

CAP. 12 - IL DISAGIO MENTALE

SCHEMA DEL CAPITOLO

Premesse

1. *Complessità dell'argomento*
2. *Chi è il malato psichico*
3. *L'ammalato psichiatrico in Italia*
 - 3.1. *Aspetto legislativo*
 - 3.2. *Aspetto culturale*
4. *Problematiche etiche*
 - 4.1. *Etica dei colloqui terapeutici*
 - 4.2. *Etica e atti terapeutici*
 - 4.2.1. *Consenso Informato*
 - 4.2.2. *Segreto professionale e riservatezza*
 - 4.2.3. *Diritto alla scelta del medico e del luogo di cura*
 - 4.3. *Sperimentazioni farmacologiche*
 - 4.4. *Etica e psicofarmaci*
 - 4.5. *Dinamiche sessuali*
5. *Immigrati affetti da disturbi mentali: nuova emergenza*
6. *Quali comportamenti assumere verso il disagio mentale?*

Premesse

I Manuali, “sono libri che riportano con criteri informativi e didattici le nozioni fondamentali relative su un dato argomento o su una disciplina determinata”¹. Questo è il criterio che ho seguito nei capitoli precedenti riferendomi da una parte al Magistero della Chiesa Cattolica e dall'altra alla medicina e alle varie scienze.

Trattando l'argomento di questo capitolo, correndo il rischio di una minore scientificità, attingerò dei contenuti anche dalla mia esperienza personale essendo da alcuni anni assistente spirituale presso un Centro di Riabilitazione Psichiatrica e Psicorganicità nel quale sono presenti circa quattrocento ospiti affetti da varie patologie mentali. Non mancherà anche un accenno alla Pastorale della salute (ultimo punto) perché come ricorda il professor E. Borgna, famoso psichiatra italiano, “le esperienze che ho potuto fare nei lunghi anni che ho vissuto in manicomio accanto alle persone più deboli e più fragili, incrinata dalla sofferenza, mi hanno dimostrato che laddove c'è un'esperienza del dolore, cresce immediatamente la percezione dell'insufficienza dei godimenti esterni, effimeri, temporanei, e cresce il desiderio di qualcosa che oltrepassi il contingente, l'abituale e ci porti verso l'infinito, alla ricerca di Dio”².

¹ G. DEVOTO – G.C. OLI, *Il dizionario della lingua italiana*, Le Monnier, Firenze 2000, pg. 1217.

² E. BORNIA, *La solitudine dell'anima*, Feltrinelli, Milano 2011, pg. 123.

Augurandomi che il lettore colga il significato della mia scelta, mi accingo a trattare “il disagio mentale”, un argomento altamente complesso che spesso crea disagio nell’opinione pubblica.

Non è mia intenzione cimentarmi in analisi scientifiche sull’eziologia della malattia mentale ma unicamente evidenziare la problematica e presentarla sinteticamente con la costante attenzione alla persona che la soffre e, infine, fornire delle indicazioni alla comunità civile ed ecclesiale su possibili atteggiamenti da assumere nei confronti di questi “fragili”.

1. Complessità dell’argomento

La “malattia mentale”, in senso generale, è una frontiera di fragilità in continua e rapida espansione; di conseguenza l’argomento è ampio e tortuoso, coinvolgendo queste patologie soggetti affetti da molteplici sintomi che si presentano con differenti gravità.

I dati riguardanti il disagio mentale mostrano un fenomeno di proporzioni impressionanti.

Secondo le stime dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le persone con disagio mentale, cioè che hanno avuto a che fare, almeno una volta nella vita con gravi problemi di salute psichica, raggiungono a livello mondiale il miliardo, cioè quasi un 1/5 della popolazione del pianeta. In Europa rappresentano il 27% degli adulti. In Italia oltre due milioni di cittadini. Perciò, una realtà di tali dimensioni, dovrebbe interpellare e scuotere le coscienze! Inoltre, non possiamo scordare, i “disagi psichici” che talora portano alla depressione, alla somatizzazione, all’ansia, al panico, alla tristezza oltre che all’anoressia, alla bulimia e a disturbi del sonno...

Fermiamo la nostra attenzione sulla depressione. I soggetti con questo sintomo, che vivono una quotidianità quasi “normale”, nel nostro Paese rappresentano un quarto della popolazione, accrescendosi di oltre quattro volte in un decennio, passando dal 8,18% per 1000 abitanti del 2000, al 35,72% nel 2010³. E il dato è confermato dall’incremento delle vendite dei “medicinali di sostegno” e dall’uso e abuso di sonniferi, ansiolitici, antidepressivi, tranquillanti e psicofarmaci..., complice anche la superficialità prescrittiva che si registra in un numero considerevole di casi. Il farmaco appare la “via di fuga” più comoda, rapida e risolutiva.

Anche i giovani, gli adolescenti e i bambini non sono esclusi, anzi l’assunzione di questi farmaci è in crescente aumento, mentre decrescente è la media dell’età di chi ne usufruisce. Una ricerca dell’Istituto Mario Negri di Milano del 2013, condotta su un campione di 1.616.268 ragazzi ed adolescenti con meno di 18 anni, riporta che 63.550 hanno ricevuto cure per problemi psicologici, dipendenze o depressione. Pure il ricorso alla consultazione psichiatrica o psicologica si è accresciuta del 10% negli ultimi 5 anni⁴.

³ Dati: Rapporto Osservasalute, 2011.

⁴ Dati: Studio Eurobarometer, 2012.

Le modalità di sofferenza di chi accusa disagio mentale sono assai differenti per le cause che originano questi disturbi e per la gravità dei sintomi essendo quello psichiatrico un settore variegato che va dalle insufficienze mentali alle oligofrenie, dalle nevrosi alle demenze, dagli stati di dissociazione alle schizofrenie. E le proiezioni future indicano un aumento proporzionale di questi disagi maggiore rispetto alle patologie cardiovascolari e tumorali⁵.

Il fenomeno, accompagnato da “disturbi dell’adattamento”, interessa prevalentemente i Paesi ricchi, e i fattori scatenanti sono genetici, psicobiologici, ambientali e sociali. Inoltre, i ritmi di vita moderna sempre più frenetici, gli ampi cambiamenti sociali e le maggiori pressioni economiche che richiedono un vasto utilizzo di risorse mentali e un sovraccarico emotivo peggiorano ulteriormente il problema.

Dunque, molti soffrono, con prassi diverse, un “disagio psichico”!

A parere di E. Sgreccia, oltre quelle già evidenziate, abbiamo altre cause primarie: “l’insicurezza derivante dalla perdita di senso della vita, dalla minaccia imminente su ciascuno da parte di un mondo che quotidianamente sovrasta e sfugge al controllo degli individui; si chiama in causa il crollo delle ideologie, compresa quella del progresso, nonché la perdita del senso della trascendenza. Ma si considera anche lo stress della vita della città e dei trasporti, la labilità del sistema affettivo della famiglia. Evidentemente non c’è una causa sola ed è per questo che ci si appella ancora alla filosofia della complessità e alla minaccia del caos dentro l’ordine apparente”⁶. E. Toffler, scrittore statunitense, che da anni studia i mezzi di comunicazione e il loro impatto sulla compagine sociale e sul mondo della cultura, evidenzia tre cause: “la disgregazione del tessuto comunitario relazionale nella famiglia e nella società, il venir meno di una vita strutturata e l’incapacità di dare senso all’esistenza”⁷.

Un altro fattore di criticità è la difficoltosa distinzione della “malattia mentale” dalla “devianza sociale”, cioè quei comportamenti che oltrepassando ogni regola del vivere civile producono atti assurdi di follia.

Una annotazione, collegata con la precedente, riguarda “la follia” che misteriosamente potrebbe celarsi in persone che vivono apparentemente nella normalità e che all’improvviso esplodono con gesti di una violenza inimmaginabile: genitori che massacrano i figli o viceversa, partner che uccidono e poi si tolgono la vita...

Concludendo, non possiamo dimenticare un'altra emergenza: “l’Alzheimer”, una patologia scoperta dal neurologo tedesco A. Alzheimer all’inizio del XX secolo che consiste in un processo degenerativo che distrugge progressivamente le cellule del cervello. Un processo che inizia solitamente dopo i sessantacinque anni con la difficoltà nel ricordare eventi recenti. Con l’avanzare dell’età si aggiungono altri sintomi dal cambiamento repentino di

⁵ Dati presentati al “XVIII Congresso ECNP (European College of Neuropsychopharmacology) a Amsterdam (2013).

⁶ E SGRECCIA, *Manuale di bioetica. Vol. II Aspetti medico-sociali*, Vita e Pensiero, Milano 1991, pp. 39-40.

