equipe all' identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività. Mantiene con gli utenti, le famiglie, gli Enti, le Associazioni e i cittadini, relazioni di ascolto e di educazione sanitaria. In particolare contribuisce ai programmi di formazione delle famiglie delle persone assistite.

Collabora alla tenuta del Sistema Informativo del Servizio ed alla raccolta dati di interesse epidemiologico.

Partecipa alle riunioni d'équipe e relaziona sulle attività svolte, contribuendo alla diffusione di tutte le informazioni significative per il conseguimento e la valutazione degli obiettivi stabiliti dall'équipe.

Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale sulla persona contestualmente alla rete familiare e sociale.

Svolge le pratiche di assistenza centrate sulla presa in carico della persona nella sua integrità, nel rispetto della dignità e riservatezza.

Fa sì che venga rispettato il diritto di ognuno di scegliere, per gli atti che prevedono la manipolazione del proprio corpo, operatori dello stesso sesso.

Sorveglia affinché non si verificano episodi di sopraffazione psicologica, fisica e verbale ai danni della persona ospite, lesivi della sua dignità.

Controlla e contribuisce al decoro degli ambienti di soggiorno e/o degenza, nonché agli effetti personali della persona nella struttura sanitaria.

Provvede alla somministrazione dei medicinali prescritti dal medico presso il servizio oppure a domicilio e ne verifica gli effetti.

Conserva la documentazione inerente le prescrizioni terapeutiche.

Provvede a visite domiciliari per utenti inseriti in programmi terapeutici decisi dall'équipe. In particolare collabora alle visite presso utenti problematici.

Accompagna e supporta le persone nelle attività di animazione, di risocializzazione, culturali e ricreative, nonché nei soggiorni fuori sede, in luoghi di lavoro e/o di formazione all'interno di un programma volto all'autonomia della persona.

Verifica e contribuisce a mettere in atto ogni strategia per il decoro del domicilio della persona anche attraverso l'attivazione di personale ed Enti preposti.

Provvede e controlla che venga offerta un'appropriata e decorosa assistenza ai bisogni fisici della persona soprattutto se non autosufficiente.

Collabora ad assistere le persone ospiti delle strutture residenziali secondo gli obiettivi terapeutici e i protocolli stabiliti con l'équipe.

Collabora a promuovere attività di integrazione sociale anche attraverso il rapporto con gruppi e associazioni di cittadini presenti sul territorio.

Collabora a promuovere gruppi di auto-aiuto.

Collabora e partecipa alle attività di gruppo e di lavoro sulla qualità dei servizi .

Propone e gestisce i propri programmi di formazione permanente e di aggiornamento all'interno del D.S.M.

Contribuisce alla formazione degli allievi dei differenti corsi professionali di base e dei corsi di specializzazione in psichiatria e di altre figure.

Promuove incontri periodici del personale infermieristico del D.S.M. su tematiche dello specifico della professione.

Partecipa alle attività di gruppi di lavoro sulla ricerca.

Redige e conserva la documentazione inerente l'attività burocratico amministrativa (compilazione e tenuta della modulistica, registrazione delle attività quotidiane) del Servizio.

7.8 La rete dei servizi territoriali

Ogni DSM è costituito da più unità operative. Il modulo del Progetto Obiettivo Nazionale ne prevede tre.

Ecco allora le unità operative o componenti organizzative del Dipartimento di Salute Mentale :

Centro di Salute Mentale (CSM),

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC),

Strutture Residenziali e Semiresidenziali (SR).

Le cooperative sociali possono essere accreditate dal DSM e contribuire allo sviluppo dei programmi terapeutico riabilitativi.

7.8.1 Il Centro di Salute Mentale²

L'attività del CSM, rivolta soprattutto alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione, si occupa delle persone adulte di un dato territorio. In una parola deve garantire **la presa in carico** della persona con disturbo mentale : la molteplicità dei suoi problemi, il sostegno alla sua famiglia, la conoscenza e la mediazione dei conflitti che nel contesto della sua vita accadono.

I CSM costituiscono dunque il nucleo centrale del Dipartimento ed hanno una vera e propria sede operativa.

Per funzionare bene un CSM 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 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'attivazione delle risorse sociali.

Da qui partono gli operatori per le visite domiciliari e per le consulenze esterne.

²**Requisiti minimi indicati per il centro di salute mentale dal D.P.R. 14/1/1997** Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun Centro di salute mentale dispone almeno di: - locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni; - locale per attività diagnostiche e terapeutiche; - locale visita medica; - locale per riunioni; - spazio archivio.

Il Centro dovrebbe essere aperto 24 ore su 24, 7 giorni su 7, e le persone venirci ospitate anche di notte. Come accade ad esempio a Trieste.

Il familiare che si trova di fronte alla crisi di un congiunto, spesso si sente isolato e non sa a chi rivolgersi. Compito dunque del CSM è quello di promuovere la sua presenza nel territorio, in una parola facendosi conoscere. E garantire una continuità di risposta nell'intero arco della giornata e per l'intera settimana.

Un buon CSM deve anche poter disporre di risorse proprie e soprattutto attivare quelle dei comuni, per garantire alle persone un reddito adeguato, che permetta loro di accedere ad un dignitoso livello di vita sociale. E costruire percorsi individuali e collettivi che, attraverso un'adeguata formazione professionale ed un successivo inserimento lavorativo, portino le persone ad essere il più possibile autonome ed indipendenti.

Ogni Centro di Salute Mentale deve garantire le seguenti attività:

Visita ambulatoriale

Corrisponde alla prima visita o a visite successive. Può essere una semplice consultazione o anche la verifica dell'andamento del programma terapeutico. Durante la visita ambulatoriale si scambiano notizie e pareri con la persona e/o con i suoi familiari, si realizza il sostegno psicoterapeutico, si effettuano controlli sul trattamento farmacologico, si danno consigli o si interviene in situazioni di crisi. È in questa sede che si preparano certificati medici e relazioni sanitarie specialistiche.

Visita domiciliare

Programmata o svolta d'urgenza, la visita domiciliare consente la conoscenza delle condizioni di vita della persona e della sua famiglia. In certi casi serve a mediare i conflitti nelle relazioni di vicinato, specie nell'intervento in situazioni di crisi. Per le persone che hanno difficoltà a recarsi al servizio, viene utilizzata per somministrare la terapia farmacologica e portare sostegno, o accompagnare a/da casa, in ospedale, negli uffici pubblici, a corsi di formazione e al lavoro.

Ospitalità Diurna/Day Hospital

L'ospitalità per alcune ore, o per l'intera giornata, deve essere disponibile per offrire una condizione di temporanea protezione o tutela, specie negli stati di crisi o di tensione, per favorire il distanziamento dal proprio gruppo di convivenza e alleggerire il carico della famiglia. L'ospitalità è inoltre indispensabile per seguire terapie farmacologiche e per il sostegno psicoterapeutico, per stimolare la partecipazione ad attività individuali e di gruppo, a programmi di orientamento, a percorsi di informazione e formazione. La sede dell'ospitalità diurna è in genere quella del CSM.

Ospitalità Notturna

Per periodi di tempo variabili da una notte a più settimane bisogna prevedere per le persone prese in carico anche l'ospitalità notturna presso il centro. Invece quasi dovunque accade che tale ospitalità diventi un ricovero nel servizio ospedaliero o in una clinica privata. Non dovrebbe essere così, se non in casi eccezionali.

Lavoro terapeutico individuale

L'equipe del centro deve poter offrire incontri programmati, orientati all'ascolto e all'approfondimento dei problemi e delle condizioni di vita della persona. La dimensione, appunto individuale, del colloquio facilita il confronto nell'acquisizione di nuovi punti di vista, consente forme di apprendimento e di rassicurazione, stimola maggiore consapevolezza, aiuta a intravedere vie d'uscita e a costruire nuovi equilibri.

Lavoro terapeutico con la famiglia

Altrettanta attenzione deve essere riservata alla famiglia: incontri programmati per verificare e discutere le dinamiche e i conflitti interni, allo scopo di favorire una maggiore conoscenza e partecipazione ai problemi. Per stimolare possibili cambiamenti e costruire alleanze, sulla base di una consapevole adesione al programma terapeutico.

Attività di gruppo

Ogni centro deve programmare molteplici incontri, in cui il confronto e lo scambio di informazioni su problemi comuni rafforza la capacità di conoscersi reciprocamente, organizzando la partecipazione e il tempo libero, costruendo ed ampliando la rete sociale.

Il lavoro di gruppo tra operatori e utenti, spesso con la partecipazione di volontari, ha soprattutto lo scopo di attivare una rete sociale che vada al di là della famiglia, in cui possono essere coinvolte figure significative, come amici, colleghi di lavoro, vicini di casa o altri che svolgono un ruolo importante nel processo terapeutico e di reintegrazione sociale.

Incontri di gruppo vengono proposti anche ai familiari, per migliorare le loro conoscenze intorno al disturbo mentale, accrescere nel confronto reciproco la capacità di fronteggiare i problemi e gli stati di crisi, arricchendo la rete di relazioni su cui si basa il mutuo aiuto.

Interventi di abilitazione e prevenzione

Si tratta di iniziative, dirette e indirette, che favoriscono percorsi di accesso all'informazione e alla cultura, alla formazione e all'inserimento lavorativo. Essenziali strumenti di queste attività sono le cooperative sociali, i laboratori espressivi, la scuola, le attività sportive e ricreative, i gruppi di aggregazione giovanile e di autoaiuto, le associazioni.

Sostegni per l'accesso ai diritti ed alle opportunità sociali

Ogni centro deve poter rispondere ai bisogni reali. Interventi e programmi a favore delle persone più svantaggiate e delle loro famiglie, in cui si prevede l'erogazione da parte delle ASL e dei comuni di assegni economici di integrazione sociale, di formazione al lavoro, di sostegno alle attività riabilitative. Oppure, in via indiretta, inviando o accompagnando le persone presso enti ed istituzioni con medesime finalità. Come ad esempio l' Ater - Azienda Territoriale Edilizia Residenziale, il Tribunale, le Fondazioni, l' Inps - Istituto Nazionale Previdenza Sociale-, l' Ufficio di collocamento.

Tali programmi possono inoltre prevedere , in accordo con la persona, la gestione e l'amministrazione del patrimonio.

Sostegni all'abitare

Programmi terapeutico - riabilitativi svolti a domicilio o in condizioni di residenzialità, come gruppi appartamento, comunità alloggio, comunità terapeutiche, gruppi di convivenza, mirati a sostenere le capacità di vita quotidiana, per preservare o riapprendere abilità sociali e interpersonali, di vita in gruppo. I programmi comportano differenti gradi di assistenza e di protezione, in rapporto alle disabilità e ai bisogni delle persone.

