

Memoria dell'Associazione Italiana di Psicologia sulle proposte di legge recanti "Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica".

Audizione XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei Deputati (20.05.2010).

Le proposte di legge in oggetto condividono l'obiettivo di una revisione della legislazione vigente in materia di assistenza psichiatrica e si propongono il superamento della Legge 180/78 o una sua parziale modifica mediante l'integrazione o la sostituzione di singoli articoli. L'Associazione Italiana di Psicologia riconosce la necessità di interventi legislativi atti a migliorare l'intervento terapeutico e le procedure di inserimento sociale delle persone con disturbo mentale, e nello stesso tempo a prevenire le situazioni di pericolo o di ulteriore disagio che per i pazienti, i loro familiari e l'intera collettività possono manifestarsi all'interno di un complesso percorso riabilitativo. Ritiene tuttavia che l'impianto culturale e propositivo della Legge 180/78 debba essere confermato e che non sia auspicabile il ritorno ad una assistenza psichiatrica che si proponga il contenimento e l'isolamento dei malati, senza alcuna distinzione tra i diversi profili nosografici e i diversi comportamenti patologici, e riducendo le possibilità di un recupero pieno.

Il presente contributo non discute nel dettaglio le singole proposte di legge, ma si propone di offrire un commento d'insieme ad alcuni temi trasversali.

1) In tutti i progetti di legge in esame, la dimensione organizzativa e terapeutica appare confinata agli interventi di urgenza, alle procedure di coercizione del malato e ai trattamenti farmacologici. Pur riconoscendo la rilevanza dell'intervento di urgenza e dell'esercizio della coercizione quali strumenti indispensabili in particolari fasi della malattia, non appare comprensibile la focalizzazione su urgenza e coercizione quali elementi organizzativi dell'attività dei Dipartimenti di Salute Mentale a scapito della prevenzione primaria e secondaria, della ricerca di compliance da parte dei pazienti e delle famiglie, dell'investimento sulla promozione della salute e del benessere quale fattore di protezione rispetto allo sviluppo e al mantenimento dei disturbi psicopatologici.

Da tempo la letteratura scientifica internazionale in campo psichiatrico e psicologico ha individuato la dimensione eziologica di gran parte delle psicopatologie nella interazione fra elementi di vulnerabilità biologica che precipitano in condizioni di rilevanza clinica in presenza di fattori di stress psicologico e sociale che determinano la gravità delle manifestazioni patologiche e l'accessibilità ai servizi con mansioni di cura. Anche nelle psicopatologie a prevalente eziologia organica, gli elementi fondamentali di un trattamento volto al perseguimento di una adeguata compliance oppure all'intervento sulla gravità dei sintomi sono sempre l'investimento sulla relazione fra l'equipe clinica e il paziente e la sua famiglia e l'attenzione alla complessità dei bisogni individuali che non può limitarsi al controllo sociale oppure alla lisi dei sintomi. In sintesi, la focalizzazione sull'intervento di urgenza deriva da una rappresentazione sociale della pericolosità della malattia mentale enormemente sovradimensionata rispetto alle sue dimensioni effettive e impedisce la messa a fuoco di efficaci strategie organizzative e azioni cliniche volte ad interventi di prevenzione, trattamento e sostegno ai malati e alle loro famiglie. La natura eterogenea delle psicopatologie e delle loro manifestazioni nei diversi contesti sociali suggerisce al contrario

soluzioni che siano articolate e flessibili nella loro struttura funzionale, e comprendano molteplici contenuti disciplinari.

2) Tutti i progetti di legge in esame condividono il carattere centrale ed esclusivo della figura del medico psichiatra (o del neuropsichiatra infantile in caso di disturbi mentali in età evolutiva) quale attore dell'intervento terapeutico. Solo la proposta di legge n. 1423 (Guzzanti et al.) indica la figura dello psicologo tra i componenti dell'"organico del dipartimento di psichiatria" (art. 2, comma 2); in nessun caso però si è riscontrato un riferimento al suo specifico ruolo nell'ambito delle strutture assistenziali nelle fasi di valutazione e trattamento, alle prassi psicoterapeutiche, alla ricerca psicologica e psicologico clinica volta ad acquisire conoscenza e a suggerire nuove soluzioni applicative. La psicologia è una disciplina scientifica autonoma che dispone di specifiche competenze per la diagnosi e la terapia dei disturbi mentali e che ha maturato esperienze e conoscenze che giustificano l'assunzione di responsabilità nei gruppi di lavoro e nelle commissioni istituzionali e di controllo. All'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, indipendentemente dall'impianto organizzativo ipotizzato, la figura dello psicologo non può essere ignorata o relegata ad un ruolo di supporto operativo dell'azione medica.