⁷ E. TOFFLER, *La terza ondata. Il tramonto dell’era industriale e la nascita di una nuova civiltà*, Sperling & Kupfer, Milano 1987, pg. 468.

umore al disorientamento, dalla depressione all'incapacità di prendersi cura di sé.

Le cifre riguardanti il numero di malati sono drammatiche: nel 2010 nel mondo erano 36 milioni, nel 2013 44,35 milioni, nel 2030 si prevedono 75,62 milioni e nel 2050 circa 136 milioni⁸.

Questa patologia, inoltre, coinvolge intensamente il nucleo familiare del paziente sia a livello assistenziale che emotivo-relazionale.

Anche a livello di cura si brancolla nel buio; l'unico intervento, per ora, riguarda i sintomi mediante terapie farmacologiche e psicosociali. In Inghilterra, è in corso una sperimentazione con la molecola "Solanezumab" che agisce non sui sintomi bensì sulla causa. I primi positivi risultati sono stati esposti alla Conferenza internazionale dell'Alzheimer's tenutasi a Washington nel luglio 2015. Ma la cautela è d'obbligo.

2.Chi è il malato psichico

Come affermato una parte della popolazione è vittima del disagio mentale. Ma certamente, la maggioranza delle persone si è trovata, almeno una volta nella vita, a contatto con questa sofferenza nella modalità della depressione a seguito di eventi stressanti che poi si è risolta, entrando così nel circuito della psichiatria che possiamo definire: "quel ramo della medicina che ha per oggetto lo studio clinico e la terapia delle infermità mentali e dei comportamenti comunque patologici"⁹.

Quante persone ho incontrato nei miei quasi trent' anni di sacerdozio che fanno uso quotidiano di Tavor, En, Valium, Lexotan... oppure, quasi con vergogna, mi hanno confidato che frequentano lo psicologo o lo psichiatra, quasi fosse "un disonore". E della maggioranza di queste situazioni di sofferenza "la comunità", partendo da quella mondiale fino a giungere a quelle locali (civili, lavorative, parentali...), sono in parte responsabili.

Si conducono da anni delle benemerite campagne contro il fumo e le polveri sottili essendo responsabili di malattie e anche di morti, ma nessuno osa affermare che l'antagonismo, la concorrenzialità esasperata, la cultura "non del merito ma del privilegio", la produttività anonima che cancella la creatività, la mancata valorizzazione della preparazione professionale e delle doti personali uccidono la stima, la fiducia e la speranza. Di tutto questo si tace; che ipocrisia! Comunque, alla base del disturbo della depressione che necessiti o meno di farmaci, si cela l'invito a guardarsi dentro, a prendere coscienza di ciò che siamo, a verificare e riorganizzare la propria vita verso uno stato di maggiore benessere, prendendo in mano la propria esistenza, a percepire le differenze tra le cose essenziali e quelle inessenziali.

Tre sono le grandi categorie cliniche della psichiatria: le "depressioni" (che abbiamo trattato in precedenza), le "schizofrenie" e il "ritardo mentale".

⁸ Dati: Alzheimer's Disease International.

⁹ *Lessico Universale Italiano*, voce: *Psichiatria*, Istituto della Enciclopedia Italiana, vol. XVIII, Mondadori, Milano 1984, pg. 42.

Il vocabolo “schizofrenia”, coniato dallo psichiatra svizzero E. Bleuler nel 1908, deriva dalle parole greche “schizo” (= diverso) e “phren” (= cervello) e significa: “scissione della mente”.

G.O. Gabbard, psichiatra e psicanalista statunitense, nel testo “Psichiatria Psicodinamica”¹⁰ suddivide la sintomatologia in tre gruppi: sintomi positivi, sintomi negativi, relazione disturbante¹¹.

-Sintomi positivi: deliri (disturbi del contenuto del pensiero); allucinazioni visive e uditive (disturbi nella percezione); catatonia e agitazione (disfunzioni nel comportamento).

-Sintomi negativi: mancanza di volontà di azione (apatia); assenza di piacere (anedonia); ritiro sociale.

-Relazioni disturbate; sono le persone che definiamo “strani” per i loro atteggiamenti, comportamenti e per l’incapacità di avere un contatto adeguato con gli altri.

Il “ritardo mentale” è una grave alterazione della mente che si rivela nel difetto di sviluppo delle funzioni astrattive della conoscenza e dell’adattamento¹². Il “ritardo mentale” è dunque “una sindrome complessa che compromette in modo duraturo e spesso permanente la conquista delle funzioni più elevate della specie umana”¹³ che permettono la capacità di astrazione e di interiorizzazione delle varie esperienze.

Esistono diversi gradi di “ritardo mentale”:

La fascia normale di Quoziente Intellettivo (QI) non è inferiore a 85; di conseguenza abbiamo una sindrome:

-“Limite”, quando il Quoziente intellettivo varia tra 70 e 85;

-“Lieve”, quando il Quoziente Intellettivo varia tra 50 e 70;

-“Medio”, quando il Quoziente Intellettivo varia tra 35 e 50;

-“Grave”, quando il Quoziente Intellettivo varia tra 20 e 35;

-“Gravissimo”, quando il Quoziente Intellettivo è inferiore a 20.

“L’identikit” dei malati psichiatrici e mentali fu egregiamente presentato da Simone Cristicchi con la canzone “Ti regalerò una rosa” che vinse il Festival di Sanremo nel 2007. Il commovente testo fu frutto della sua esperienza di volontario in un Centro di Igiene Mentale a Roma.

“Mi chiamo Antonio e sono matto. Sono nato nel ‘54 e vivo qui da quando ero bambino. Credevo di parlare col demonio. Così mi hanno chiuso quarant’anni dentro a un manicomio (...). Io sono come un pianoforte con un tasto rotto; l’accordo dissonante di un’orchestra di ubriachi (...). Per la società dei sani siamo sempre stati spazzatura: puzza di piscio e segatura. Per loro questa è la malattia mentale e non esiste cura”¹⁴.

¹⁰ Ed. Raffaello Cortina editore, Milano 2007.

¹¹ Cfr.: *Psichiatria psicodinamica*, op. cit., pp. 181-213.

¹² Per l’approfondimento: P. PFANNER, M. MARCHESCHI, *Il ritardo mentale*, Il Mulino, Bologna 2005.

¹³ *Il ritardo mentale*, op. cit., pg. 9.

¹⁴ **TI REGALERO’ UNA ROSA**

“Ti regalerà una rosa. Una rosa rossa per dipingere ogni cosa. Una rosa per ogni tua lacrima da consolare. E una rosa per poterti amare.

Ti regalerò una rosa. Una rosa bianca come fossi la mia sposa. Una rosa bianca che ti serva per dimenticare ogni piccolo dolore.

Nella mia esperienza, supportata da una letteratura scientifica ormai comunemente accettata, apprendo quotidianamente che queste persone sono accompagnate quasi totalmente dalla paura e da un disorientamento spesso incontrollabile che li portano ad assumere atteggiamenti assurdi.

Questo provoca un'angoscia immensa e una sofferenza disperata che porta qualcuno anche al pensiero del suicidio. Essendo questi malati estremamente sensibili, colgono ogni sfumatura e ogni gesto o parola superficiale, e li ferisce. E poi c'è una profonda solitudine perché il più delle volte, chi vive la malattia mentale, è cosciente del dramma che lo ha investito o meglio percepisce chiaramente di essere prigioniero di questa patologia che è un labirinto cieco dal quale è quasi impossibile uscire.

Ovviamente, ogni malattia, ha una sua sofferenza e una sua gravità, ma ritengo che queste patologie siano, forse il termine è troppo qualunquista, le "peggiori" poiché da una parte ci si sente privati della propria personalità e dall'altra si assumono atteggiamenti che non si vorrebbero addossare.

Così l'attore Rod Steiger descrive lo stato d'animo vissuto per alcuni anni: "Il tutto cominciò come una nebbia che s'insinuò piano piano nella mia testa e diventò così densa che io non potevo più vedere... La sofferenza precipitò e divenne così forte che io cominciai a non voler più camminare, a non volermi più lavare... E mi sedevo in giardino a fissare l'oceano dodici ore come un ebete"¹⁵.

