

EDITORIALE

Lorenzo Toresini (guest editor), Giuseppe Corlito (editor)

Il binomio cura/controllo costituisce un nucleo centrale del campo disciplinare della psichiatria e più in generale delle scienze della salute mentale. Esiste certamente un mandato sociale per il controllo della devianza fin dall'origine stessa della psichiatria moderna, quando nell'ambito degli asili del grande internamento gli alienisti vennero incaricati di distinguere il folle dal reo [1]. Tale mandato è tutt'ora decisivo, basti pensare al dibattito attuale sulla questione del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. In parallelo esiste il mandato della cura della diversità psichica, che per certi versi sembra essere un'ingiunzione paradossale o una missione impossibile. Tutti i giorni chi sceglie di operare nel campo della salute mentale e dei servizi pubblici, gli psichiatri in primo luogo, è chiamato al compito più difficile, che contiene sia la nobiltà che la miseria della nostra professione: trasformare il mandato del controllo nel compito della cura. Basti considerare tutta la problematica terapeutica, sociale e medico-legale del trattamento sanitario obbligatorio, cioè dell'ossimoro della "cura obbligatoria". Queste considerazioni ci portano direttamente al cuore della questione trattata da questo numero monografico della rivista: il cuore istituzionale, piccolo, ma decisivo, dei nostri servizi di salute mentale, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura negli ospedali generali.

La coppia cura/controllo si costituisce all'epoca della fondazione della clinica sia medica che psichiatrica, che come è noto avviene nella stessa epoca storica di fondazione della modernità come noi la conosciamo, cioè la Rivoluzione Francese, con il medesimo padre, Pinel [2]. Lo stesso gesto di Pinel di liberare i folli dalle catene ed introdurre il più moderno gilet de force mantiene la stessa contraddizione [3]. Il suo perdurare a tutt'oggi, con i rischi sempre risorgenti delle pratiche manicomiali e segreganti, nonostante il lento declino del manicomialismo come fenomeno planetario [4], è proprio uno dei segni (o, se si vuole, delle stimmate) della permanente modernità, di cui la psichiatria sociale e il faticoso formarsi del campo della salute mentale di comunità [5,6] rappresenta soltanto la possibile alba di una nuova epoca. Con tutta probabilità tale dinamica rimanda anche ad una questione antropologica, la natura di animale sociale degli umani, la cui logica di gruppo contiene una "inevitabile" contraddizione tra esclusione ed inclusione [7]. Dunque, da qualsiasi punto di vista si osservi la questione, non si può sfuggire.