Attività di consulenza

Interventi presso servizi sanitari o reparti ospedalieri ove siano ricoverati utenti già in cura al servizio di salute mentale. Ma anche consulenze per persone ricoverate in ospedale, non note al servizio, al fine di svolgere approfondimenti diagnostici, consigliare terapie specifiche, avviare

l'eventuale presa in carico. La consulenza deve essere attiva anche con il carcere, per persone detenute che presentano problemi e disturbi psichici. Più intensa può essere oggi la presenza nelle sedi distrettuali per il lavoro di raccordo e di consulenza nelle aree di alta integrazione, che riguardano i servizi per gli anziani, per l'handicap, i consultori e gli adolescenti). Il lavoro con il medico di famiglia è parte integrante dell'attività di consulenza.

Telefono

Segnalazioni, consigli, appuntamenti, verifiche. Anche in caso di urgenze.

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DI TRIESTE

Il **Dipartimento di Salute Mentale** di Trieste serve oggi una popolazione di 247mila abitanti.

Il suo punto di forza è rappresentato da **4 Centri di Salute Mentale**, distribuiti su 4 aree territoriali, dotati ciascuno di **8 posti letto e attivi 24 ore su 24**.

Ad essi s'è aggiunta la **Clinica Psichiatrica** che in maniera sperimentale si fa carico di un'area di 12mila abitanti.

Il **Servizio Abilitazione e Residenze** coordina le strutture e le attività abilitative, riabilitative e di integrazione sociale ed articola i suoi programmi in luoghi differenziati, 11 strutture residenziali con 71 posti letto a differenti gradi di protezione (pari a 2.8 per 10.000 ab.) e un Centro Diurno con 6 laboratori. Il Servizio coordina inoltre i rapporti con le tredici **cooperative sociali** convenzionate ed accreditate : 110 borse di lavoro / anno, circa 25 persone assunte all'anno.

Il **Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura** con **8 posti letto** fornisce la prima risposta all'emergenza di pronto soccorso psichiatrico e svolge la funzione di filtro e di avvio ai servizi territoriali di base.

Sono **236** gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale: 28 psichiatri, 6 psicologi, 175 infermieri, 10 assistenti sociali e 7 tecnici della riabilitazione, nonché 9 unità di personale amministrativo e ausiliario.

Il numero dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (**TSO**) si è stabilizzato negli ultimi 3 anni sulla media di **8 per 100mila** abitanti : il tasso più basso che si registra in Italia.

La rete dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale a chiusura del **bilancio 2002** è costata complessivamente 14 milioni di euro, 27 miliardi e mezzo di vecchie lire. Nel 1971 l'Ospedale Psichiatrico, a chiusura di bilancio, costò all'Amministrazione Provinciale più di 5 miliardi di allora, pari a 27 milioni di attuali euro. 55 miliardi di vecchie lire.

Con un'immagine grafica più gradevole, ecco come si presenta la situazione triestina. ([la rete](#))

Alla luce delle esperienze fatte fino ad oggi, dunque, ci sembra di poter affermare che un buon Centro di Salute Mentale deve :

farsi carico del benessere, incluso quello materiale di base, delle persone con disturbi mentali rilevanti,

coltivare attivamente gli interessi delle persone, per esempio andando a cercare quelli che hanno abbandonato il trattamento terapeutico. Oppure aiutandoli davanti alla legge ed alla burocrazia,

fornire una gamma di servizi e di programmi per dare risposte alle esigenze abitative, formative e lavorative di ogni singolo individuo,

**offrire sostegno alle famiglie, agli amici ed ai componenti della comunità,
aiutare le persone a vivere nelle relazioni, nella collettività e nel territorio.**

Il progetto obiettivo così sintetizza:

Il Centro di Salute Mentale

*è la sede organizzativa dell'equipe degli operatori e del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e riinserimento sociale;
è il titolare del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato;
svolge la proprio attività in un preciso territorio di competenza;
si integra funzionalmente con le attività del Distretto.*

Svolge:

*attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica;
programmi terapeutici e riabilitativi, a maggiore o minore valenza sociale, in modo personalizzato, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di "rete", e residenziali, nella strategia della continuità terapeutica;
attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici ed attività formativa.*

In particolare il CSM svolge:

*consulenza specialistica ai servizi "di confine", quali alcolismo o tossicodipendenze, alle strutture residenziali per anziani e disabili;
attività di filtro ai ricoveri e di controllo delle degenza nelle case di cura private, al fine di assicurare la continuità terapeutica;
valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate.*

Il CSM è attivo, per interventi ambulatoriali, domiciliari e/o ambientali, di rete almeno 12 ore al giorno. Ciò significa che deve tendere ad un'apertura 24 ore su 24, sette giorni su sette.

7.8.2 Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura³

L'attività di questo servizio si integra con tutte le articolazioni del DSM e deve essere strettamente legata e subordinata a quella del Centro di Salute Mentale territoriale. Infatti, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è collocato all'interno dell' Ospedale Generale, ma per il suo buon funzionamento deve essere collegato amministrativamente, funzionalmente ed operativamente al DSM.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è il luogo dove vengono in genere attuati trattamenti volontari e obbligatori in condizioni di ricovero. Esplica attività di consulenza alle altre divisioni ospedaliere. Risponde alle situazioni di emergenza e di consulenza presso il Pronto Soccorso. In queste circostanze l'equipe terapeutica del Servizio effettua la valutazione specialistica, presta le prime cure e, se del caso, avvia un programma terapeutico coinvolgendo immediatamente il centro di salute mentale cui fa riferimento la persona. Solo raramente quando non sono possibili altre forme di intervento il servizio ricovera la persona, come spesso accade quando i CSM non dispongono di risorse e programmi adeguati.

³ **Requisiti minimi indicati dal D.P.R. 14/1/1997.** L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero. Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori.

Il numero dei posti letto secondo le indicazioni del Progetto Obiettivo non deve superare le 16 unità e comunque il numero globale dei posti letto disponibili per la risposta all'emergenza e alla crisi deve essere proporzionato alla popolazione nella misura di circa un posto ogni 10.000 abitanti. E' aperto ogni giorno per 24 ore su 24, vi lavorano sia psichiatri che infermieri.

Ogni servizio deve essere dotato di spazi adeguati per garantire, pur nei limiti imposti dalla particolare condizioni della persona, il rispetto della privacy e dei diritti, che devono essere riconosciuti non solo a qualsiasi ricoverato ma anche alle persone in trattamento obbligatorio. Per esempio: poter comunicare con familiari e amici, evitare situazioni di abbandono e di promiscuità, vedere rispettato il bisogno che ogni atto di cura del corpo sia fatto da operatori oppure da operatrici dello stesso sesso. Tutti i servizi di diagnosi e cura devono essere dotati di spazi per attività comuni.

Non è mai un buon segno quando gli operatori chiamano *reparto psichiatrico* oppure *repartino* il servizio di diagnosi e cura.

In ogni caso **le porte del SPDC devono essere aperte e per nessuna ragione si deve ricorrere alla contenzione.** Purtroppo questo non sempre accade e dovrebbe essere cura delle associazioni dei familiari garantire interventi rispettosi della dignità umana anche nelle circostanze del ricovero ospedaliero.

L'obiettivo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in una rete dipartimentale strutturata è di evitare il ricovero e comunque ridurre il più possibile la durata. Per garantire alle persone la presa in carico da parte del CSM, la continuità e territorialità della cura.

Il ricovero nel SPDC non deve essere mai sostitutivo della presa in carico da parte del CSM competente, ma soltanto un'eccezione motivata da esigenze del tutto particolari.

Questo principio terapeutico e questo modello organizzativo che viene attuato a Trieste e in molte altre realtà italiane garantisce che le persone, per superare più agevolmente le situazioni di crisi, anche quelle più gravi, mantengano i contatti con il proprio ambiente.

Le eventuali eccezioni, cioè i casi di ricovero più lunghi, devono essere appunto un'eccezione a questo principio. I ricoveri vanno di norma programmati, proposti dal CSM e concordati con i reparti ospedalieri.

In casi del tutto particolari, i ricoveri possono essere concordati con l'autorità giudiziaria: ad esempio, nei confronti di detenuti con patologie psichiatriche oppure di persone che, imputate per aver commesso un reato in condizioni di sofferenza psichica, sono in attesa delle decisioni del Giudice. O che dovranno essere poi sottoposte a perizia psichiatrica.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura per le funzioni che svolge, per le pressioni che subisce se non adeguatamente inserito nella rete dei servizi, per l'inerzia delle risposte ripetitive che è costretto a dare, per la scarsa attenzione che in molte regioni è stata posta allo sviluppo della rete territoriale, per la demotivazione che in questo clima subiscono gli operatori è oggettivamente esposto al rischio di reintrodurre una *dimensione manicomiale*. Un rischio che può e deve essere assolutamente evitato. Questo deve essere uno degli obiettivi principali del lavoro. Anche delle associazioni dei familiari.

In breve, sintetizzando le indicazioni del Progetto Obiettivo:

Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura

è collocato all'interno dell'ospedale generale;

è sempre parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale;

gli eventuali rapporti con l'Azienda Ospedaliera sono regolati da apposite convenzioni;

attua i trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero;

esplica attività di consulenza alle altre divisioni ospedaliere e al pronto soccorso;

il numero complessivo dei posti letto è individuato nella misura di uno ogni 10.000 abitanti;

dispone di un numero non superiore a 16 posti letto;

è dotato di adeguati spazi per garantire privacy e attività comuni.

7.8.3 Le strutture residenziali e semiresidenziali

Come abbiamo detto, il DSM deve poter disporre di risorse per rispondere al bisogno abitativo delle persone : alcune tra loro hanno bisogno, anche per lunghi periodi, poche altre per tutta la loro vita, di luoghi dove abitare. I dipartimenti attraverso i CSM devono allora poter offrire un ventaglio di possibilità con una diversa presenza di operatori e una diversa intenzione terapeutico/riabilitativa.

Si parla di **comunità terapeutica** o di strutture ad alta intensità terapeutico/riabilitativa quando gli operatori sono presenti 24 ore su 24 e quando sono particolarmente attivi programmi individuali abilitativi ed emancipativi.

Si parla di **gruppi appartamento** quando gli operatori a sostegno sono presenti per 12 ore della giornata. In questo caso le persone residenti hanno un discreto livello di abilità e di autonomia e dunque sono attivi programmi individuali rivolti soprattutto all'integrazione sociale ed a garantire una possibilità abitativa utile e dignitosa.

Si parla di **casa alloggio o nucleo di convivenza** quando più persone sono stimolate a vivere insieme e a condividere l'appartamento e le spese di gestione. La presenza degli operatori è quindi ridotta ad alcune ore del giorno oppure in occasione di particolari eventi o necessità. Lo scopo è quello di garantire un'integrazione delle persone con la struttura sociale circostante assicurando loro un abitare dignitoso.

Ora, dopo aver detto qualche parola su cosa **sono**, possiamo anche dire che **cosa non dovrebbero essere** queste strutture.

Non certo luoghi sostitutivi del manicomio, anche se devono rappresentare un'alternativa dinamica al rischio dell'istituzionalizzazione. Nemmeno luoghi di abbandono passivo e cronico, benché debbano garantire un'abitazione a persone che per svariati motivi ne potranno avere bisogno anche per lunghissimo tempo.