Come riassunto e conclusione di questa sintetica descrizione, riporto un brano del noto psichiatra E. Borgna: "Ogni paziente psicotico, risucchiato nella metamorfosi dei suoi orizzonti di significato, non può nondimeno non essere considerato come un 'uomo uguale a noi': anche se non è semplicemente un uomo come noi ma è anche un uomo diverso da noi: non come noi; ancorché radicalmente immerso nella ricerca angosciante e disperata di un significato a cui noi non siamo estranei. Nell'esperienza psicotica si manifesta la categoria dell'assurdo, nella quale si coglie un non senso non destituito di senso; e

Mi chiamo Antonio e sono matto. Sono nato nel '54 e vivo qui da quando ero bambino. Credevo di parlare col demonio. Così mi hanno chiuso quarant'anni dentro a un manicomio.

Ti scrivo questa lettera perché non so parlare. Perdona la calligrafia da prima elementare. E mi stupisco se provo ancora un'emozione. Ma la colpa è della mano che non smette di tremare. Io sono come un pianoforte con un tasto rotto: l'accordo dissonante di un'orchestra di ubriachi. E giorno e notte si assomigliano.

Nella poca luce che trafigge i vetri opachi me la faccio ancora sotto perché ho paura.

Per la società dei sani siamo sempre stati spazzatura, puzza di piscio e segatura. Per loro questa è malattia mentale e non esiste cura.

I matti sono punti di domanda senza frase. Migliaia di astronavi che non tornano alla base. Sono dei pupazzi stesi ad asciugare al sole. I matti sono apostoli di un Dio che non li vuole. Mi fabbrico la neve col polistirolo. La mia patologia è che son rimasto solo. Ora prendete un telescopio... misurate le distanze e guardate tra me e voi; chi è più pericoloso?

Dentro ai padiglioni ci amavamo di nascosto ritagliando un angolo che fosse solo il nostro.

Ricordo i pochi istanti in cui ci sentivamo vivi non come le cartelle cliniche stipate negli archivi. Dei miei ricordi sarai l'ultimo a sfumare. Eri come un angelo legato ad un termosifone. Nonostante tutto io ti aspetto ancora e se chiudo gli occhi sento la tua mano che mi sfiora. Mi chiamo Antonio e sto sul tetto.

Cara Margherita son vent'anni che ti aspetto. I matti siamo noi quando nessuno ci capisce. Quando pure il tuo migliore amico ti tradisce. Ti lascio questa lettera, adesso devo andare. Perdona la calligrafia da prima elementare. E ti stupisci che io provi ancora un'emozione? Sorprenditi di nuovo perché Antonio sa volare".

¹⁵ E ZOLI, *E liberaci dal male oscuro*, Longanesi, Milano 1993, pg.45.

questo modo di essere, nelle sue antinomie e nelle sue contraddizioni, tematizza non solo la Gestalt psicotica, ma anche quella normale”¹⁶.

3.L'ammalato psichiatrico in Italia

3.1.ASPETTO LEGISLATIVO

Prima del 1978 la legge di riferimento per l'ammalato psichiatrico era la n. 36 del 14 febbraio 1904: “Disposizione sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”. Reputava questi sofferenti pericolosi per sé e per gli altri. Di conseguenza, erano ricoverati nei “manicomi” connotati come “luoghi di contenimento sociale”; un carcere dove i malati di mente o presunti tali erano privati dei diritti civili e l'aspetto riabilitativo era solitamente assente.

Tanti, ricordano queste strutture, e ne parlano con orrore essendo più simili a lager che a luoghi di cura e le condizioni di degenza erano degradanti ed umilianti. Inoltre, fino agli anni 60' del ventesimo secolo, era diffusa l'idea che la malattia mentale fosse una lesione organica inguaribile, e di conseguenza, la vita di questi individui era più vegetativa che umana. In questi “grandi contenitori” furono ricoverate anche persone non affette da problemi mentali ma unicamente diseredati nella società: ubriachi senza fissa dimora, omosessuali, anziani soli...

Commoventi sono i romanzi di M. Tobino (1910-1991) che lavorò per tutta la vita nel manicomio di Magliano in provincia di Lucca. Così descrisse i manicomi d'allora: “Le celle sono il luogo più doloroso. Piccole stanze dalle pareti nude, con una porta molto robusta nella quale è infisso un vetro spesso per guardare dentro; nella parete di fronte, la finestra per la luce. L'ammalato, il matto, vi vive nudo. L'alienato nella cella è libero, sbandiera, non tralasciandone alcun grano, la sua pazzia, la cella suo regno dove dichiara se stesso, che è il compito della persona umana”¹⁷.

Possiamo poi notare il suo spiccato amore per i malati: “Scrissi questo libro per dimostrare che anche i matti sono creature degne d'amore, il mio scopo fu ottenere che i malati fossero trattati meglio, meglio nutriti, meglio vestiti, si avesse maggiore sollecitudine per la loro vita spirituale, per la loro libertà. Non sottilizai sulle parole, se era meglio chiamare l'istituto manicomio oppure ospedale psichiatrico, usai le parole più rapide, scrissi matti, come il popolo li chiama, invece di malati di mente”^{18/19}.

Negli anni 60' si costituì un movimento di riforma con l'obiettivo di curare il malato psichiatrico non più ritenuto un criminale o un indemoniato. Anche

¹⁶ E. BORGNA, *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 2001, pg. 26.

¹⁷ M. TOBINO, *Per le antiche scale*, Mondadori, Milano 2001, pg. 24.

¹⁸ M. TOBINO, *Le libere donne di Magliano*, Mondadori, Milano 2001, pg. 45.

¹⁹ Concludiamo questo breve ricordo di Tobino con la descrizione di suor Giacinta: “Quando suor Giacinta distribuisce il vitto nella sala di soggiorno, ha intorno duecento malate. Molte volte le hanno tolta la cornetta perché si vergognasse ad apparire pelata, hanno tentato di picchiarla, le hanno urlato sconcezze, l'hanno frugata nei suoi sentimenti più delicati. Suor Giacinta vive insieme alle matre, loro sorella, il suo destino immolarsi ogni ora senza premio” (*Le libere donne di Magliano*, op. cit., pg. 62).

l'evoluzione della farmacologia fornì un notevole contributo alla modifica dell'immagine di questi fragili.

Fautori, fra gli altri, di questa nuova visione furono i religiosi dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio.

Un caso emblematico, fu la trasformazione operata da Fra Pierluigi Marchesi, che nel 1962 assunse la direzione dell'Istituto Sant'Ambrogio di Cernusco sul Naviglio (Mi) nel quale erano ricoverati 1.300 pazienti. Riportiamo alcune sue illuminanti intuizioni.

“Fra Marchesi, immediatamente intuì la necessità di migliorare le condizioni di vita dei malati che non dovevano unicamente essere ‘contenuti’ ma andavano riabilitati; di conseguenza era indispensabile un grosso intervento sociale.

Nell' Istituto, i pazienti, vestivano rigorosamente la divisa, come in carcere, sempre riconoscibili, sia all'interno che all'esterno, in caso di fuga. Uno dei primi giorni di priorato, Fra Marchesi incontrò una malata che indossava un maglione rosso sopra la divisa, e il direttore sanitario rimproverò la caposala per la svista, preoccupato che in caso di fuga, sarebbe stato difficoltoso ritrovare la paziente. Ma, pochi mesi dopo, Fra Marchesi, fece sparire le divise.

La stessa sorte subirono i muri divisorii. L'istituto era composto da due sezioni: maschile e femminile, rigorosamente separate da un alto muro di cinta. Fra Marchesi lo fece abbattere, e si premurò di aprire i cancelli affinché i malati potessero uscire, ma soprattutto perché la gente della città potesse entrare e passeggiare nel parco secolare dell'Istituto, godendo dell'ombra dei pini millenari oltre che superare le diffidenze nei confronti dei ricoverati.

La demolizione di quel muro di separazione, fu l'inizio di una lunga operazione per abbattere il ‘muro culturale’ riguardante lo ‘stigma’ sulla malattia mentale’.

I medici immediatamente si dimostrarono contrari, preoccupati per la gestione dei controlli. Ma il Priore seppe superare le loro resistenze, e così i malati dell'sant'Ambrogio, i primi in Italia, ebbero la possibilità di uscire dall'Istituto e i cittadini tranquillamente ad entrare”²⁰.

“Per il benessere dei suoi malati, non lasciò nulla di intentato. L'Istituto, nel corso dei mesi, si trasformò in un piccolo paese con molteplici attività svolte dai pazienti con vari supporti esterni. Costituì una biblioteca gestita dagli ospiti; fondò il giornalino ‘Rivivere’ e ne costituì una redazione; procurò una discreta attrezzatura sportiva. Ideò un atelier di pittura che troverà spazio in alcuni reparti, dove su appositi tavoli, gli ospiti potevano dipingere liberamente, e un laboratorio centrale coordinatore di queste attività, diretto da un pittore scelto dalla Direzione”²¹.