L'omissione del riferimento alla psicoterapia appare molto grave alla luce delle numerose risoluzioni europee (e.g. European Pact for Mental Health and Well-Being, 2008) e di tutte le evidenze scientifiche presenti nella letteratura internazionale che mostrano l'efficacia della psicoterapia nella cura di molte psicopatologie e nel trattamento dei disturbi a chiara o prevalente eziologia organica. La domanda di psicoterapia presso i Dipartimenti di Salute Mentale in questi anni è diventata sempre più frequente. A questo incremento sembrano concorrere fattori di ordine scientifico (la psicoterapia è indicata per molti disturbi di personalità; la sua efficacia è paragonabile a quella dei farmaci in molti disturbi dell'umore e di ansia; costituisce un complemento indispensabile per molti disturbi psicotici) e fattori di ordine economico (psicoterapie efficaci riducono i costi dei trattamenti farmacologici e riabilitativi, anche in regime di ricovero ospedaliero, ma sarebbero inaccessibili per una vasta fascia di popolazione se fossero delegate al sistema privato).

3) Nei diversi progetti di legge, sebbene con accenti e sfumature differenti, vi è l'assunto che il sistema della salute mentale in Italia non sia in grado di affrontare adeguatamente i bisogni di cura e le necessità di tutela sociale della collettività. Ciò può essere parzialmente vero ma è opportuno ricordare che il territorio italiano è caratterizzato da prassi organizzative e assistenziali molto disomogenee e che l'applicazione delle norme attualmente in vigore è complessivamente incompiuta in gran parte del territorio italiano. Ciò nonostante, nelle diverse regioni esistono prassi organizzative e cliniche particolarmente efficaci ed efficienti, in attuazione all'attuale legislazione, che potrebbero, con lievi modifiche dell'impianto legislativo, essere esportate su tutto il territorio nazionale a salvaguardia degli assunti epistemici della prevenzione, della cura e della riabilitazione. Al di là di alcune enunciazioni di principio, peraltro contenute solo nella proposta di legge n. 919 (Marinello et al.), in tutti i progetti in esame l'accento è sempre posto sui luoghi piuttosto che sui contenuti e sui metodi della cura. Questo approccio che sembra assumere la nozione di incurabilità del disagio psichico ha conseguenze inevitabili: (i) confinare le competenze professionali dello psichiatra e del neuropsichiatra alla gestione delle strutture e degli spazi; (ii) cancellare le esperienze, le competenze, i successi ottenuti dall'intervento psicologico e psicoterapico; (iii) incrementare i costi della residenzialità psichiatrica a svantaggio di altre soluzioni terapeutiche; (iv) generare la sfiducia del paziente e dei famigliari rispetto alla possibilità di ottenere aiuto dai servizi di salute mentale.

I diversi progetti di legge sembrano ritenere che l'aspetto più saliente dell'intera questione psichiatrica sia rappresentato dall'impossibilità di poter ricorrere all'allontanamento coatto (temporaneo e/o definitivo) dal nucleo famigliare del congiunto affetto da psicopatologia. Ciò è solo parzialmente vero. Se da un lato esistono situazioni in cui i famigliari si sentono costretti a

convivere con un malato pericoloso o difficile, dall'altro ne esistono molti di più che valutano le cure ricevute come insufficienti per poter supportare il proprio congiunto nella quotidianità presso il domicilio. Vale a dire che ad un familiare che non riesce a trovare soluzioni rispetto ad una convivenza forzata con un parente malato corrispondono (in misura enormemente superiore) famiglie che vorrebbero vedere la condizione del proprio congiunto trattata in maniera tale da non dover incorrere in dolorose, traumatiche e spesso inutili separazioni forzate. La messa a fuoco delle prassi di allontanamento, dei luoghi in cui attuarlo e dei tempi di ricovero rischia di compromettere l'attenzione sul principale aspetto della questione che è la restituzione del malato a condizioni di relazionalità, socialità e produttività economica compatibili con l'attuale organizzazione sociale.