Né dovrebbero servire soltanto a chi ha un disturbo mentale grave e tantomeno solo nei momenti di crisi : le persone possono essere inserite in una di queste strutture abitative perché si ritiene opportuno un periodo di separazione dalla famiglia. Oppure perché, pur essendo presente un discreto livello di autonomia individuale, la famiglia non c'è e la persona non è in grado di organizzare autonomamente la propria vita. O ancora se la famiglia per svariati motivi non ha la possibilità di prendersi cura della persona, quando si verificano gravi conflitti, sono carenti le risorse ed esistono altre condizioni di malattia nel nucleo familiare..

Le esperienze fatte finora ci permettono di fornire un'indicazione realistica del fabbisogno di posti residenziali per le persone con disturbi mentali: tenendo conto delle tipologie abitative che abbiamo descritto, crediamo che sarebbe utile disporre di 3 posti residenziali ogni 10.000 abitanti.

Il Progetto Obiettivo indica come sufficienti due posti ogni diecimila, mentre attualmente in tutto il territorio nazionale disponiamo di 2,9 posti residenziali per 10.000 abitanti.

Sono tanti ? Sono troppi ? Sono pochi ?

In un coerente e funzionale sistema integrato di Servizi di Salute Mentale, a noi non sembrano né tanti, né troppi né pochi : dipende da come vengono organizzati ed utilizzati e da come si integrano nella più ampia rete dei servizi sociosanitari e di salute mentale.

Per fare un esempio concreto, in una città come Trieste di 247.000 abitanti disponiamo di circa 70 posti residenziali : cioè 2,8 ogni diecimila. E ci sembra al momento un livello adeguato.

Sintetizzando le indicazioni del Progetto Obiettivo:

le strutture residenziali⁴

Struttura extra ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico, riabilitativo e di integrazione sociale;

⁴ **Requisiti minimi strutturali delle strutture residenziali indicati dal D.P.R. 14/1/1997:** numero complessivo locali e spazi, in relazione alla popolazione servita; - numero massimo dei posti 20; - per strutture fino a 10 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana.

finalizzata ad offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative non è soltanto una soluzione abitativa;

deve essere collocata in aree urbanizzate e facilmente accessibili;

può essere gestita direttamente da personale del DSM, dal privato sociale e/o imprenditoriale; in questi ultimi due casi il titolare del progetto deve essere il DSM e i rapporti tra questo e il privato deve essere regolato da un accordo scritto;

l'accesso e la dimissione avvengono in conformità al programma personalizzato concordato tra gli operatori del CSM, gli operatori della struttura residenziale, la persona, i familiari o altre persone di riferimento;

lo standard tendenziale si attesta intorno ai due posti residenziali per 10.000 abitanti.

Le **strutture semiresidenziali**, day hospital (DH) e centro diurno (CD) ospitano le persone durante il giorno e prevedono programmi terapeutico-riabilitativi individuali e di gruppo. Queste persone, che di giorno seguono un programma coordinato dal CSM, di sera in genere tornano a casa propria. Perciò le strutture semiresidenziali possono aver sede nella stessa struttura che ospita il CSM. Viene prestata particolare attenzione ai programmi terapeutici intensivi anche in condizione di crisi, come nell'attività del DH. Oppure ai percorsi di formazione e di socializzazione, come nei programmi del CD.

Stando alle indicazioni del progetto obiettivo:

il day hospital⁵

fornisce prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative a breve e a medio termine;

può essere collocato all'interno dell'Ospedale Generale, con un collocamento funzionale e gestionale con il SPDC;

può essere collocato presso strutture esterne, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario;

è aperto per almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana ed ha la funzione di:

effettuare interventi farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi;

ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero o limitarne la durata;

le Regioni, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, ne definiscono la collocazione e il numero dei posti letto

il centro diurno⁶

è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutiche e riabilitative;

collocata nel contesto territoriale;

aperta almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana;

dotata di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e/o organizzazioni del volontariato;

dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati;

svolge programmi terapeutici e riabilitativi personalizzati per

il recupero delle abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e l'inserimento lavorativo;

può essere gestito direttamente dal Dipartimento di Salute Mentale, o dal privato sociale e/o imprenditoriale;

⁵**Requisiti minimi strutturali del day hospital indicati dal D.P.R. 14/1/1997:**la tipologia deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali - locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

⁶**Requisiti minimi strutturali del centro diurno indicati dal D.P.R. 14/1/1997:** locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni; - locale per colloqui/visite psichiatriche; - collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità; - numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

nel caso di gestione indiretta, i rapporti con il Dipartimento di Salute Mentale sono regolati da apposite convenzioni, per la continuità di presa in carico.

Tutte le strutture del dipartimento devono rispettare i requisiti minimi indicati dal D.P.R. 14/1/1997 (vedi note).

7.8.4 Le cooperative sociali

Fino a poco tempo fa, "un'occupazione" per le persone con disturbo mentale era concepibile soltanto in termini di *ergoterapia*, lavoro non pagato dentro gli ospedali psichiatrici⁷. Ma la chiusura dei manicomi fece emergere le persone, i loro bisogni ed i loro diritti. Tra questi il lavoro, non più visto come terapia ma appunto come diritto.

Grazie alla legge 180 ed alle diverse opportunità di cura che hanno oggi le persone con disturbo mentale, il lavoro negli istituti e le attività dei vecchi *laboratori protetti*⁸ cominciarono sempre più ad essere abbandonate, dato che intrattenevano senza un vero scopo le persone e non offrivano nessuna opportunità di uscita reale dal circolo vizioso della pura e semplice assistenza.

Così, già nei primi anni '70 nacquero le prime esperienze di cooperazione.

A Trieste nel 1972 si costituì una cooperativa che, per la prima volta, associò gli internati che in precedenza erano stati occupati, ma senza diritti, nel lavoro di pulizia, cucina, giardiniera: la cooperativa garantì a tutti regolari condizioni di lavoro, normali livelli salariali, contributi pensionistici. Insomma uno status sociale di *lavoratore* e non più di *internato malato di mente*.

Queste prime esperienze aprirono la strada alle così dette *cooperative finalizzate*, cioè a cooperative che avevano lo scopo di formare e sostenere nel percorso lavorativo le persone svantaggiate, inizialmente soprattutto quelle con disturbo mentale.

Nel 1991 la legge 381/91, ha promosso e regolamentato il lavoro di queste cooperative, chiamandole "cooperative sociali".

Successivamente l'insieme delle attività produttive che con finalità di emancipazione coinvolgono le persone svantaggiate sono state definite "**impresa sociale**".

Con questo nome s'intendono quelle iniziative che hanno come scopo dichiarato l'integrazione sociale delle persone svantaggiate, come forma organizzativa principale la cooperativa, come mezzo l'attività formativa e lavorativa.

Si tratta di progetti d'impresa che trasformano in lavoro bisogni collocati ai margini e capacità a torto ritenute *residuali, se non del tutto spente*.

L'attività imprenditoriale delle cooperative, che si articola in realtà giuridicamente autonome dai servizi sociali e di salute mentale, non è una mano di cerone data sul nulla di un lavoro fittizio: al contrario deve proporsi di sviluppare economie produttive e competitive nel mercato.

Questa finalità di emancipazione porta al reinserimento sociale e lavorativo di persone precedentemente messe all'angolo.

Tutto ciò, la forma organizzativa, gli scopi perseguiti e i mezzi utilizzati, si dimostra particolarmente interessante ed appropriato nel caso di persone con disturbo mentale. Tanto più che le cooperative tengono conto anche degli effetti positivi delle esperienze fatte in comunità terapeutica e delle forme più attente di laboratorio, come teatro, scrittura, espressione corporea, arti visive, computer, grafica. L'insieme di queste attività, infatti, favorisce i percorsi individuali verso le attività produttive esterne e riduce il rischio di adagiarsi in un abbraccio di tipo assistenziale senza fine.

⁷ **Ergoterapia** letteralmente vuol dire *terapia del lavoro*. In molti manicomi gli internati più fortunati (!) lavoravano e venivano utilizzati in genere per i lavori più umili e dequalificati come pulire i gabinetti, i cameroni e le cucine, spalare il carbone, lavare pentole e piatti, rifare i letti. Per questi lavori non venivano pagati. Lavorare era parte della cura.

⁸ Luoghi, in genere situati all'interno dei manicomi dove gli internati venivano stimolati ad eseguire lavori ripetitivi e spesso inutili. Talvolta si trattava di lavori di montaggio e assemblaggio di materiali elettrici o meccanici, commissionato da industrie del settore. Per questo lavoro l'istituto riceveva un compenso che solo in forma ridottissima andava all'internato.

In Italia, le esperienze di “impresa sociale” sono cresciute e si sono sviluppate costituendo un’opportunità fondamentale del lavoro riabilitativo. Lo sviluppo locale delle singole cooperative appare estremamente variegato a causa delle differenti legislazioni regionali in materia, delle diverse disponibilità del mercato del lavoro, della maggiore o minore attenzione alla protezione di persone svantaggiate, dei diversi orientamenti di chi ne promuove e sostiene lo sviluppo.

Perciò, anche se ognuna di queste esperienze ha contenuti irripetibili, ed è prudente non utilizzarle come modelli, è però possibile definirne alcune caratteristiche comuni:

L’ **impresa sociale** nasce in genere da iniziative che promuovono collaborazioni tra i servizi di salute mentale e le diverse istituzioni del territorio, favorisce sia il protagonismo delle singole persone sia le strategie di auto-aiuto, afferma uno stile di lavoro fondato sulla valorizzazione dei diritti.

Per sfruttare appieno le opportunità offerte dalle imprese sociali e dal mercato del lavoro, i Dipartimenti di Salute Mentale devono poter disporre, sia in proprio sia tramite gli enti locali, di borse di lavoro.

La borsa di lavoro che è un assegno in denaro è attivata nell’ambito delle specifiche direttive regionali ed obbliga i D.S.M. a promuovere situazioni occupazionali, corsi professionali a carattere residenziale diurno, partecipazione ad attività scolastiche e formative, con particolare attenzione all’inserimento in situazioni di formazione permanente, centri di abilitazione al lavoro, cooperative sociali.

I beneficiari sono prevalentemente giovani utenti del D.S.M. che si trovano in una situazione di disoccupazione o di non professionalità, per i quali venga valutato opportuno e possibile questo percorso di formazione professionale e di reinserimento socio-lavorativo.

Mediante la persona viene occupata per venti ore alla settimana, quattro ore al giorno per cinque giorni e, in genere, l’ammontare dell’assegno deve essere equiparato al reale valore del lavoro. Si possono immaginare ulteriori meccanismi di incentivazione che favoriscano la motivazione, facilitando l’obiettivo dell’inserimento lavorativo.

In genere l’assegno viene erogato solo quando è presente l’effettiva disponibilità di un successivo inserimento lavorativo. Tuttavia questi percorsi di formazione con finalità d’inserimento devono essere sufficientemente lunghi e variegati, per poter attraversare diversi momenti che conducano all’obiettivo finale dell’inserimento lavorativo.