“Per superare le diffidenze del paese, e i timori che ancora resistevano nel passare a fianco dell'ospedale, si organizzarono rappresentazioni teatrali e concerti con personaggi famosi da Adriano Celentano a Ornella Vanoni. Le sale erano affollate e nessuno subì alcuna violenza; furono occasioni per far nascere amicizie tra i cittadini di Cernusco e gli ospiti dell'istituto.

Nel frattempo, Fra Marchesi puntò anche su nuovi processi terapeutici; dalle cure psicologiche alle psicoterapie; dall'ergoterapia alla ludoterapia.

²⁰ Cfr.: G. CERVELLERA – G.M. COMOLLI, *Ospitare l'uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, Ancora, Milano 2012, pp. 44-45.

²¹ *Ospitare l'uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, op. cit., pg. 49.

L'ergoterapia verrà utilizzata nel centro di socioterapia per alcoolopatici, allargandosi poi all'inserimento di persone con diagnosi differenti²².

Nel 1978 fu approvata la legge 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori"²³, definita anche "Legge Basaglia" e così, tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, più di 100mila persone lasciarono i manicomi.

Lo psichiatra F. Basaglia convinto che i manicomi non giovassero, progettò, ispirandosi all'antipsichiatria inglese, al modello dello psichiatra ungherese T. Szasz e alla concezione dell'antropologo E. De Martino, una nuova organizzazione dell'assistenza psichiatrica che superasse la "logica manicomiale" per aprirsi a quella riabilitativa che è l'insieme delle strategie rivolte a restituire o a fornire contrattualità sociale alle persone con problemi psichiatrici..

Con la visione di Basaglia e di altri soggetti, la psichiatria, riscoprì "i diritti" del malato mentale. In un suo scritto affermò: "Il manicomio, nato come difesa da parte dei sani contro la pazzia, sembra essere finalmente considerato il luogo dal quale il malato mentale deve essere difeso e salvato"²⁴. Dunque, si passò "dall'internamento" per ridurre la presunta pericolosità "alla cura" della malattia, alla riabilitazione e all'inserimento sociale. E, a questi cittadini, furono restituiti i diritti civili.

La legge n. 180/78 demandò l'attuazione della normativa alle Regioni che legiferarono con modalità assai eterogenee, producendo risultati diversificati sul territorio anche a causa dello scarso collegamento tra interventi terapeutici ed assistenziali. In varie situazioni, inoltre, non si costituirono adeguate strutture "intermedie" (comunità, case protette, centri diurni...).

L'errore commesso fu quello di essersi illusi che fosse sufficiente abbattere le mura dei manicomi per sanare il malato mentale, scordando che la cronicità non poteva essere trascurata e, nonostante le richieste del dettato legislativo, furono progettate, come già accennato, poche e parziali "strutture di sostegno" che inserissero, con gradualità, questi malati nel contesto societario. Anche le famiglie furono trascurate, e spesso sconsolate da una pudica vergogna, si chiusero nella solitudine prive di aiuto e di conforto, oppresse e travolte da problematiche cui faticavano a rispondere.

Dall'esperienza di un familiare: "Non desta curiosità la vita in famiglia con questo malato, non si levano grandi grida pubbliche di protesta quando l'estrema degradazione della famiglia e del malato stesso viene scoperta"²⁵: "Molte volte, stanchi e sfiduciati, si corre nella propria stanza, ci si chiude dentro a doppia mandata, lasciando il familiare malato solo al proprio destino. Rimasti soli si cerca di rientrare lentamente nella propria dimensione, si cerca di cacciare l'ipotesi che un disordine così stridente possa coincidere con un senso compiuto e persino adombrare la normalità di una vita plausibile. Il rischio

²² *Ospitare l'uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, op. cit., pg. 54.

Per una visione globale delle opere innovative di Fra Marchesi; cfr.: *Ospitare l'uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, op. cit., pp. 44-59.

²³ Cfr.: *Gazzetta Ufficiale* n. 133 del 16 maggio 1978.

²⁴ F. BASAGLIA (a cura di), *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005, pg. 27.

²⁵ A. R. LUGLI ANDRETTA, *La vita in famiglia con il malato di mente*, in *Dolentium hominum* n. 16 (1991), pg. 256.

esiste. Ci si sente in balia di un'ansia sorda e di una paura che si trasforma spesso in dolore fisico. Si è presi, a momenti, da un desiderio di equilibrio, di ordine, da quelle condizioni che ti sembrano non appartenere"²⁶.

Anche la legge n. 104 del 5 febbraio 1992, una "normativa quadro" a favore dell'assistenza, dell'integrazione sociale e dei diritti delle persone handicappate, pur includendo in questa categoria anche i malati mentali, infatti definì persone handicappate "coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale che determina un processo di svantaggio sociale o di emarginazione", non previste per i malati psichiatrici supporti particolari come per le altre forme di handicap.

Positiva, invece, fu la legge riguardante l'amministrazione di sostegno²⁷.

Come valutare la legge 180/78 ad oltre trentacinque anni dall'entrata in vigore?

Mentre la legislazione fu rispettosa della dignità del malato psichiatrico e i progressi della neuropsichiatria scoprirono terapie farmacologiche efficaci, l'assistenza a questi fragili e l'impegno per il loro graduale reinserimento in ambiti normali di vita e di relazione, in molti casi, fu ed è enormemente deficitaria per la carenza di politiche concrete e di scelte amministrative confuse e inficciate, come in altri settori, da meschini giochi di potere. Alcuni articoli della legge rimangono anche oggi unicamente "nobili enunciazioni", poichè i diritti per essere effettivi, richiedono politiche sociali efficaci. Di conseguenza, la battaglia, a favore di questi fragili non è ancora terminata!²⁸.

²⁶ *La vita in famiglia con il malato di mente*, op. cit, pg. 257.

²⁷ Cfr.: Legge 6/2004.

²⁸ Riportiamo due pareri.

Disse il cardinale Carlo Maria Martini il 22 agosto 1982 nel corso di un convegno riguardante la legge 180; "Il processo di trasformazione dell'assistenza psichiatrica avviatosi con la legge 180, per un verso soffre di gravi ritardi e carenze, che impediscono la corretta applicazione dei validi profili innovativi che la ispirano, e, per un altro, mette in luce taluni aspetti discussi e discutibili.

Non si tratta di tornare indietro, verso soluzioni superate e non più tollerabili; ma neppure è lecito irrigidirsi in schematismi ideologici, dimenticando la realtà viva delle persone concrete che soffrono. Occorre piuttosto uno sforzo di applicazione e di inventiva da parte di tutti i responsabili: bisogna quanto prima realizzare tutte le strutture di cura e di supporto sul territorio previste dalla riforma, e insieme occorre il coraggio di ripensare quanto, sulla base dell'esperienza, si dimostrasse contraddittorio o inefficace, trovando insieme soluzioni più adeguate. Il criterio determinante per ogni scelta deve essere quello dell'attenzione alla persona del malato, della corresponsabile partecipazione della famiglia opportunamente orientata e sostenuta, della solidarietà di tutto il corpo sociale e delle sue istituzioni" (in "Anime e corpi" n. 100 (1982), pp. 137-138).

Pur essendo trascorsi oltre vent'anni da quando il cardinale propose queste riflessioni, ritengo che le sue osservazioni siano ancora attuali e possano essere oggetto di verifica e di programmazione.

Osservava L. M. Borgia: "Rispetto alle altre categorie di pazienti, il malato mentale è il più solo e il più debole: è isolato dalla comunità che non comprende la profondità di una malattia difficilmente identificabile e perciò inquietante. Persino le compagnie assicuratrici ritengono le spese mediche per le cure delle malattie mentali psichiatriche 'non rimborsabili', in quanto nel contratto assicurativo sono esplicitamente escluse dalle condizioni generali di polizza; non solo, per alcuni contratti l'insorgenza della malattia dopo la stipula, interrompe l'operatività della garanzia; è isolato dalle istituzioni che devono stanziare le risorse economiche: i fondi sanitari destinati alla psichiatria sono sempre minimi rispetto a tutti gli altri settori; è isolato nella stessa comunità familiare, spesso incapace a gestire da sola una situazione psicologicamente pesante ed un congiunto dal comportamento imprevedibile. Il paziente psichiatrico è così reietto, ghettizzato, respinto dai fatti dietro quelle sbarre che la legge 180/1978 eliminava formalmente, senza possibilità di emergere dall'abisso della patologia, dal momento che le opportunità di cura e di guarigione sono indissolubilmente legate alle relazioni interpersonali e all'inserimento nella comunità". (L.M. BORGIA, *E' possibile una bioetica in psichiatria?* in F.