4) Nei progetti di legge esaminati, il riferimento alle Università è spesso semplicistico e incompleto. Innanzitutto non sono presi in considerazione i ritardi delle facoltà mediche (fatte salve alcune esperienze utili e proficue) nel superare la prevalente dimensione ospedaliera e farmacologica, o l'alternativa privatistica ambulatoriale, a favore dello sviluppo di teorie, tecniche e prassi operative applicabili nella strutturazione dei servizi secondo una logica territoriale. In secondo luogo, è completamente trascurato l'apporto formativo fornito a psicologi, psicologi clinici e psicoterapeuti (anche di provenienza medica) che proviene dalle Facoltà di Psicologia e che non può essere ridotto a imprecisati "seminari obbligatori, svolti anche con l'uso di strumenti audio-visivi, gestiti da docenti diplomati nell'approccio empatico e umanistico" (proposta di legge n. 1423, art. 1, comma 3). Sulla base di queste considerazioni, sarebbero auspicabili l'estensione alle Facoltà di Psicologia della convenzione con il SSN per l'assistenza e una revisione dei percorsi formativi dei medici specialisti in NPI e Psichiatria verso la dimensione territoriale dei servizi assistenziali. Si potrebbero così rafforzare gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione presso il domicilio e nel territorio, e perseguire gli obiettivi di restituzione del malato alla produttività sociale ed economica. Un maggiore legame formativo e clinico fra Università e Dipartimenti di Salute Mentale Territoriale è auspicabile al fine di:

- sviluppare la ricerca scientifica sul campo e nei contesti reali di cura;
- implementare le competenze dei clinici (psichiatri e psicologi) necessarie all'esercizio della cura in una dimensione territoriale;
- incentivare le buone prassi evidence-based;
- ampliare le possibilità di intervento psicoterapico;
- investire sulla prevenzione e sul reinserimento sociale.

5) Nei progetti di legge esaminati si accenna ad un coinvolgimento delle scuole di ogni ordine e grado per l'individuazione precoce delle situazioni di rischio psico-patologico. Tale coinvolgimento appare improprio e, di fatto, sembra voler eliminare la figura dello psicologo scolastico. Non è assolutamente condivisibile l'ipotesi di assegnare una funzione diagnostica agli insegnanti (proposta di legge n. 2831, art. 2, comma 2) e neppure quella di effettuare controlli medici in ambito scolastico "atti a individuare le patologie organiche potenzialmente in grado di provocare alterazioni psichiche" (proposta di legge n. 919, art. 14, comma 2, lettera a). Nel contesto di questi progetti di legge, inoltre, risultano incomprensibili sia prevedere un "esame volto a identificare gli alunni che, per particolari doti di creatività o per quozienti di intelligenza al di sopra della media, possono beneficiare di interventi didattici specifici e di livello superiore a quello del corso frequentato" (proposta di legge n. 919, art. 14, comma 2, lettera d), sia vietare "analisi psicologiche finalizzate a inquadrare gli studenti in categorie stereotipate" non ben precisate (proposta di legge n. 919, art. 14, comma 3). A questo scopo è opportuno ricordare che le attività dello psicologo nell'ambito scolastico sono specificamente volte alla promozione degli apprendimenti, della salute e del benessere degli utenti e degli operatori della scuola, e che è compito della ricerca psicologica nella scuola prevenire e identificare tempestivamente l'insorgere di disturbi dell'apprendimento e dello sviluppo e del disagio socio-emotivo, aiutare gli studenti in difficoltà, mettere a punto

strumenti e modalità didattiche innovative e valutarne la validità, nonché, a livello di secondaria, orientare gli studenti alla scelta dell'ordine di studi e della facoltà universitaria.

Lettera di invito inviata al Presidente AIP dalla Commissione della Camera

Egregio Presidente,

la XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati sta esaminando le proposte di legge recanti “Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica” (C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccio, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi e C. 3038 Garagnani), consultabili sul sito internet www.camera.it.

La Commissione, al fine di approfondire le tematiche oggetto delle citate proposte di legge, ha convenuto di svolgere alcune audizioni informali, tra cui quella di rappresentanti dell'Associazione, da Lei presieduta.

Tale audizione informale è prevista per giovedì 20 maggio 2010, alle ore 14, presso l'aula della XII Commissione della Camera dei deputati (ingresso Piazza del Parlamento 24).

A tal fine, Le chiedo gentilmente di comunicare alla segreteria della Commissione (tel. 06 67603850/4738, fax 06 67602546), entro la giornata di mercoledì prossimo, i nominativi dei partecipanti alla audizione.

Le faccio inoltre presente che sarebbe di particolare utilità per la Commissione una sintetica memoria scritta sulle questioni oggetto dell'audizione.

RingraziandoLa anticipatamente per la Sua disponibilità, colgo l'occasione per inviarLe i miei più cordiali saluti.

Giuseppe Palumbo

Prof. Roberto CUBELLI

Presidente dell'Associazione italiana di psicologia (AIP)