Per esempio, a Trieste il DSM dispone ogni anno di circa centodieci borse di lavoro. Esse permettono l’inserimento ed i percorsi formativi e lavorativi ad un numero leggermente superiore di giovani utenti. Negli ultimi cinque anni, venticinque persone sono state inserite annualmente a tutti gli effetti nel mercato del lavoro. Circa i due terzi in cooperative sociali, gli altri presso imprese commerciali, industriali ed artigiane. L’ammontare della borsa di lavoro si mantiene tra i duecentocinquanta ed i trecento euro mensili. Le cooperative accreditate sviluppano attività nei seguenti settori: ristorazione, pulizia, trasporti, progettazione del verde pubblico e giardiniera, attività di ufficio, archiviazione dati, computer-grafica e gestione di un’emittente radiofonica.

7.8.4.1 Un esempio di sviluppo di impresa sociale: il Friuli - Venezia Giulia

Nel 1980, attuando la legge di riforma sanitaria, la regione autonoma Friuli - Venezia Giulia promulgò la legge 72, *Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale*.

Individuò per la prima volta nelle cooperative, da allora chiamate finalizzate, una fondamentale risorsa per il processo riabilitativo delle persone con disturbo mentale. Da allora, in base a questa legge ogni anno venne stanziato un apposito finanziamento, aggiuntivo rispetto al fondo sanitario nazionale. Queste risorse venivano destinate a cinque grandi aree:

la formazione e l’inserimento lavorativo, tramite borse di lavoro,
le attività ricreative e di socializzazione,
il sostegno alle cooperative finalizzate,
la manutenzione delle abitazioni degli utenti,
l’educazione sanitaria.

Questi stessi interventi vengono garantiti oggi dalle risorse impegnate direttamente dalle aziende sanitarie.

Ecco l'art.11 della legge regionale 72/80 :

“ Sono strutture di integrazione sociale, operanti in stretta connessione con i Dipartimenti di Salute Mentale, i centri riabilitativi e le strutture alternative in funzione deistituzionalizzante, quali: day hospital e centri notturni; case-famiglia per integrazione e reintegrazione sociale; corsi professionali a carattere residenziale diurno; centri di riabilitazione lavorativa; cooperative finalizzate. “

Nel 1991, grazie al crescente sviluppo delle cooperative nel campo dell'integrazione sociale, il governo varò la legge 381, *Disciplina delle Cooperative Sociali*, in cui si afferma che queste imprese *"hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e l'integrazione sociale dei cittadini"*.

Per svolgere questo compito, le cooperative utilizzano due strumenti:

la gestione dei servizi socio sanitari e educativi : cooperative di tipo A,

lo svolgimento di attività diverse, agricole, industriali, commerciali e di servizi, comunque finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate : cooperative di tipo B.

Queste persone devono costituire, secondo la legge, almeno il 30% dei lavoratori della cooperativa di tipo B e, compatibilmente con la loro condizione, diventarne socie esse stesse.

Inoltre la legge 381 si sofferma dettagliatamente anche sui diversi tipi di svantaggio : oltre all'invalidità fisica, psichica oppure sensoriale, possono essere inseriti al lavoro *" gli ex degenti di ospedali psichiatrici anche giudiziari, soggetti in trattamento psichiatrico, tossicodipendenti, alcoolisti, minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, persone detenute o internate in istituti penitenziari, condannati ed internati ammessi a misure alternative alla detenzione e al lavoro esterno"*.

La legge stabilisce che gli enti pubblici possono stipulare convenzioni con le cooperative di tipo B per la fornitura di beni e servizi, diversi da quelli sociosanitari e educativi, purché finalizzate a creare opportunità di lavoro per persone svantaggiate.

In una successiva Legge Regionale, la n. 7/92 per la *Disciplina ed incentivazione in materie di Cooperazione Sociali*, la regione Friuli - Venezia Giulia fece proprio l'indirizzo ministeriale:

".. l'Amministrazione Regionale, in attuazione alla L. 381/91, riconosce ed incentiva le cooperative sociali secondo le stesse categorie previste dalle legge statale, integrando nella categoria B la definizione di persone svantaggiate come quelle "a rischio, o in stato di emarginazione sociale", segnalate dagli Enti locali, dalle USL e dagli organi giudiziari; la condizione di persona svantaggiata risulta da documentazione proveniente dalla Pubblica Amministrazione".

Facendo salvo il diritto alla riservatezza, successivamente regolamentato con la legge n. 675 del 1996, fu istituito **l'Albo regionale delle cooperative sociali**. Che vennero divise in tre sezioni:

cooperative per la gestione dei servizi socio sanitari e educativi -cooperative di tipo A,

cooperative che svolgono attività finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate - cooperative di tipo B,

consorzi tra cooperative.

In più, per favorire l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, l'Amministrazione Regionale è autorizzata ad intervenire con ulteriori strumenti:

contributi per l'acquisto di attrezzature idonee ad essere utilizzate da persone svantaggiate,

contributi forfettari a queste persone,

contributi forfetari per quelle cooperative sociali che si occupano della formazione di personale specializzato che presti assistenza tecnica, professionale ed imprenditoriale a persone svantaggiate.

7.9 I diritti degli utenti

Pensiamo che i diritti delle persone con disturbo mentale non debbano in nulla essere differenti da quelli di tutti gli altri cittadini. Verrebbe da dire che l'unico e più importante diritto da garantire assolutamente debba essere appunto il diritto alla normalità.

Riportare le persone con disturbo mentale nell'ambito della *normale fruizione dei beni, delle leggi e dei servizi* rappresenta oggi la più importante via di uscita dalla spirale disturbo mentale-etichettamento-emarginazione. In Italia, le leggi di riforma dell'assistenza psichiatrica e la conseguente chiusura del manicomio sono state una misura che si è rivelata capace di avviare processi efficaci per fronteggiare la discriminazione e per restituire i diritti.

Tuttavia nel momento in cui una persona viene sottoposta ad un trattamento psichiatrico è comunque opportuno ribadire alcuni principi essenziali che, anche se ripetono quanto già sancito dalle norme costituzionali, vanno costantemente riproposti.

In proposito il comitato nazionale di bioetica⁹ ha prodotto un documento di grande importanza affrontando nel dettaglio le questioni della tutela della soggettività, del consenso e dei diritti delle persone con disturbo mentale che da qui discendono. E' molto utile che i familiari e le persone con disturbo mentale cerchino e leggano questo documento.

Riportiamo un' ampia selezione dei due paragrafi che entrano nel merito dei temi cui abbiamo fatto cenno.

“...La tutela della soggettività della persona con disturbo mentale assume nel quadro dell'etica medica contemporanea, un valore paradigmatico in quanto è condizione indispensabile per la costruzione e lo sviluppo della libertà, la quale va intesa essenzialmente come processo di liberazione che ha origine da un'esigenza etica fondamentale della persona. La tutela della soggettività della persona con disturbo mentale ha pertanto una connotazione etica in quanto è educazione al sentirsi e al voler essere liberi e quindi promozione della libertà autentica. Un concetto di libertà così inteso risulta strettamente connesso al principio di autonomia, che è riferito al rispetto assoluto della persona. Ma ad evitare equivoci pericolosi va precisato che la tutela della soggettività del malato non consiste nel credere che egli sia libero (contro l'evidenza dei condizionamenti patologici di natura cognitiva e o affettiva) bensì nell'aiutarlo a divenire libero.

Essa è finalizzata al ripristino della comunicazione, compromessa o interrotta dal disturbo mentale, e rende pertanto possibile l'ascolto. Aldilà delle modalità diagnostico-cliniche, infatti, l'ascoltare e il saper ascoltare ha anche un elevato valore etico in quanto è assunzione e riconoscimento del “malato” non come altro da me ma come un altro io che dà significato al rapportarsi con lui e quindi a me stesso.....

Per quanto concerne, infine, la complessa questione dei limiti intrinseci al consenso informato delle persone con disturbo mentale è necessario in primo luogo chiarire la natura graduale e mutevole della capacità/incapacità di intendere e volere. Anche nel caso della schizofrenia va tenuto presente che il percorso è estremamente vario e differenziato: tra i due estremi della cronicizzazione con grave deterioramento cognitivo e rilevante disabilità da una parte, e l'acquisizione di un accettabile condizione di salute dall'altra, vi è una vasta gamma di sfumature ove si alternano fasi di aggravamento e fasi di remissione, o un grado accettabile di stabilizzazione ben controllata. Tutto ciò comporta una radicale critica di due orientamenti estremi: l'uno volto ad escludere sempre e comunque la capacità della persona con disturbo mentale a recepire correttamente l'informazione e ad esprimere un valido consenso; l'altro connotato dall'ingenuo ottimismo in senso opposto. In realtà va innanzitutto osservato che tra l'assoluta incapacità di intendere e di volere, propria della demenza (un grave ed evidente danno del cervello), e la “normalità” vi sono una serie di gradi intermedi, dove deficit cognitivi e alterazioni affettive possono determinarne diminuzioni ma non l'assenza. Ciò non legittima comunque la rinuncia all'informazione ma comporta il criterio etico (ma anche clinico)

⁹ Governo Italiano. Comitato nazionale della bioetica. Parere del comitato su psichiatria e salute mentale. 24 novembre 2000. <http://www.governo.it/bioetica/testi/241100.html>

della cautela nel vagliare caso per caso se, come, quando, fornire l'informazione e, soprattutto, una scelta puntuale delle modalità e della misura adatta alla singola persona in riferimento alla sua situazione e al suo contesto bio-psico-sociale ed esistenziale.è fondamentale il criterio per cui «**informare è prima di tutto comunicare all'interno della relazione**».

.....**alle persone affette da disturbo/disagio mentale/affettivo devono essere assicurati i diritti di tutti gli altri membri della comunità, anche indipendentemente dalla concreta possibilità di esercitarli.** La particolare vulnerabilità di tali soggetti richiede infatti che sia rafforzato per essi il **riconoscimento di una piena cittadinanza** il quale deve essere concretamente difeso e promosso in primo luogo attraverso il rispetto di alcuni diritti (e/o l'adempimento di alcuni doveri) fondamentali, quali ad esempio:

diritto a un trattamento privo di coercizioni e rispettoso della dignità umana con accesso alle più opportune tecniche di intervento medico, psicologico, etico e sociale;

diritto a che venga eliminata ogni forma di discriminazione (sessuale, culturale, religiosa, politica, economica, sociale, etnica) nelle modalità di trattamento, anche quando limitative della libertà;

diritto a non subire nessuna forma di abuso fisico e/o psichico;

diritto alla riservatezza;

diritto alla protezione delle proprietà personali;

diritto a vedersi tutelati dalle conseguenze di forme di autodistruttività (autoaccuse, dichiarazioni di indegnità, etc.) nei confronti della famiglia, dei datori di lavoro, dell'autorità giudiziaria;

diritto a vedere realizzate condizioni ottimali di degenza e di comunicazione con l'esterno nei luoghi di ricovero;

diritto alla difesa della propria genitorialità, da attuarsi nel pieno rispetto del preminente interesse dei minori. A tal fine è necessario un bilanciamento tra questo diritto e l'interesse del minore ad una crescita sana ed equilibrata. ”

Qui di seguito, tra i tanti, un esempio molto preciso : la carta dei diritti degli utenti formulata nel corso di una conferenza organizzata dal sindacato nazionale CGIL - Funzione Pubblica e fatto proprio dalla consulta nazionale per la salute mentale:

DIRITTO AD ESSERE INFORMATO sul disturbo mentale, sulle prospettive, sui trattamenti, sulle eventuali alternative e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. L'informazione deve essere espressa in modo semplice e chiaro, adeguato alla situazione, tale da essere facilmente comprensibile, al fine di promuovere la massima adesione al trattamento. L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dall'utente e i dati personali devono essere tutelati in relazione alla disciplina della privacy introdotta con la legge 675 del 1996.