3.2.ASPETTO CULTURALE

Scrisse papa Benedetto XVI: “Si avverte la necessità di meglio integrare il binomio terapia appropriata e sensibilità nuova di fronte al disagio, così da permettere agli operatori del settore di andare incontro più efficacemente a quei malati ed alle famiglie, le quali da sole non sarebbero in grado di seguire adeguatamente i congiunti in difficoltà”²⁹. Caritas Italiana nel documento “Un dolore disabilitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana” nel 2003 affermò: “(serve) un’attenzione, un’accoglienza, una cura, una cultura e una politica sanitaria e sociale più adeguata nei confronti delle persone malate di mente e delle loro famiglie”³⁰.

Dunque, sia Benedetto XVI che Caritas Italiana, hanno sottolineato la rilevanza della “crescita culturale”, poichè anche oggi, certamente meno che nel passato, il malato mentale e il suo ambiente socio-affettivo, a volte, è ghettizzato e il binomio tra “malattia psichica” e “pericolosità sociale” è ancora diffuso.

Inoltre, i vocaboli che incominciano con il suffisso “ps”, incutono timore a seguito di una cospicua disinformazione e molti dimostrano atteggiamenti di diffidenza verso queste persone un po’ “strane”. “Spariti i manicomi non è sparita la manicomialità come modo e stile di avvicinarsi e rapportarsi con l’altro”³¹. E per incrementare il clima di sospetto periodicamente siamo informati di episodi di violenza frutto più o meno indotti di alterazione della coscienza.

Se stilassimo una classifica sugli “ultimi” della società, dovremmo inserire senz’altro gli ammalati psichici in una posizione di rilievo. “La sofferenza mentale è, tra le povertà, quella che più deve interrogarci: sperimentarla è vivere privo d’ appoggi, di difese, di consensi, lontano e separato dagli altri, chiuso in se stesso, estraneo alla vita. È essere ‘tra gli ultimi della fila’, quelli che non contano, non si sentono, non sanno difendersi, non riescono a pesare nelle decisioni politiche e sociali”³². Il cardinale D. Tettamanzi, nell’omelia della Notte di Natale del 2008 li definì i “cosiddetti invisibili”: “una categoria destinata ad allargarsi drammaticamente se venisse a mancare lo sguardo aperto e penetrante della carità che si fa prossimità e condivisione! (...). Sono le persone che soffrono per i più differenti disagi psichici e i loro famigliari”. Eppure, le opportunità di cura e di guarigione, sono indissolubilmente collegati alle relazioni personali e all’inserimento nella comunità.

4.Problematiche etiche

Molteplici e complesse sono le problematiche etiche in psichiatria: dalla difficoltà ad ottenere il consenso informato per eseguire accertamenti

PELLEGRINO, *Pratica clinica e ricerca. L’uso appropriato dei farmaci in psichiatria*, Mediserve, Napoli 2004, pg. 86).

²⁹ BENEDETTO XVI, *Messaggio in occasione della XVI Giornata Mondiale del Malato*, 11 febbraio 2006.

³⁰ EDB, Bologna 2003, pg. 5.

³¹ L. ATTENASIO, *Fuori norma la diversità come valore e sapere*, Armando editore, Roma 2000, pg. 36.

³² CARITAS ITALIANA, *Un dolore disabilitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana*, EDB, Bologna 2003, pg. 16.

diagnostici e per le cure al diritto al rifiuto delle terapie; dai benefici dell'utilizzo degli psicofarmaci all'uso della coercizione come strumento terapeutico; dagli obiettivi stessi della terapia, soprattutto nei casi più gravi, alla partecipazione alle sperimentazioni cliniche. Un altro aspetto a cui si presta poca rilevanza è il diritto del paziente alla scelta del medico o della struttura in cui farsi curare. Non possiamo scordare, infine, le varie dinamiche sessuali

Nel dibattito bioetico odierno alle problematiche della malattia mentale si dedica uno spazio limitato, e nell'opinione pubblica si nota indifferenza al tema, come dimostrato, ad esempio, dalla scarsa attenzione alle disposizioni normative sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (ex-OPG). Eppure, questo, come già affermato, è un malato debole, indifeso e spesso esposto alle decisioni altrui, quindi necessita di una maggiore tutela e salvaguardia da parte della bioetica.

Il modello etico che proponiamo, come precedentemente, è quello ontologico "personalistico" che dovrà supportare l'incontro terapeutico e divenire il punto di riferimento riguardo la liceità o illiceità di un'azione o di un comportamento.

Inoltre, i diritti alla salute e alla cura di questo paziente, come ribadito dall'articolo 32 della Costituzione Italiana³³ dovranno, non solo essere rispettati ma inquadrati nella complessività della sua esistenza.

Punti di riferimento sono i principi etici commentati nel secondo capitolo di questo testo, che a volte potranno incontrare difficoltà nell'applicazione; per questo esamineremo le situazioni più comuni³⁴.

4.1. ETICA DEI COLLOQUI TERAPEUTICI

Rilevanti problematiche nei colloqui terapeutici riguardano l'equilibrio tra "autonomia" e "eteronomia" nel rapporto tra medico e paziente psichiatrico e il

³³ "La Repubblica italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

³⁴ I PRINCIPALI CODICI ETICI RIGUARDANTI LA PSICHIATRIA

INTERNAZIONALI

1964: Dichiarazione di Helsinki (WMA) (World Medical Association)

1971: Dichiarazione sui diritti dei ritardati mentali (ONU).

1977: Dichiarazione delle Hawaii (WPA) (World Psychiatric Association)

1991: Principi per la protezione delle persone malate di mente e per il miglioramento delle cure psichiatriche (ONU)

1995: Dichiarazione sulle questioni etiche riguardanti i malati mentali (WMA)

1996: Medicina Psichiatrica Legale: 10 principi di base (WHO)

1989: Dichiarazione di Atene sui diritti dei malati di mente (WPA)

EUROPA

1977: (R. 818) Raccomandazione sulla situazione dei malati di mente (Consiglio d'Europa)

1983: (R.83) Raccomandazione sulla protezione legale dei malati di mente ospedalizzati contro la loro volontà (Consiglio d'Europa)

1994: (R.1235) Raccomandazione sulla psichiatria ed i diritti umani (Consiglio d'Europa)

1996: Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (art. 7) (Comunità Europea)

1987: Good Clinical Trial Practice (Consiglio d'Europa)

ITALIA

1994: Parere sull'eticità della terapia elettroconvulsivante (Comitato Nazionale per la Bioetica)

1995: -Documento sull'etica della psichiatria dell'infanzia (Ordine dei Medici di Roma)

2003: Decreto Legislativo 211 (art. 5).

modello di riferimento, cioè l'assunto antropologico. Questo assume rilievo particolarmente per la condizione di dipendenza del malato e per alcune decisioni che il terapeuta potrebbe fare assumere (o imporre) al suo paziente.

L'equilibrio dovrebbe fondarsi su un "alleanza terapeutica" che superi l'autoritarismo paternalistico o l'abbandono rinunciatario in nome dell'autonomia³⁵.

4.2. ETICA E ATTI TERAPEUTICI

4.2.1. CONSENSO INFORMATO

Il Consenso informato, è definito dal Comitato Nazionale per la Bioetica: "la legittimazione e il fondamento dell'atto medico e, allo stesso tempo, strumento per realizzare quella ricerca di alleanza terapeutica – nell'ambito delle leggi e dei codici deontologici – e di piena umanizzazione dei rapporti fra medico e paziente cui aspira la società attuale"³⁶.

Il medico deve fornire al paziente tutte le informazioni di cui dispone, senza travisare nulla e con modalità chiare e comprensibili, prospettando anche diverse opzioni terapeutiche affinché il malato possa fornire un consenso libero e informato. A questo proposito rammentava il cardiale C.M. Martini: "Il paziente sa benissimo di essere lui, non altri, il vero responsabile della propria salute fisica e mentale. Se si affida a un terzo è solo perché da solo non potrebbe risolvere il problema della malattia che lo ha assalito. Ma anche dopo questo ricorso e affidamento a terzi, egli mantiene inalterato il potere di amministrazione del proprio organismo; e ciò comprende ovviamente anche il diritto di accettare o di rifiutare ciò che gli viene proposto, a seguito di un suo personale giudizio globale, concernente i suoi interessi personali, familiari e professionali"³⁷.

Il principio che fonda il Consenso Informato è sancito anche dalla Costituzione Italiana all' articolo 32 già accennato in precedenza, dalla legge n.833/78, agli articoli 33 e 34 e dall'articolo 29 del Codice di Deontologia Medica della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO).