Il tema, che percorre il presente numero monografico, è antico e ci rimanda proprio a quelle origini: il trattamento morale con i suoi due cardini l'open door e il no restraint. Esso raccoglie alcuni padri fondatori della psichiatria (Pinel, Tuke, Connolly e il nostro Chiarugi), si è ripresentato in Italia all'epoca della lotta per il superamento del manicomio e rimane ancor oggi nell'ambito della gestione dei servizi ospedalieri dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Il numero raccoglie gli interventi tenuti al Convegno "SPDC porte aperte e no restraint: una realtà possibile", che si è svolto a Trento il 14 e 15 novembre 2013, con l'obiettivo di riproporre la centralità del tema e di chiamare a confronto le realtà italiane, che ne fanno concreta esperienza. È stato fondato un vero Club, che in autunno tornerà a riunirsi a Grosseto. Gli interventi sono stati "sbobinati", riscritti, revisionati e giungono qui alla pubblicazione, nel tentativo di fornire al lettore una panoramica tendenzialmente esaustiva di quanto viene fatto nella pratica italiana. Probabilmente qualche esperienza è sfuggita e questo potrà essere verificato nello sviluppo del lavoro futuro, ma il quadro emergente è che gli SPDC "di qualità" sono una minoranza nel panorama italiano, cosa del resto già nota dall'epoca della ricerca nazionale "Progress Acuti", da cui risultava che l'80% degli SPDC hanno le porte chiuse [8]. Come testimonia l'intervento di Maurizio Davi, che presenta la ricerca condotta a Trento pubblicata in volume, ci sono 18 SPDC a porte aperte e senza contenzione meccanica, a cui se ne aggiungono 7 dove non si pratica la contenzione, ma le porte non sono aperte sistematicamente. Vi sono paesi che non godono di una legislazione avanzata come la nostra in cui il sistema open door e no restraint è più diffuso che da noi (ad esempio l'Inghilterra), il che dimostra ancora una volta un "vizio" nazionale: "passata la festa, gabbato lo santo"; abbiamo tante leggi, in larga misura inapplicate con il furbesco aggiramento delle norme fondamentali. Ne è esempio la nostra Costituzione, nata dalla migliore stagione civile della nostra Patria, la liberazione dalla dittatura fascista. Il puntuale ed appassionato intervento del costituzionalista Daniele Piccione si incarica di dimostrare in punta di diritto come la Legge 180 del 1978 è la conseguente applicazione dell'articolo 32 della Costituzione e della sua cultura democratica, nonostante un pericoloso e unico scivolone della Corte Costituzionale a proposito del divieto della contenzione biomeccanica, che nei principi della Carta Costituzionale trova il suo fondamento. L'intervento del giurista Giandomenico Dodaro completa il quadro, facendo il punto sulla cosiddetta posizione di garanzia e sulle responsabilità "multilivello" nel fronteggiamento del paziente aggressivo. In particolare vengono sottolineate le responsabilità apicali in base alle deleghe delle Direzioni Generali della ASL, che non si possono sottrarre alle responsabilità oggettive legate ai limiti strutturali ed organizzativi che impongono con la loro politica di allocazione delle risorse. Egli sostiene che la porta chiusa non è dovuta per legge, ma è una norma cautelare discrezionalmente adattabile nelle realtà concrete. Seguono gli interventi di 9 diverse esperienze, da quelle "storiche" (Mantova, Trieste, Novara) al altre più consolidate (Grosseto, Merano, Pescia, Terni) a quelle più recenti (Trento, Venezia). Da esse emergono alcuni tratti comuni di natura strutturale (un numero ridotto di posti letto per SPDC e spazi sufficientemente ampi e vivibili, anche all'aperto), di organizzazione (legata soprattutto ad un numero sufficiente di operatori impiegati ed alla loro coesione come gruppo democraticamente funzionante) e di natura culturale (un'adeguata formazione anche in relazione al fronteggiamento dell'aggressività, alla pratica del lavoro di gruppo coi degenti contro la loro passivizzazione, all'utilizzo delle tecniche psicoterapeutiche e degli interventi psicoeducativi fino alla partecipazione degli utenti ed allo sviluppo delle dinamiche di auto-mutuo-aiuto). Balza agli occhi un quadro molto articolato di interventi, che dimostra in maniera invertita quanto aveva dimostrato la ricerca Progress, cioè che l'uso della contenzione fisica e della porta chiusa è inversamente proporzionale all'utilizzo di sistemi terapeutici [9]. Si tratta dunque di una questione culturale e terapeutica nel senso migliore del termine e non dell'adesione ad un credo ideologico, come in più interventi viene segnalato.

Il numero si chiude con un articolo originale sui costi del servizio di salute mentale dell'equipe della ALSS 12 di Venezia, il quale attesta un'attenzione alla nostra rivista che va oltre i confini regionali toscani, entro cui è nata. Questo ci permette di annunciare l'ulteriore rafforzamento del Comitato di Redazione, che è in procinto di

estendersi ad alcuni colleghi della rivista Psichiatria di Comunità e della Società Psicoanalitica Italiana.



Bibliografia

- [1] Foucault M. (1963) Storia della follia nell'età classica. Rizzoli, Milano
- [2] Foucault M. (1969) Nascita della clinica. Einaudi, Torino

- [3] Foucault M. (1997) *Malattia mentale e psicologia*. Cortina, Milano
- [4] De Salvia D. (1985) Teoria e utilizzazione dei sistemi informativi per la valutazione dei servizi psichiatrici. In: M. Tansella (a cura di), *L'approccio epidemiologico in psichiatria*. Boringhieri, Torino, pp. 139-168
- [5] Cardamone G., Zorretto S. (2000) *Salute mentale di comunità*. Angeli, Milano
- [6] Corlito G. (2007) Per una salute mentale di comunità: quattro priorità per cui lavorare. *Psichiatria di comunità*, VI, 3, pp. 139-145.
- [7] Basaglia F., Ongaro Basaglia F. (a cura di) (1975), *Crimini di pace*. Einaudi, Torino
- [8] Dell'Acqua G. et al. (2007) Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progres-Acuti". *Giornale italiano di PsicoPatologia*, 13, pp. 26-39
- [9] Gigantesco A. et.al. (2007) The process of care in general hospital psychiatric units: a national survey in Italy. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 18, pp. 509-518