DIRITTO AL CONSENSO PERSONALE al trattamento che deve essere dato in modo libero, spontaneo, consapevole e attuale. Si può prescindere dal consenso solo quando previsto dalla legge, ed in particolare nel caso di trattamento sanitario obbligatorio e di stato di necessità.

DIRITTO ALLA CARTA DEI SERVIZI Ogni Dipartimento di Salute Mentale deve adottare la carta dei servizi con l'impegno di attuare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e sulle modalità di accesso, e con l'indicazione per la raccolta e l'analisi dei segnali di disservizio e per il monitoraggio della soddisfazione degli utenti.

DIRITTO AL TRATTAMENTO MIGLIORE POSSIBILE in relazione alle conoscenze scientifiche ed ai servizi previsti dal progetto obbiettivo tutela della salute mentale. L'approccio alla persona con disagio mentale deve essere globale e, ove necessario, con interventi integrati di carattere psicologico, sociale e biologico.

DIRITTO A NON ESSERE CONTENUTO e a non subire azioni lesive della propria integrità fisica e della propria dignità.

DIRITTO A NON ESSERE ISTITUZIONALIZZATO La logica manicomiale deve essere superata in tutte le strutture psichiatriche pubbliche e private e a tal fine devono essere adottati

strumenti di monitoraggio, idonei indicatori di qualità e progetti individualizzati. Il Dipartimento di Salute Mentale deve realizzare l'integrazione tra il territorio e l'ospedale, con il centro di salute mentale nel ruolo di regia e limitazione dei posti letto ospedalieri.

DIRITTO ALLA CITTADINANZA *Le persone con disagio mentale devono avere accesso a tutti i servizi sociali essenziali ed in primo luogo ad uno spazio abitativo e ad un inserimento lavorativo, utilizzando anche la cooperazione sociale.*

DIRITTO ALLA PARTECIPAZIONE *Le Regioni devono garantire la partecipazione – secondo precise e specifiche modalità – delle associazioni dei familiari, degli utenti, dei cittadini, del volontariato e delle altre forme associative impegnate nella tutela del diritto alla salute mentale, nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi psichiatrici sia a livello regionale che aziendale.*

A Trieste, ma non diversamente da quanto realizzato in altri Dipartimenti, **il regolamento del DSM** contiene anche “il decalogo dei diritti”. Rappresenta una sorta di dichiarazione di impegno cui i servizi e gli operatori devono riferirsi. Vediamoli insieme.

Diritti degli utenti (da art. 16 regolamento DSM /ASS n. 1 Triestina, dicembre 1995)

Alle persone con disagio o con disturbo mentale che utilizzano i Servizi del DSM di Trieste devono essere garantiti tutti i diritti costituzionali ed in particolare:

diritto di libera espressione,

diritto al rispetto delle proprie convinzioni morali, religiose e politiche,

diritto al rispetto delle proprie scelte sessuali,

diritto a comunicare con chiunque in qualsiasi momento,

diritto di vedere riconosciute e rafforzate le proprie abilità e non solo di vedere evidenziate le proprie incapacità,

diritto di essere informati su qualsiasi trattamento e di essere coinvolti nelle decisioni terapeutiche,

diritto a non subire azioni (in particolare qualsiasi mezzo di contenzione fisica) che ledano l'integrità fisica e la dignità personale,

diritto di scelta dell'equipe curante,

diritto di associarsi,

diritto di decidere che ogni atto di cura del corpo sia fatto da operatori oppure da operatrici dello stesso sesso.

Un adeguato commento a questi elenchi porterebbe via troppo spazio.

Si potrebbe addirittura scrivere un altro libro. Fatto di centinaia e centinaia di episodi vissuti durante la mia vita di psichiatra.

Prima di concludere questo paragrafo voglio solo ricordare una storia. a proposito del *diritto a un trattamento privo di coercizioni*. Una storia a proposito dell'eliminazione di qualsiasi mezzo di contenzione fisica, una delle tante. Piccola ma illuminante.

Però devo anteporre al racconto una premessa. Anch'essa piccola ma illuminante.

La prima cosa che Franco Basaglia insegnava a noi, giovani assistenti appena arrivati a Trieste, era: "*Se in Ospedale Psichiatrico arriva qualcuno legato, slegatelo subito. Il resto viene dopo*"

Certo darei del disturbo mentale un ritrattino alla Walt Disney se non vi dicessi che a volte ho dovuto rotolarmi per terra con qualcuno che dava in escandescenze, a volte ho dovuto trascorrere ore ed ore per cercare di contenere con le parole e con il corpo, insieme ad altri operatori, persone condizionate da paure insondabili e profondissime. A volte ho dovuto passare sveglie intere notti. A volte i miei occhiali sono volati via. Però non mi sono mai pentito, perché Franco Basaglia aveva ragione: *per prima cosa, slegatelo subito*.

Ed ora ecco la storia che volevo raccontare.

Una mattina di primavera al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Trieste arrivano due auto: una è la volante della polizia, l'altra è una 126 civile. Dalla volante scendono due agenti e un signore ammanettato grande e grosso che trattengono a fatica. Accorrono altri tre uomini che erano nella 126. L'uomo urla e si divincola, agitando i pugni e minacciando tutti. Solo a stento i cinque riescono a tenerlo fermo.

Dal servizio psichiatrico di diagnosi e cura accorrono uno psichiatra e due infermieri. Pur essendo operatori esperti, non riescono ad avvicinarsi all'uomo che continua a difendersi, a rincantucciarsi, rovescia un tavolino, dà calci contro una barella vuota.

Lo psichiatra trattiene gli agenti di polizia che sarebbero disposti ad intervenire con la forza e chiede che vengano tolte le manette. Cerca di mantenere nei limiti del possibile la calma.

Intanto i tre della 126 si spiegano: l'uomo è un loro collega di ufficio che, di colpo, ha dato fuori di matto. E' venuto a lavorare a Trieste da poco meno di un anno. Gli infermieri e lo psichiatra cercano di proteggere l'uomo standogli vicino: non gli si avvicinano mai troppo, non gli stanno mai addosso, non lo stringono mai in un assedio, tengono la distanza in maniera quasi affettuosa. La loro manifesta tranquillità nasconde una tensione che si taglia col coltello.

E intanto il tempo passa.

Dopo due ore, la tensione dell'uomo, la sua abissale paura si vanno esaurendo.

Allora lo psichiatra riesce ad avvicinarsi di più fino a toccarlo. " Si lasci aiutare " gli dice.

L'uomo è sfinite ed accetta. Dopo ancora un'ora di trattative gli viene proposto un farmaco. Ora gli infermieri, un ragazzo ed una ragazza, gli stanno molto vicino. Gli offrono un bicchiere d'acqua. Dopo altre trattative accetta di prendere un farmaco, gli viene fatta un'endovena di ansiolitico e quasi subito l'uomo si addormenta.

Dopo 6-7 ore di sonno, l'uomo sta bene. I colleghi tornano a prenderlo e, dopo un breve colloquio con lo psichiatra e dopo che la sua famiglia è stata informata dell'accaduto, se ne va. La madre al telefono ricorda che suo figlio aveva avuto una reazione simile, ma molto meno drammatica, quando, tempo prima, si era ammalato di una malattia fisica e il medico gli aveva dato una cura di cui non ricordava il nome. Lo psichiatra prescrive all'uomo soltanto un paio di giorni di riposo, raccomanda ai colleghi di lavoro che si sono resi disponibili a prendersi cura dell'amico ed avverte il medico di famiglia.

Come si spiega una guarigione così improvvisa e completa? Cos'era successo?

Una cosa rara e insolita. Dato che l'uomo soffriva di ulcera, il suo medico curante gli aveva prescritto di nuovo quel farmaco di cui parlava la mamma. Che può avere come reazione, rarissima, una crisi di agitazione grave. Tutto finì bene, dunque.

Ma cosa sarebbe accaduto se in quel servizio la contenzione fosse stata una consuetudine, anche se usata eccezionalmente?

7.10 Le persone con schizofrenia di fronte alla legge

Durante la loro vita le persone affette da schizofrenia e le loro famiglie avranno probabilmente a che fare con le leggi operanti nel campo della salute mentale. E' perciò opportuno che acquistino una certa dimestichezza con le disposizioni che regolamentano non solo la cura ed i trattamenti sanitari, ma anche con le norme che regolano più in generale le relazioni, i problemi e i conflitti della vita sociale. Sia quando si tratti di situazioni comuni, quali ereditare, vendere, comprare, sposarsi, esercitare il diritto di voto, essere o non essere genitori. Sia quando si tratti di situazioni eccezionali, come quando si infrange la legge commettendo un reato.

Da alcuni anni vi è in molti paesi una crescente attenzione per i diritti civili : nelle società dove le libertà individuali stanno diventando un elemento sempre più importante, si diffondono movimenti che si occupano dei diritti delle persone con disturbo mentale. Così, anche grazie alla spinta di queste associazioni e della parte più avanzata dell'opinione pubblica, in numerosi stati è in corso un processo di revisione delle leggi che riguardano la salute mentale. Ma l'emanazione di buone leggi in questo campo è un processo estremamente complesso.

Tanto più difficile e controverso quando, come vedremo tra poco, bisogna occuparsi di una persona affetta da un disturbo mentale che commette un reato e si pone dunque la questione di garantirle un giusto processo ed un'equa erogazione della pena.

Il Codice Civile è il riferimento normativo per tutto quanto attiene la vita formale delle persone, soprattutto in merito alle questioni della proprietà, dell'eredità, del comprare e del vendere, del contrarre matrimonio. Esso si occupa perciò anche della questione dell'interdizione e dell'inabilitazione (artt. 414, 415 e successivi), cioè a dire del problema che insorge quando alcune persone, a causa di un disturbo mentale possono perdere la capacità di provvedere ai propri interessi.

Il Codice Penale si occupa delle questioni sollevate dai cittadini che trasgrediscono le leggi e commettono un reato e dei relativi procedimenti giudiziari, della condanna, dell'erogazione della pena. E pertanto riguarda anche delle persone con disturbo mentale che commettono reati. In questi casi viene sempre posto per prima cosa il problema della *imputabilità* che nel Codice Penale viene affrontato dagli articoli 88 e 89. La questione dell'imputabilità è alla base di tutte le sentenze che riguardano persone con disturbo mentale che arrivano davanti al giudice.