Per quanto riguarda la capacità di esprimere un valido consenso, a livello internazionale si concorda su quattro parametri.

- "La capacità di manifestare una scelta"; in mancanza di questa attitudine è inutile valutare gli altri parametri.
- "La capacità di comprendere le informazioni relative al consenso"; il saper codificare ed elaborare le informazioni.
- "La capacità di offrire un giusto peso alla situazione e alle sue possibili conseguenze"; riguarda le modalità di regolamentazione di alcune difficoltà della vita.

³⁵ Cfr.: *Manuale di bioetica. Vol. II Aspetti medico-sociali*, op.cit., pp. 66-82.

³⁶ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Informazione e consenso all'atto medico*, Roma 1992, pg. 12.

³⁷ C.M. MARTINI, *Le ragioni del credere. Scritti e interventi.*, Mondadori, Milano 2011, pg. 673.

- “La capacità di utilizzare razionalmente le informazioni”; il passaggio dalla logica al ragionamento e al problem solving³⁸.

P.S. Appelbaun ha indicato alcune domande per verificare le reali capacità del soggetto³⁹ a rilasciare un consenso libero e informato.

<i>TIPO DI CAPACITA'</i>	<i>ESEMPI DI DOMANDA</i>
Manifestare una scelta	-Può dirmi cosa ha scelto di fare? -(Nel caso non abbia scelto) Può dirmi cosa le sembra più difficile, cosa la ostacola nel decidere?
Comprendere le informazioni relative al consenso	-Mi dica con sue parole che cosa le è stato detto a proposito di: *i suoi problemi attuali di salute; *il trattamento consigliato; *i rischi e i benefici del trattamento; *i trattamenti alternativi con rischi e benefici; *i rischi e i benefici del non assumere nessun trattamento.
Dare un giusto peso alla situazione e alle sue possibili conseguenze	-Secondo lei quali sono i suoi problemi di salute? -Crede di aver bisogno di un qualche tipo di trattamento? -A cosa dovrebbe servire il trattamento? -Perché le hanno consigliato questo trattamento? -Secondo lei cosa le accadrebbe non ricevendo alcun trattamento?
Utilizzare razionalmente le informazioni	-Come mai ha scelto di accettare o di rifiutare il trattamento? -Cosa rende questo trattamento migliore degli altri?

La legislazione italiana prevede alcune situazioni dove la persona può essere sottoposta ad un trattamento medico contro la propria volontà:
-In presenza di un rischio immediato per la vita; in questa situazione il consenso è presunto.

-Per le vaccinazioni obbligatorie stabilite nei programmi nazionali di salute pubblica (cfr.: Legge 292/63).

-Di fronte ad alcune patologie: Tossicodipendenza (cfr.: Legge 126/90), TBC e Lebbra (cfr.: Legge 897/56) per evitare contagi.

-Nelle malattie mentali (cfr.: Legge 180/1978, art. 33).

Con l'articolo 33 della legge 180/1978, il legislatore, pur affermando il principio che il malato mentale non può essere sottoposto a trattamento contro la propria volontà, ammette la possibilità, nell'interesse del paziente, del “trattamento sanitario obbligatorio”. Dunque, lo “stato di necessità”, autorizza il medico a

³⁸ Cfr.: AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Guidelines for assessing the decision-making capacities of potential research subjects with cognitive impairment*, Am J Psychiatry 155 (1998) 1649-1650.

³⁹ Cfr.: P.S. APPELBAUM, *Assessment of patient's competence to consent to treatment*, N Engl J Med 26 (2006) 1834-1840.

rifiutare la volontà del paziente, agendo “in scienza e coscienza”, in difesa della salute e della integrità della persona sofferente e di terzi.

La carenza di un valido consenso del paziente, tranne nei casi sopra citati, espone il medico in “sede penale” alle imputazioni di lesione personale (cfr.: art. 582 c.p.), delitto di violenza privata (cfr.: art. 610 c.p.), omicidio colposo o preterintenzionale (cfr.: artt. 589 e 584 c.p.) e in “sede civile” al risarcimento del danno (cfr. ex art. 2043 c.c.).

In ambito psichiatrico, la dottrina del consenso informato, è da sempre ritenuta di difficile applicazione poiché, la maggioranza dei malati mentali, non dispongono della capacità di comprendere le informazioni loro comunicate, e di conseguenza, di consentire liberamente al trattamento. Per questo, sorge il dubbio, sulla validità del consenso manifestato. Inoltre, il problema etico del consenso informato all'atto medico da parte del malato mentale, non riguarda unicamente le cure psichiatriche ma anche quelle in altri ambiti riguardanti la sua salute.

E' opportuno superare, come affermato da una vasta letteratura a livello mondiale, il pregiudizio che il malato di mente sia impossibilitato ad esprimere un consenso informato alle proposte terapeutiche, infatti la malattia psichiatrica, non annulla in tutte le situazioni le facoltà mentali dell'individuo come pure non impedisce al soggetto di tutelare i suoi interessi anche nel settore della sua salute. Per questo è un obbligo etico adottare tutte le iniziative possibili volte ad assicurare il consenso. Di notevole aiuto è anche il rapporto positivo che si instaura tra il terapeuta e il paziente che in alcuni casi potremmo definire di “sussidiarietà decisionale” che dovrebbe intervenire laddove il malato tentenna..

4.2.2. SEGRETO PROFESSIONALE E RISERVATEZZA

Anche il segreto professionale e la riservatezza che ingloba l'ambito psichiatrico nella sua totalità, compresa la psicoterapia di gruppo, assume una valenza etica. Nessuno ha il diritto di rivelare quello che altri hanno manifestato nel corso di una seduta, e quindi diffondere informazioni senza previa autorizzazione. Ciò riguarda il rapporto medico-paziente, paziente-paziente ma anche il controllo del flusso delle informazioni riguardanti il malato e le diverse istituzioni (famigliari, datore di lavoro, banche, assicurazioni...).

Il segreto professionale è un obbligo deontologico da rispettarsi nei confronti di ciò che il professionista può conoscerne nell'esercizio della propria professione come ribadito dal Codice Penale (cfr.: art. 622), dal Decreto Legislativo 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal Codice di Deontologia Medica. “L'inosservanza del segreto costituisce mancanza grave quando può derivarne profitto proprio o altrui, ovvero nocumento della persona assistita” (art 9).

Venir meno al segreto professionale è possibile unicamente se sussiste una “giusta causa”; ad esempio un rischio per l'integrità del paziente o di altre persone.

4.2.3. DIRITTO ALLA SCELTA DEL MEDICO E DEL LUOGO DI CURA

Il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura è riconosciuto dal Codice di Deontologia Medica (art. 24) e dalla Legge di riforma sanitaria n. 502/90 (art. 8).

Tuttavia, a causa di motivazioni prevalentemente economiche riguardanti il pagamento delle prestazioni, il più delle volte il malato psichiatrico è costretto a riferirsi unicamente ai servizi gestiti dall' Azienda Sanitaria Locale (ASL) di riferimento e alcune ASL rifiutano di prendersi in carico i residenti fuori dal proprio territorio.

Per questo, spesso, il malato mentale è costretto ad accettare quel determinato psichiatra o quella specifica struttura di ricovero presente nel territorio dove abita.

Dobbiamo notare che nessuna decisione a livello locale, può annullare un diritto garantito da una legge nazionale.

4.3. SPERIMENTAZIONE FARMACOLOGICA

Alcuni documenti riguardanti la sperimentazione farmacologica hanno trattato "i requisiti" di tutela per gli adulti incapaci, a causa del loro stato psicologico, di manifestare un consenso consapevole ed esplicito a partecipare ad uno studio clinico.

L' articolo 5 del Decreto Legislativo n. 211/2003 indica i requisiti per questi arruolati:

“- sia stato ottenuto il consenso informato del rappresentante legale; il consenso deve rappresentare la presunta volontà del soggetto e può essere ritirato in qualsiasi momento senza pregiudizio per il soggetto stesso;

- la persona abbia ricevuto informazioni adeguate alla sua capacità di comprendere la sperimentazione ed i relativi rischi e benefici;
- lo sperimentatore tenga conto del desiderio esplicito di un soggetto in sperimentazione in grado di formarsi un'opinione propria e di valutare tali informazioni, di rifiutare la partecipazione o di ritirarsi dalla sperimentazione clinica in qualsiasi momento;
- non vengano dati incentivi o benefici finanziari ad eccezione delle indennità che, ove il promotore la sperimentazione sia un soggetto pubblico, potranno essere concesse solo nei limiti degli stanziamenti di bilancio ad esso assegnati;
- la ricerca sia essenziale per convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare un consenso informato o ottenuti con altri metodi di ricerca e riguardi direttamente uno stato clinico che ponga a rischio la vita o determini una condizione clinica debilitante di cui il soggetto soffre;
- le sperimentazioni cliniche siano state concepite in modo da ridurre al minimo il dolore, il disagio, la paura e gli altri rischi prevedibili in relazione alla malattia e allo stadio di sviluppo; sia la soglia del rischio che il grado di malessere devono essere definiti specificamente ed essere continuamente monitorati;
- il protocollo sia stato approvato da un Comitato etico competente sia nel campo della malattia in questione, sia per quanto riguarda le caratteristiche proprie della popolazione di pazienti interessata, o previa consulenza in merito alle questioni cliniche, etiche e psicosociali nell'ambito della malattia e della popolazione di pazienti interessata;

- gli interessi dei pazienti prevalgano sempre su quelli della scienza e della società;
- vi sia motivo di ritenere che la somministrazione del medicinale da sperimentare rechi al paziente un beneficio superiore ai rischi o che non produca alcun rischio”.