L'**ordinamento penitenziario**, ed in particolare le novità introdotte con la cosiddetta legge Gozzini¹⁰, regolamentano la vita carceraria, le misure alternative alla detenzione, il reinserimento sociale del detenuto e quindi anche i programmi terapeutici e riabilitativi. Tutte queste disposizioni riguardano naturalmente anche le persone detenute che soffrono di disturbi mentali.

7.10.1 Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

Di questo argomento abbiamo parlato in diverse sezioni del manuale. Torniamo sul tema per fornire un quadro più completo e qualche ulteriore dettaglio operativo.

Un paio di decenni fa, quando l' Ospedale Psichiatrico era l'unica possibilità di trattamento, di frequente le persone subivano per lunghi periodi di tempo l'internamento coatto, cioè contro la loro volontà. L'intento era quello di dare loro protezione e tutela, ma solo di rado questi trattamenti avevano successo : al contrario, essi causavano gravi danni derivanti dalla lunga istituzionalizzazione.

Oggi l'approccio al disturbo mentale grave è completamente cambiato : come abbiamo visto, esistono dei trattamenti che riducono in maniera sostanziale i sintomi. Ed esistono i servizi territoriali che possono garantire assistenza e continuità terapeutica a tutte le persone, quale che sia la loro condizione economica. Oggi, se una persona viene costretta al ricovero ospedaliero e/o al TSO, ciò avviene nella speranza che nel più breve periodo si riducano i sintomi acuti e così possa essere dimessa e possa continuare la terapia nel contesto familiare e sociale.

Accade a volte che una persona non stia bene, rompa le sue normali relazioni, cambi le sue consuete abitudini, e pur non essendo affetta da un disturbo mentale grave, non si renda conto di avere bisogno di cure. In questo caso i familiari, gli amici, i conoscenti devono assolutamente ricorrere al servizio di salute mentale. Se la persona non si convince di aver bisogno di cure, è necessario far riferimento alle leggi per la salute mentale, che garantiscono la tutela della salute

¹⁰ La riforma dell'ordinamento penitenziario è del 26 luglio 1975 , legge n° 354 / 75. Un'ulteriore riforma, la cosiddetta "Gozzini" appunto, è del 10 ottobre 1986, legge n° 663 / 86.

delle persone e l'avvio di un programma terapeutico. Anche obbligatorio, se del caso. E' un diritto delle famiglie, è un vostro diritto, ottenere che i Servizi si attivino.

Quando perciò i servizi non si muovono dicendo *“non possiamo farlo perchè la persona si rifiuta”*, oppure *“prima di tutto deve essere sua figlia/o a chiedere e ad accettare di essere curata/o”* non fermatevi. Questa è evidentemente un'inadempienza: stanno ledendo un vostro diritto.

In certi paesi, è sufficiente che uno o due medici certifichino la necessità delle cure perché abbia luogo il ricovero obbligatorio. In altri, bastano evidenti segni di comportamento pericoloso o bizzarro per portare alla ospedalizzazione coatta le persone, senza certificato medico ma soltanto con un ordine della polizia. In altri ancora, le normative per la salute mentale si prestano ad interpretazioni discordi che creano problemi alle persone, ai familiari ed ai medici.

E' importante a questo punto sottolineare il fatto che, quando una persona viene ricoverata contro la propria volontà, ciò deve avvenire al solo fine di sottoporla a dei trattamenti sanitari urgenti, e non per altri motivi come ad esempio ordine pubblico, controllo sociale o difesa di interessi di terzi.

In Italia la legge che istituisce il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) prevede che la persona resti comunque un cittadino che conserva i diritti fondamentali previsti dalla Costituzione.

La legge italiana prevede che il TSO venga proposto da un medico, non necessariamente uno psichiatra, che sia sempre convalidato da un medico del servizio pubblico, che la richiesta venga accolta dal Sindaco che dispone l'ordinanza di ricovero, comunicando e trasmettendo al Giudice Tutelare del tribunale competente il provvedimento entro 48 ore.

Il giudice nel prenderne atto dovrà vigilare sulla corretta esecuzione del trattamento a garanzia dei diritti della persona in quanto a questa vengono temporaneamente limitate le libertà personali. Il TSO non può durare più di sette giorni, fatto salvo che il medico non rinnovi la richiesta al sindaco.

La richiesta deve contenere precise motivazioni. L'obiettivo è dunque quello di rendere il TSO una misura di carattere prevalentemente transitorio e comunque periodicamente controllata. In modo da evitare quell'abbandono terapeutico e giuridico delle persone, quell'isolamento in cui sfociava l'internamento manicomiale. Non è dunque vero quando il medico del servizio dice *“..non possiamo trattenerlo per più di sette giorni, siamo costretti a dimmetterlo, è la legge che lo prescrive..”*. Anche in questo caso stanno abbandonando la persona che ha bisogno di cure, ledendo un vostro e un suo diritto.

Può accadere in molti paesi, purtroppo anche in alcune zone di varie regioni italiane, che i servizi si attivino con difficoltà e con lentezza nel prendere in carico una persona, soprattutto se la situazione è difficile, e che dunque l'unica possibilità resti il TSO. Ma anche in questi casi è utilissimo che le famiglie conoscano le disposizioni di legge. E sappiano che, anche se la persona non accetta nessuna visita medica che valuti le sue condizioni, esiste l'istituto dell'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) che permette di effettuare questa visita. Per richiedere un ASO basta la firma di un solo medico, che deve essere convalidata dal Sindaco. Comunque, ASO e TSO devono venire effettuati nei tempi più brevi e nei modi più adeguati possibili, cioè mettendo in atto tutte quelle strategie volte ad ottenere il consenso della persona, come la legge sempre prevede.

E' importante sapere che gli operatori dei servizi sono obbligati ad effettuare la visita a casa. Bisogna evitare che la persona, rifiutando la visita oppure impossibilitata a spostarsi, resti abbandonata senza ricevere le cure di cui ha bisogno.

Le disposizioni di legge insomma offrono alle persone con disturbo mentale ed alle loro famiglie tutti gli strumenti per impedire che conflitti di competenze tra amministrazioni o irrigidimenti burocratici ritardino o addirittura impediscano l'attivazione dei servizi.

Esistono infine situazioni in cui una persona può manifestare un evidente stato di sofferenza tanto profondo da impedirle la possibilità di esprimere la propria adesione al trattamento ed altrettanto grave da richiedere cure urgenti e non rinviabili. Dove neppure l'ordinanza del sindaco si può attendere. Si configura in questo caso una condizione, non infrequente, che è prevista e

regolamentata anche dall'articolo 54 del Codice Penale¹¹. Si definisce **stato di necessità**. In pratica il medico ha l'obbligo di intervenire quando la mancanza di adeguate ed immediate terapie o comunque qualsiasi ingiustificato ritardo può cagionare danni irreversibili alla salute della persona se non addirittura la morte. Anche se non c'è un consenso palese o addirittura se si manifesta un ostinato rifiuto alle cure. Questa misura che riguarda tutte le condizioni patologiche che possano richiedere un intervento urgente, come ad esempio traumi conseguenti ad incidenti stradali, si applica anche alle persone che si trovano in uno stato di alterazione della coscienza o comunque delle capacità di giudizio in conseguenza di un disturbo mentale.

7.10.2 I diritti civili delle persone affette da schizofrenia

Oggi, in Italia, tutte le persone affette da disturbo mentale godono dei diritti garantiti dalla Costituzione. Ed anzi il pieno riconoscimento del diritto di cittadinanza è alla base di ogni programma di cura, riabilitazione, reintegrazione sociale.

Ma nel nostro paese, fino alla fine degli anni settanta ed all'arrivo della Legge 180, le cose non stavano per nulla così. Le persone che subivano il ricovero coatto in ospedale psichiatrico per più di 30 giorni venivano sottoposte d'ufficio al procedimento di interdizione che portava al decreto di ricovero definitivo. Le persone venivano interdette e di conseguenza veniva nominato un tutore. L'interdizione comportava e comporta la perdita dei cosiddetti diritti civili: non poter fare testamento, non poter contrarre matrimonio, non poter donare, non poter votare, non poter compiere atti di ordinaria o straordinaria amministrazione dei propri beni. Le persone affette da schizofrenia venivano sottoposte, frequentemente con rigidi automatismi, a questi procedimenti d'interdizione, quando ricoverate in un ospedale psichiatrico ma anche soprattutto su richiesta di familiari interessati.

L'entrata in vigore della legge 180 ha eliminato alcuni di questi automatismi, come ad esempio la perdita del diritto di voto in corso di TSO, ma non ha cancellato le norme del codice civile che regolamentano l'istituto dell'interdizione e dell'inabilitazione.

Ancora oggi, infatti, il Codice Civile prevede che per le persone che si ritrovino in una condizione di abituale infermità mentale, che le rende incapaci di provvedere ai propri interessi, può essere richiesto un provvedimento di **interdizione, con la nomina di un tutore (art. 414 CC)**¹².

Analogamente, per le persone la cui infermità non è talmente grave da impedire totalmente di provvedere ai propri interessi può essere richiesta **l'inabilitazione, con la nomina di un curatore (art. 415 CC)**¹³.

Interdizione ed inabilitazione vengono richieste al Tribunale, alla Procura della Repubblica, da un familiare, da un qualsiasi cittadino o anche da un operatore dei servizi pubblici. Il Procuratore nomina un giudice che istruirà il procedimento di interdizione. Può nominare un consulente tecnico, il perito, che dovrà accertare il grado di infermità della persona.

L'eventuale interdizione comporta dunque la perdita di molti diritti civili e la nomina di un tutore: l'interdetto non può compiere atti di ordinaria e straordinaria amministrazione. L'inabilitazione invece comporta una perdita solo parziale di diritti civili e la nomina di un curatore: l'inabilitato non può compiere atti di straordinaria amministrazione, mentre può amministrare i propri beni in via ordinaria.

¹¹ Art. 54 Cod. Penale. "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia, ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo."

¹² Art. 414 Cod. Civile. "Il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovino in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti.."

¹³ Art. 415 Cod. Civile. "Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato..."

In estrema sintesi : mentre la persona interdetta non può amministrare nulla del proprio patrimonio, la persona inabilitata resta titolare del patrimonio e può disporre dell'eventuale stipendio o pensione, può comprare o vendere piccoli beni.

Alla luce delle attuali conoscenze, appare un pregiudizio gravissimo dare per scontato che le persone affette da un disturbo mentale, e anche da schizofrenia, siano per questo automaticamente incapaci e quindi da interdire oppure inabilitare. E' sempre utile invece cercare strade e soluzioni che non sottraggano alle persone competenze e responsabilità, ma che al contrario le mantengano o glielo restituiscano. Molte volte infatti ad un disturbo mentale, anche caratterizzato da sintomi evidenti, non corrisponde necessariamente una condizione di incapacità a curare i propri interessi.

E dunque già da diversi anni ci si è resi conto della necessità di un progetto di riforma complessiva delle norme riguardanti interdizione ed inabilitazione, che vengono considerate dai più eccessivamente severe e penalizzanti. Nel gennaio del 2004 è stata approvata dai due rami del Parlamento la legge (Legge 6, 09.01.'04) che raccoglie, dopo vari anni di dibattito, i suggerimenti e le proposte provenienti sia dall'ambiente psichiatrico che da quello giuridico. La legge istituisce l'Amministratore di Sostegno e si integra con gli articoli del Codice Civile relativi ad interdizione ed inabilità. Questi dovranno essere utilizzati solo in casi estremi.

La legge, all'art.1, recita:

“La presente legge 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”

In questa prospettiva la persona conserva una piena autonomia e l'amministratore di sostegno deve occuparsi soltanto di alcuni atti della vita civile e di alcuni aspetti di tipo patrimoniale su precisa e circostanziata indicazione del giudice.

Rispetto al passato il cambiamento, al di là delle formule giuridiche, è netto: lo scopo fondamentale degli istituti dell'interdizione e dell' inabilitazione era (ed è) la difesa del patrimonio, principalmente a tutela degli eredi aventi diritto. Il tutore od il curatore devono amministrare il patrimonio per conservarlo. L' attenzione alle condizioni di vita della persona *tutelata* finisce per essere subordinata alla conservazione del patrimonio.

L'amministratore di sostegno invece deve garantire un uso appropriato del patrimonio ed ha come scopo fondamentale il benessere della persona. Più che un semplice amministratore patrimoniale è una figura che deve avere un rapporto paritario con la persona e aiutarla sulla base delle sue reali necessità.

L'avvio dell'amministrazione di sostegno dunque, oltre ad essere un'importante conquista nel campo del diritto, pone la necessità per la psichiatria di ripensare in modo nuovo anche agli aspetti della vita delle persone, quali la responsabilità e l'autodeterminazione. Questo nuovo istituto impone un rapporto più stretto tra il giudice tutelare, i servizi sanitari, i servizi sociali e la persona. E' molto importante che le associazioni dei familiari conoscano questa legge. Essa infatti, per poter camminare, ha bisogno di attenta partecipazione. Le associazioni devono contribuire ad individuare persone disposte ed in grado di assumere il compito dell'Amministratore di Sostegno e devono poter vigilare per una più ampia e favorevole applicazione della legge.

La persistenza degli articoli relativi all'interdizione e all'inabilitazione fa sì che, frequentemente, in molti Tribunali si ricorra per comodità a questi istituti, sottraendo opportunità e diritti alle persone che potrebbero meglio vivere accompagnate dall'Amministratore di Sostegno.

Questa legge alimenta la speranza per molti familiari, soprattutto genitori, che si pongono il problema : *“cosa ne sarà di lui...o di lei....dopo di noi ? “*

L'amministratore, nominato quando i genitori sono ancora in vita, può rappresentare quella garanzia di continuità che i familiari vedono come rassicurante per il futuro dei loro cari.

(Per la visione completa della legge, approfondimenti e commenti consulta il sito www.forumsalutementale.it)

7.10.3 Il codice penale e le persone affette da schizofrenia

Se una persona affetta da schizofrenia è accusata di aver commesso un delitto, è soggetta come tutti gli altri cittadini alle indagini, al processo ed alle eventuali sanzioni previste dal Codice Penale.

Tuttavia in quasi tutto il mondo si ritiene che gran parte dei reati commessi dalle persone con disturbo mentale sono influenzati da questa condizione e di conseguenza possono determinare particolari percorsi processuali.

In Italia, come quasi dappertutto, chiunque commetta un reato è responsabile e dunque punibile se è in possesso della propria capacità di intendere e di volere. Ma nel caso di disturbo mentale, cioè di *infermità di mente*, questa capacità può risultare parzialmente o totalmente assente.

Molto in breve, in caso di reato, se vi sia sospetto di malattia mentale, il giudice ordina una perizia psichiatrica e avvia un percorso che si può così sintetizzare:

reato (apparentemente incongruo)
sospetto di malattia mentale
perizia psichiatrica
infermità di mente
incapacità di intendere e di volere
non imputabilità
proscioglimento¹⁴
pericolosità sociale
Ospedale Psichiatrico Giudiziario

Oppure

reato (apparentemente incongruo)
sospetto di malattia mentale
perizia psichiatrica
seminfermità mentale
parziale capacità di intendere e di volere
imputabilità
processo
eventuale condanna
carcere

Il Codice Penale definisce negli articoli 88 e 89 la questione della imputabilità in rapporto alla infermità mentale.

Ogni volta che un cittadino affetto da schizofrenia o da altro disturbo mentale è accusato di aver commesso un reato si può procedere a perizia psichiatrica e il perito deve rispondere alle domande del giudice che in genere vengono così formulate:

Dica il perito

se al momento in cui commise i fatti, l'imputato si trovasse in stato di infermità mentale tale da escludere o da scemare grandemente le sue capacità di intendere e di volere;
quale sia la sua attuale condizione mentale;
se sia persona socialmente pericolosa.

Il perito non deve riferirsi a principi astratti, ma a **quella** persona, a **quel** contesto, esprimendo il proprio parere rispetto a **quel** disturbo mentale, prescindendo dalle precedenti diagnosi, dalle cure

¹⁴ **Proscioglimento** : è la sentenza emessa in fase istruttoria o dibattimentale in cui si dichiara di non doversi procedere nei confronti dell'imputato. Nel nostro caso questa sentenza è giustificata dall'infermità mentale riconosciuta e dalla conseguente incapacità.

fatte o ancora in corso.

L'esito della perizia può essere:

assenza di infermità mentale. In questo caso la persona viene sottoposta a giudizio e il processo avrà il suo normale corso.

presenza di infermità mentale. In questo caso si possono verificare due condizioni tra loro alternative:

l'infermità è tale da **escludere totalmente la capacità di intendere e di volere** (vizio totale di mente/incapacità totale);

oppure l' infermità è tale da **scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere e di volere** (vizio parziale di mente o/seminfermità/ capacità ridotta).

Nel caso della totale incapacità, il giudice stabilisce che la persona non è imputabile e dunque la proscioglie perché non è possibile riconoscere la responsabilità personale, dunque non c'è stata una colpa soggettiva. E la malattia diventa il vero colpevole. Cioè, il disturbo mentale ha condizionato e sovradeterminato il comportamento della persona e gli atti *criminosi* conseguenti.

In questo caso, se la perizia riconosce anche la pericolosità sociale, viene attivata la misura di sicurezza e la persona viene inviata all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario per due, cinque o dieci anni, in rapporto alla gravità, efferatezza e risonanza sociale del reato.

Diverso è il caso della semi infermità mentale : la capacità di intendere e di volere, per quanto ridotta, sussiste. La persona perciò è imputabile e viene sottoposta al processo. In caso di condanna vi sarà la diminuzione di un terzo della pena. Se riconosciuta anche socialmente pericolosa la persona verrà inviata in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) solo dopo aver scontato la pena detentiva in carcere.

Una persona affetta da schizofrenia può essere dunque condannata quando ritenuta capace o parzialmente incapace, mentre viene prosciolta quando ritenuta totalmente incapace di intendere e di volere.

In Italia esistono sei Ospedali Psichiatrici Giudiziari, comunemente chiamati *manicomi criminali*. Montelupo Fiorentino che contiene circa 210 persone, mentre la sua capienza massima è di 188. Aversa, in provincia di Caserta, che ne contiene 170 sulle 150 previste. Napoli con 150 su 150. Reggio Emilia con circa 240 su una capienza di 190. Barcellona Pozzo di Gotto, Messina, con circa 190 sulle 194 previste. L'unico ad avere anche un reparto femminile è quello di Castiglione delle Stiviere, Mantova, che contiene circa 170 persone, 86 delle quali sono donne.

In totale, alla fine del 2002, gli OPG avevano circa 1110 internati.

Queste istituzioni sono rimaste sostanzialmente estranee ed impermeabili alla cultura psichiatrica riformata, e il meccanismo di internamento non è stato influenzato dalla legge 180.

Molti giuristi, psichiatri, politici, opinionisti e cittadini attivi nelle associazioni riconoscono che la persistenza dell'ospedale psichiatrico e delle stesse procedure per accedervi siano incostituzionali.

Bisogna qui ricordare che alcune sentenze della Corte Costituzionale tendono a stabilire che la pericolosità sociale non può essere definita una volta per tutte, come se fosse un attributo naturale di quella persona.

Deve essere invece relativizzata : ovvero messa in relazione al contesto, alla presenza di opportunità di cure e di emancipazione relative alla disponibilità di risorse e di servizi. Deve dunque essere vista come una condizione transitoria. E di conseguenza anche le misure di sicurezza vanno di volta in volta riviste ed aggiornate. E così oggi l'invio e la permanenza in OPG non può rispondere più ai rigidi automatismi del passato.

Vale a dire che le persone benché prosciolte, se non riconosciute socialmente pericolose, evitano il manicomio giudiziario e possono venire dimesse prima del tempo.

Ancora più recentemente altre due sentenze della Corte Costituzionale (Nr. 253/2003 e Nr. 367/2004) hanno dichiarato, sostanzialmente, incostituzionale l'internamento in OPG rilevando che

il ricovero in questo istituto costituisce una pesante disuguaglianza di trattamento rispetto a quanto la riforma sanitaria prevede.

In sostanza i giudici rilevano che, se le cure psichiatriche per tutti i cittadini devono svolgersi in ambito territoriale e che l'internamento è dannoso per tutti, anche per le persone prosciolte e ritenute socialmente pericolose che devono essere sottoposte a una misura di sicurezza, bisogna evitare l'internamento e prevedere cure in ambito territoriale.

In tal modo queste sentenze richiamano, ancora una volta, ad un'assunzione di responsabilità dei Dipartimenti di Salute Mentale che devono articolare un programma terapeutico riabilitativo, garantendo equità di cura anche persistendo alcune limitazioni alla misura di sicurezza.

Questo significa che, già da oggi, un oculato uso di risorse e opportunità legislative può evitare il ricorso all'internamento in OPG.

In ogni caso bisogna porre molta attenzione perché le indagini giudiziarie vengano svolte con la massima ocularità e si faccia di tutto affinché la persona venga portata in giudizio, evitando frettolosi proscioglimenti e dannosi invii in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, sia in corso di perizia, sia in attesa di giudizio.

In questo senso si è espresso il nuovo Codice di Procedura Penale (CPP). Disponendo che le persone sospettate di reato, affette da malattia mentale e soggette a custodia cautelare, vale a dire che non possono avvalersi della libertà provvisoria e andare a giudizio "a piede libero", restino nel carcere del Tribunale competente per territorio. L'eventuale perizia deve svolgersi in carcere e non in OPG. Questa attenzione del nuovo CPP vuole evitare l'uso routinario e superficiale del *manicomio giudiziario*, un uso dannoso per la persona oltre che lesivo del suo diritto alla difesa. Tende invece a dare alle persone inferme la possibilità di essere portate in giudizio. Godendo in tal modo del diritto alla difesa come qualsiasi altro cittadino.