Pur ben tutelati dalla normativa, nei confronti di questi malati rimangono aperti due problemi: i parametri nel definire la capacità di esprimere il consenso e il progresso della scienza con l’acquisizione di conoscenze che potrebbero avvantaggiare i futuri sofferenti.

La scienza biomedica per progredire necessita dell’aspetto sperimentale che coinvolge pazienti con determinate patologie. In questi speciali arruolati si contrappongono due situazioni.

Da una parte, nei criteri di tutela esaminati in precedenza, è presente quello che manifesta la finalità di questa tipologia di ricerca: “convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare un Consenso informato”⁴⁰. Dall’altra, ben comprendiamo, la rilevanza dello studio diretto condotto su persone con una significativa compromissione delle funzioni cognitive. La limitazione della loro partecipazione a sperimentazioni particolarmente espressive li esclude da eventuali benefici e non acconsente di identificare trattamenti efficaci per i malati di domani.

Un’apertura alla partecipazione alla ricerca che superi i benefici diretti è presente nella “Raccomandazione R(90)3” del Consiglio d’Europa: “Una persona legalmente incapace non può essere inclusa in una ricerca se non ci si aspetta che questa possa dare un beneficio diretto e significativo per la sua salute”, ma poi aggiunge: “Tuttavia, in via eccezionale, le leggi nazionali possono autorizzare una ricerca che coinvolge persone legalmente incapaci senza un beneficio diretto per la loro salute quando tali persone non sollevino obiezioni, purché la ricerca sia benefica per le persone della stessa categoria, e i medesimi risultati non possano essere ottenuti mediante ricerche su persone che non appartengano a tale categoria”⁴¹.

Quindi, quella che E.D. Pellegrino e D.C. Thomasma definiscono “beneficialità nella fiducia”⁴² in un contesto di “alleanza terapeutica” potrebbe essere l’opportuno approccio. .

4.4. ETICA E PSICOFARMACI

Gli psicofarmaci “sono farmaci utilizzati nella cura delle malattie mentali. Tra gli psicofarmaci si distinguono gli psicolettici, che abbassano il tono psicologico, i barbiturici, i neurolettici (derivati dalla fenotiazina; tranquillanti; derivati della Rauwolfia serpentina); e gli psicoanalettici, che innalzano e attivano il tono psicologico. A quest’ultimi appartengono le amfetamine, i timoanalettici, tra i quali sono da ricordare specialmente le idrazine per l’effetto inibitore delle mono-amino-ossidasi. Gli psicolettici, vengono di preferenza

⁴⁰ Decreto Legislativo 211/2003, art. 5.

⁴¹ COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS, *Recommendation n. R(90)3 of the Committee of Ministers to member States concerning medical research on human beings*, 6 febbraio 1990, art. 5.

⁴² Cfr.: E.D. PELLEGRINO – D.C. THOMASMA, *For the patient’s good.*, Oxford University Press, Oxford 1988.

somministrati ai soggetti ansiosi e agitati, gli psicoanalettici ai pazienti depressi”⁴³.

Poniamo accanto a questa definizione scientifica, per facilitare il lettore, anche quella riportata da Wikipedia.org: “In medicina con la definizione di psicofarmaci si identificano tutti quei farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale. Si possono classificare in base al tipo di molecole (classi farmaceutiche) o all'effetto terapeutico. Fra essi i più utilizzati sono: gli ansiolitici, gli antidepressivi e i neurolettici (o antipsicotici); che a loro volta includono molecole appartenenti a classi diverse. A questi possiamo aggiungere i sali di litio e gli antiepilettici usati come stabilizzatori dell'umore. Ci sono anche psicofarmaci ipnotici”.

La diagnosi psichiatrica è tra le più complesse che la medicina contempli. Studi internazionali evidenziano un errore diagnostico dal 40% al 70%. Per questo, anche nella prescrizione degli psicofarmaci, è doveroso procedere con la massima cautela. Inoltre, in psicofarmacologia, l'incertezza posologica è più marcata rispetto al resto della farmacologia, come pure il range di efficacia è particolarmente vasto.

Dalle definizioni evidenziate e dalle affermazioni proposte, comprendiamo che il settore dei psicofarmaci è un intersecarsi di luci e di ombre.

Lo psicofarmaco è efficace e vantaggio ma non può divenire l'unico strumento di cura del disturbo mentale poiché, privo una relazione terapeutica di valore è insufficiente. Di conseguenza, il procedere parallelo del trattamento farmacologico e del trattamento psicoterapeutico, cioè quello relazionale, non è unicamente un' esigenza clinica ma anche etica.

Prescrivendo degli psicofarmaci è imprescindibile ricercare anche il corretto rapporto tra diminuzione della sofferenza e il diritto del paziente a conservarsi mentalmente lucido. Dobbiamo, dunque, superare la tentazione di ritenere che l'aumento delle dosi quando il paziente non risponde alla terapia sia sempre la soluzione migliore. Anche il limite tra “terapia” ed “accanimento terapeutico”, in psichiatria, è molto sottile.

Un altro argomento etico collegato con i farmaci riguarda il rapporto medici e industrie farmaceutiche che, a volte, tendono a designare “come malattie” comuni alterazioni esistenziali, trasformando anche immotivatamente “la persona bisognosa di cure e di farmaci”⁴⁴. Merita una particolare attenzione anche “i legami” tra l'industria farmaceutica, medici e mondo accademico, che in gran parte influiscono sia sulla prescrizione che sul prezzo dei medicinali⁴⁵.

4.5.DINAMICHE SESSUALI

I fondamenti del Magistero della Chiesa nel campo sessuale fanno riferimento alla Enciclica “Humane vitae” del beato papa Paolo VI, ripresi e riconfermati dai suoi successori.

Ecco i tre punti principali.

⁴³ *Dizionario Medico Larousse*, voce: *psicofarmaci*, Saie, Torino 1981, pg. 700.

⁴⁴ Cfr.: R. MOYNIHAN – A. CASSALS, *Farmaci che ammalano e case farmaceutiche che ci trasformano in pazienti*, Nuovi Mondi, Modena 2012.

⁴⁵ Cfr.:M: ANGEL, *La verità sulle case farmaceutiche*, Laura Capone Editore, Napoli 2012.

-“Qualsiasi atto matrimoniale deve rimanere aperto alla trasmissione della vita”⁴⁶.

Principio cardine, desunto dalla natura dell’amore umano e degli atti coniugali, che esprimono, oltre l’amore tra i coniugi, la loro donazione vicendevole.

-“Per sua intima natura, l’atto coniugale, mentre unisce con profondissimo vincolo gli sposi, li rende atti alla generazione di nuove vite, secondo leggi scritte nell’essere stesso dell’uomo e della donna”⁴⁷. Dunque, l’imprescindibilità della finalità unitiva da quella procreativa. La donazione totale e vicendevole non deve escludere nulla, neppure la possibilità procreativa; diversamente, la donazione è incompleta.

-“Salvaguardando ambedue questi aspetti essenziali, unitivo e procreativo, l’atto coniugale conserva integralmente il senso di mutuo e vero amore e il suo ordinamento all’altissima vocazione dell’uomo alla paternità e alla maternità”⁴⁸. Disgiungendo intenzionalmente l’atto unitivo da quello procreativo, si impoverisce la sessualità umana. Di conseguenza, “è da respingere ogni azione che, o in previsione dell’atto coniugale, o nel suo compimento, o nello sviluppo delle sue conseguenze naturali si proponga come scopo o come mezzo, di impedire la procreazione”⁴⁹. Tutto ciò oltrepassa la funzione biologica e l’istintività, esigendo contemporaneamente il dialogo dei sensi e del cuore, la capacità di autocontrollo e il rispetto reciproco.

Il Magistero della Chiesa si scontra con la tendenza della società attuale, fortemente erotizzata, dove tutto è lecito e permesso e la dimensione biologica e corporea della sessualità è separata dai sentimenti, dai desideri e dagli affetti. La componente sessuale è rilevante per l’uomo e per la donna, ma serve correttamente controllarla affinché rimanga una forza positiva e non riduca la persona in schiavitù. Il desiderio sessuale è per l’uomo e non l’uomo per il desiderio sessuale!

Il tema si complica ulteriormente di fronte alla sessualità della persona disabile e pone l’interrogativo sul tipo di sessualità che può esistere quando il corpo è malato e soprattutto quando sono presenti limitazioni cognitive o psichiche. Non possiamo dimenticare che in questi soggetti la comprensione “affettiva” è alquanto sviluppata ma priva di mediazioni.

Molti sono propensi di fronte a un comportamento sessuale poco corretto a giustificare o minimizzare; noi crediamo che anche la persona con handicap vada educata dalla famiglia o dalle comunità assistenziali non solo su ciò che si può fare e quello che non è permesso ma soprattutto sulle emozioni più che proporre discorsi e concetti⁵⁰.

⁴⁶ PAOLO VI, Enciclica *Humane vitae*, n.11.

⁴⁷ *Humane vitae*, op. cit., n. 12.

⁴⁸ *Humane vitae*, op. cit., n. 12.

⁴⁹ *Humane vitae*, op. cit., n. 14.

⁵⁰ Per approfondire l’argomento: D. GOLEMAN, *Intelligenza emotiva*, BUR, Milano 1999; F. VEGLIA, *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce e la carezza*, Franco Angeli, Milano 2003; M. CHIODI, *L’handicap: la coscienza e le relazioni. Spunti per una riflessione etico-antropologica*, CVS, Roma 2007.

5. Gli immigrati affetti da disturbi mentali: nuova emergenza

L'aumento dei flussi migratori comporta un incremento del numero delle persone affette da disturbi psichiatrici. Questo fenomeno, destinato ad amplificarsi nei prossimi anni, è una nuova emergenza sociale ed etica.

Il distacco dalla realtà originaria, la mancanza di una abitazione, la difficoltà a comunicare, la disoccupazione e i problemi d'integrazione in un contesto socio-culturale completamente nuovo sono le ragioni più comuni che determinano negli immigrati una fragilità psichica. E questo soprattutto tra i più giovani.

Il nuovo scenario che si sta disegnando richiede la ridefinizione dei percorsi di cura, essendo quello tradizionale inadeguato per il differente sfondo sociale e culturale e per le difficoltà determinate anche dalle barriere linguistiche di operare un obiettivo ed esauriente scambio di informazioni indispensabili per la cura.

6. Quali comportamenti assumere verso il disagio mentale?

Giunti al termine della trattazione ci poniamo con discrezione e profondo rispetto alcune domande che dovrebbero favorire comportamenti positivi nei confronti di questi fragili.

Per un malato con un grave deficit psichico è possibile il reinserimento sociale? Quale contributo può offrire il singolo, la comunità civile e la comunità ecclesiale?

Fra Pierluigi Marchesi, già citato in precedenza, ci offre un consiglio. "Un figlio di San Giovanni di Dio, padre Benedetto Menni, fondò una Congregazione Religiosa femminile che finalizza il suo cammino in special modo ed eroicamente nella assistenza ai malati di mente. E lo stesso padre Menni nella 'restaurazione' dell'Ordine in Spagna privilegiò l'assistenza psichiatrica fondando numerosi istituti psichiatrici.

Riprendendo quel modello terapeutico, che fu detto dagli storici "metodo di dolcezza", noi abbiamo reinterpretato la riabilitazione come strumento di vera umanizzazione e non soltanto tecnica esecuzione di protocolli (...).

Le varie scuole di riabilitazione hanno oggi il merito di aver scoperto le infinite vie per aiutare il cosiddetto folle a poter rientrare nella cosiddetta normalità. Ma resta un pericolo. In quanto religiosi e credenti dobbiamo sentirci chiamati ad evitare di perdere e soffocare la soggettività del malato mentale. Presi dalle convinzioni teoriche dei modelli riabilitativi dobbiamo evitare di omologare tutti i pazienti in storie parallele o sovrapponibili seguendo maggiormente le devianze individuali più che le nostre proprie ricette tecnico-scientifiche.

L'uomo, anche il folle, è fatto ad immagine di Dio e va rispettato proprio per la sua debolezza estrema che ne costituisce la vulnerabile originalità. L'uomo è sempre fatto ad immagine di Dio soprattutto quando vengono in lui smarrite le

tracce fisiche e spirituali di quell'intelligenza sublime che ci ha creati proprio *ad imaginem et similitudinem suam*.

Oserei dire che se manca questa fede nel Dio debole e ferito, capace di soffrire nelle sue creature, viene a mancare il presupposto stesso della uguaglianza e della solidarietà tra uomini.

Se mi è consentito rivolgere un appello finale agli uomini di scienza ed ai politici interessati al tema, vorrei dire che il malato mentale oggi ha soprattutto bisogno di questo riconoscimento di Dio ferito che cammina in mezzo a noi.

Formiamo persone umane capaci di cogliere il suo grido e comprendere il suo gesto. Dio è in mezzo a noi nei folli, nei poveri diseredati, nella sofferenza così come nelle conquiste della scienza e nella gioia di vivere⁵¹.

Questi "strani", che abitano accanto a noi e che notiamo per i loro comportamenti originali lungo la strada, ci domandano di adottare nei loro confronti il "metodo della dolcezza", assumendo atteggiamenti positivi, superando l'irrazionale paura, mostrando disponibilità all'ascolto senza pregiudizi, aiutandoli a superare la solitudine. Per questo dobbiamo rivedere i nostri modi di accostarli e comunicare con loro. Solo se i nostri occhi saranno sensibili ci permetteranno di immedesimarci nella loro vita interiore, nel loro dolore e di vedere l'anima ferita in fondo ai loro occhi.

Suggerisce E. Borgna: "Nelle pazienti, e nei pazienti, che precipitano nella malattia mentale si intravede una disperata richiesta di aiuto che Bleuler definisce così: 'Accettami, ti prego, per l'amore di Dio, così come sono'. Immagine e metafora, della disperazione e della speranza, della inquietudine del cuore e della nostalgia di amicizia, e di amore, che sgorgano nelle anime ferite e torturate dalla malattia e dalla sofferenza, e che trovano sola consolazione nell'essere accolte e ascoltate con attenzione, e con partecipazione emozionale"⁵².

San Paolo, paragona la comunità ecclesiale, cioè la Chiesa, al corpo ed afferma: "quelle membra del corpo che sembrano più deboli sono più necessarie; e quelle parti del corpo che riteniamo meno onorevoli le circondiamo di maggior rispetto, e quelle indecorose sono trattate con maggior decenza, mentre quelle decenti non ne hanno bisogno" (1 Cor. 12, 22-24).

J. Vanier, filosofo e fondatore della comunità "Arche", dopo una vita trascorsa con i più fragili della società commentava: "Anche nella Chiesa le persone con handicap mentale non sono sempre onorate né viste come necessarie al corpo; troppo spesso sono considerate come insignificanti, oggetti di carità"⁵³ e concludeva motivando l'accoglienza che dobbiamo riservare loro: "A volte li si cura, ma senza vedere che è una grazia e una benedizione essere vicini a loro"⁵⁴.

E il documento di Caritas Italiana, citato in precedenza, identificava nella Chiesa, mistero di comunione, un "antidoto contro la grave carenza relazionale

⁵¹ P.L. MARCHESI, *Il ruolo della Chiesa nel trattamento dei malati mentali*, "Dolentium Hominum," 1997 n. 1, pg. 551.

⁵² E. BORGNA, *Le intermittenze del cuore*, Feltrinelli, Milano 2003, pg. 177.

⁵³ J. VANIER, *La force de la vulnérabilité*, In *ChriIstus* 178 (2008), pg. 194.

⁵⁴ *La force de la vulnérabilité*, op. cit.

di cui è vittima l'ammalato del nostro tempo, la quale favorisce lo sviluppo del disagio mentale e non ne permette la guarigione"⁵⁵.

La comunità cristiana, cioè l'insieme delle persone che sono unite dal debito dell'amore reciproco (cfr.: Rm. 13,8) devono vedere queste persone unicamente come "un dono a cui donare dolcezza".

⁵⁵ *Un dolore disabitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana*, op. cit., pg. 13.