Se nel corso della custodia cautelare, nel carcere o agli arresti domiciliari si manifesta una crisi o un bisogno di cure urgenti queste devono essere prestate dal locale Dipartimento di Salute Mentale e, se del caso, la persona deve essere ricoverata nel servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura, eventualmente piantonato. Oppure condotta agli arresti domiciliari presso un servizio territoriale aperto 24 ore. Mai inviata automaticamente all'OPG.

Tutti i detenuti e quindi anche quelli che soffrono di disturbi mentali, hanno dunque la possibilità di ricevere cure psichiatriche e psicologiche, oltre che mediche, sia dal personale del carcere che dai servizi territoriali di salute mentale.

Il recente D.M. 230/99 e in particolare il *Progetto Tutela Salute Mentale in ambito penitenziario* dispone, nell'ottica dell'equità e del diritto alla cura, che i Dipartimenti di Salute Mentale operino anche all'interno delle carceri, con gli stessi obiettivi e con le stesse modalità utilizzate per tutti i cittadini di quel territorio. Pertanto gli operatori dei servizi, tramite accordi stipulati tra l'amministrazione penitenziaria e quella sanitaria, devono e possono prendere in carico e curare in carcere le persone che ne abbiano bisogno. Siano esse in attesa di giudizio oppure con sentenza di condanna definitiva.

Nel corso degli ultimi anni sono state presentate alcune proposte di legge per l'abolizione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Un'ipotesi è la loro regionalizzazione, col passaggio dall'amministrazione penitenziaria a quella sanitaria. In tal modo, i sei OPG verrebbero progressivamente chiusi. Restando immutate le procedure che definiscono l'incapacità ed il proscioglimento (art. 88 e 89), si prefigura la creazione di strutture residenziali con un numero limitato di ospiti, non più di 20, e con un certo grado di sicurezza che accolgano le persone di quella regione. Si vuole evitare la forma dell'internamento e della detenzione ricorrendo ad una sorta di trattamento obbligatorio stabilito dal giudice. Col vantaggio che la persona è vicina alla sua realtà territoriale e dunque anche al DSM che, dopo la misura di sicurezza, dovrà farsene carico.

La seconda ipotesi prevede una sorta di azzeramento : l'abrogazione degli articoli 88 e 89 porta in

giudizio tutti i cittadini accusati di aver commesso un reato, ancorchè affetti da disturbi mentali. Verrebbero sottoposti a normale processo ed eventualmente condannati. La successiva erogazione ed espiatione della pena verrebbe modulata in rapporto alle condizioni di salute mentale di ognuno. A questo punto potrebbero essere attuati particolari programmi terapeutici e riabilitativi sia all'interno del carcere che in corso di misure alternative alla detenzione quali la semilibertà, gli arresti domiciliari, l'ospitalità presso comunità terapeutiche o centri di salute mentale. Col vantaggio che i cittadini, anche se "folli", riacquistano in pieno i loro diritti, compreso quello, apparentemente paradossale, di poter espiare la pena e si fanno carico dell'assunzione delle responsabilità relative. Mentre i servizi con maggiore intenzionalità devono cooperare per la cura e la reintegrazione sociale della persona.

Intaccando la pesantezza dello stigma che vuole "il folle" sempre incapace e irresponsabile.

7 Sì? No? Non so!

Il gruppo appartamento si trova in uno dei più vecchi quartieri popolari della città. Anche l'edificio è vecchio ma l'appartamento, gestito dalla cooperativa "Agenzia Sociale", è completamente ristrutturato. L'operatrice mi fa accomodare nell'ampia cucina: mobili bianchi e utensili di plastica rossa rendono l'atmosfera pulita e allegra.

«Su ragazzi, venite, c'è la giornalista!», sento la voce dell'operatrice. Il primo ad arrivare è Rigel. Venticinque anni, la timidezza di un adolescente, una voglia di ridere contagiosa. Non abita più in questo gruppo appartamento, lo hanno trasferito da poco ma il suo coinquilino se n'è andato e adesso, dopo tanto tempo, vive solo. Dice di cavarsela abbastanza bene, quando ha bisogno di compagnia viene qui, dove sono in tanti. L'unico guaio è che non sa cucinare. «Sì, una pasta, ma non mi va. Preferisco mangiare fuori.»

Risponde un po' distrattamente ripetendo ogni domanda, come per essere sicuro di aver capito bene. Ma forse è solo l'imbarazzo.

Ha frequentato la scuola fino al primo liceo, ma poi l'ha mollata per andare a lavorare, in una drogheria su nel suo paese. Ma già in terza media gli era andata male.

«Non avevi voglia di studiare o c'era qualche altro motivo?»

«Non volevo studiare, non so perché.»

«Quando sono iniziati i primi disturbi?»

«I disturbi? Ah, i disturbi. Ma, non so, facevo il muratore, mi girava la testa e così ho lasciato. Anche perché là mi prendevano in giro, mi dicevano delle cose.»

«Che cosa ti dicevano?»

«Ma così, delle cose.»

«A un certo punto però è successo qualcosa?»

«Ma sì, mi hanno portato nella clinica psichiatrica¹⁵ a San Giovanni.»

«E perché?»

«Non so, ero un po' nervoso. Ho bevuto un caffè a 16 anni e dopo stavo male, mi veniva la saliva in bocca.»

«Che cosa ti hanno fatto in clinica?»

«Ma, boh. Mi hanno dato degli psicofarmaci. Ma lì non è come al Centro.»

«Perché?»

«Così, era brutto.»

«E poi?»

«Poi? Ah già, poi sono andato dallo psicologo.»

¹⁵ Si intende la Clinica Psichiatrica Universitaria situata nel comprensorio di S. Giovanni.

«Che cosa ti ha detto lo psicologo?»
«Ma che ne so, di tutto. Mi diceva di tornare.»
«E tu ci tornavi? Ti aiutava?»
«Non so se mi aiutava. Ci andavo spesso, qualche volta ogni settimana.»
«In quel periodo non lavoravi. Ti manteneva la famiglia?»
«Sì, i genitori.»
«E loro che cosa dicevano? Erano preoccupati, ti capivano?»
«Non so che cosa dicevano, certamente dicevano qualche cosa. Cercavano di aiutarmi.»
«Che lavoro fanno i tuoi genitori?»
«Mio padre lavorava in dogana, adesso è in pensione. Mia mamma lavora in un negozio.»
«Ma tu come ti sentivi? Come vivevi?»
«Come vivevo? Qualche volta andavo nel negozio di mia madre, la aiutavo. O anche in campagna, da mia nonna. Però mi sentivo debole, quando prendi gli psicofarmaci sei sempre stanco, anche strano, un po' sofferente.»
«E gli amici?»
«Gli amici? Ah sì, ma sì avevo qualche amico. Ma non reggevo molto, non riuscivo a stare con loro. Non so perché, non so.»
«Potresti raccontarmi qualcosa della tua infanzia, un bel ricordo?»
«Un ricordo? Mah, non so. Sì, giocavo a calcio con gli amici, suonavo anche la chitarra. Solo che là, nel mio paese, non ci sono suonatori di chitarre.» Adesso il riso è più squillante, deve essere proprio un bel ricordo.
«Hai continuato?»
«No, no. Ma sai, strimpellavo robe classiche, cling cling cling, note, spartiti. Non è che suonavo rock. Però i miei a casa non suonano niente, sarà anche questo.»
«Ti sarebbe piaciuto suonare il rock?»
«No. Forse. Non so, non so.»
«Senti, ma da ragazzino avevi qualche sogno? Qualche progetto per il tuo futuro?»
«Ma quando, a 13 anni o a meno di 13?»
«Indifferente, qualcosa che immaginavi, pensavi, che ti sarebbe piaciuto.»
«Ma qualcosa che mi hanno detto gli altri o che pensavo io?»
«Tu, tu!»
«Sì, qualcosa pensavo. Pensavo, pensavo, pensavo. Ma mi svaniva pensando», sospira Rigel e pare vergognarsi del fatto che si perdeva i pensieri per strada. Chissà se a leggere Joyce si vergognerebbe di meno? Chissà se, come molti, si riconoscerebbe in quel Stephen Dedalus bambino, che a pensare, pensare, pensare, gli "veniva la testa grossa" e si "sentiva tanto stanco"? E tuttavia alla fine è diventato un grande scrittore che a sua volta è diventato l'eroe per eccellenza di un grande romanzo. Non si può mai dire dove si nasconde il genio; ecco allora che siamo tutti da *coltivare*.
Chiedo a Rigel com'è il rapporto con i suoi genitori, se li vede spesso?
«Sì, sì, li vedo abbastanza spesso.»
«E che cosa fate quando siete insieme? Di cosa parlate?»
«Non so, si va in giro con la macchina, a mangiare, anche in gita in montagna o se c'è qualche festa, tipo S. Andrea a Gorizia. Si guarda qualcosa, si parla giusto per parlare. Di quello che viene.»
«Come passi le tue giornate? Di cosa vivi?»
«Prendo il sussidio. Prima lavoravo ma poi ho dovuto smettere. Non è che stavo male però ne ho combinate... Ma no, niente.»
«Che cosa vuoi dire?», indago. Forse abbiamo fatto breccia.
«Niente. Non le combino più adesso.»
«Un po' come tutti i ragazzi, no?»
«No, non come tutti. Non voglio parlare. Meglio se non parlo.»
«Adesso dunque prendi il sussidio. Hai fatto anche dei corsi, se non sbaglio?»

«Sì, quest'estate, Villa Prinz. Quello l'ho finito, forse perché era estate. Adesso vado su a Opicina a lavorare in una tipografia. Manco, vado, manco, vado... »

«Non ti piace?»

«Non è questo. Nemmeno io so perché. La mattina è un po' faticoso per me andar su, fa troppo freddo d'inverno.»

«E la tua vita sociale?»

«La vita sociale?»

«Esci con gli amici, vai a ballare, queste cose qua.»

«Così, qualche volta. Ascolto la radio.»

«Che musica ti piace?»

«Ma, così, la radio in generale.»

«Qualche cantante in particolare?»

«Boh! Sting, M. Jackson, Prince, come dire, i soliti.»

«Concerti, cinema?»

«Sì, sì. Quest'anno ho visto molti concerti a San Giusto. Gli Africa Unite, i Mao Mao, o no, forse era a Udine? Non mi ricordo.»

«Se adesso arrivasse qui un mago e ti dicesse: "esaudirò un tuo desiderio", che cosa gli chiederesti?»

«Un mago? Un desiderio? Ma volano 'sti desideri o sono realtà?»

«Diciamo che il mago potrebbe far diventare reale qualcosa che tu desideri.»

«Un desiderio? Un desiderio? Aspetta un po', devo pensare. Aspetta. Penso ancora un poco.»

La pausa è lunga, Rigel mi guarda e ride divertito. Poi sbotta: «Vorrei essere più felice e spensierato!»

«Ora non lo sei?»

«No, non è che non lo sono. Però... non saprei. Vorrei essere un po' più felice e un po' più spensierato.»