

CAPITOLO I CENNI STORICI

1.1 STORIA DELLA PSICHIATRIA: LE RADICI ALLA BASE DEGLI ATTUALI SISTEMI DI CURA

Il primo a trattare la malattia mentale fu Ippocrate nel IV secolo a.C.: secondo lui il malato mentale e la sua condizione non dipendevano da interventi divini, ma semplicemente da circostanze della vita umana. Dal II-III secolo d.C. e fino al XIV¹ secolo circa, fu diffusa la credenza che il disturbo mentale fosse uno “squilibrio umorale” del cervello, pertanto gli si attribuiva una causa organica, localizzandone l’origine nel sistema nervoso. In contrapposizione e contemporaneamente a questa visione, emerge una spiegazione magica del disturbo mentale, secondo cui esso veniva causato spesso da oggetti o animali. Oltre a questa si diffuse una concezione religiosa, secondo cui la follia era legata alla possessione demoniaca, e che prevedeva la necessità che il malato venisse purificato, ovvero bruciato per liberarlo del demone che era in lui.

La malattia mentale era, pertanto, considerata inguaribile e la società non era in grado di convivervi. Questo comportava la segregazione dei folli, ritenendola l’unico modo possibile per poter salvaguardare il resto della società. Infatti ancora intorno al XVII secolo, il folle veniva considerato come il criminale e il povero, una vera e propria minaccia alla quiete pubblica.

Sul finire del Settecento, si sviluppò un ampio interesse nei confronti delle nevrosi e delle psicosi: malattie mentali che condussero all’istituzione di piccole case di cura private. Ciò accadde grazie a

¹ Cfr. Ackerknecht, H.E. *Breve storia della psichiatria*, Massari, Bolsena 1957

quel grande movimento conosciuto come l'Illuminismo, che diede impulso alle ricerche sociali, che portarono a soluzioni volte alla cura e alla prevenzione in campo sanitario del vero e proprio disturbo mentale.

Nell'Inghilterra dell'800, a seguito di accurate indagini, anche alla luce dell'affermazione dei diritti dell'uomo e del cittadino diffusisi con la Rivoluzione francese, si decise di chiudere gli esistenti istituti di segregazione istituendo i manicomi.

Contemporaneamente anche in Francia le indagini di Philippe Pinel portarono all'istituzione del manicomio. È grazie a Pinel che il folle non venne più considerato come un animale da addomesticare, bensì come un malato da curare. Da ora in poi l'istituzione del manicomio si sarebbe diffusa in tutta Europa.

In seguito, si sperimentano varie metodologie e strumenti terapeutici, tra cui elettroshock, docce ghiacciate, diete sbilanciate, isolamento e contenzione fisica.

In Italia la prima Legge manicomiale fu presentata nel 1904 da Giolitti (n. 36: Legge sui manicomi e sugli alienati), grazie a cui venne istituito l'Ospedale Psichiatrico e il ricovero per i "matti pericolosi", regolamentando contemporaneamente i manicomi. I manicomi, in quel periodo storico, erano istituzioni di grandi dimensioni che ospitavano migliaia di malati. Erano ubicati nelle periferie delle città, in zone tranquille; erano organizzati in modo autonomo e presentavano padiglioni separati da aree verdi: una specie di villaggio chiuso separato dalla città. Al loro interno, i malati mentali venivano suddivisi in base al loro comportamento. Un elemento di estrema importanza fu la regolamentazione del ruolo dell'infermiere all'interno delle strutture fondate. La regolamentazione prevedeva anche che l'infermiere professionista potesse utilizzare dei mezzi coercitivi, sotto autorizzazione del medico, qualora la situazione lo richiedesse. Il suo ruolo fondamentale rimaneva la sorveglianza e la custodia. A differenza del manicomio, l'ospedale psichiatrico si era posto come

obiettivo quello di restituire dignità ai pazienti, che solamente più avanti, con la Legge Basaglia, si riuscì effettivamente a raggiungere.

Una tappa molto importante che cambiò in modo radicale il trattamento dei pazienti psichiatrici avvenne intorno agli anni '40-'50 del Novecento, quando si cominciarono ad utilizzare i primi psicofarmaci. Nel 1952, grazie a Henri Laborit (1914-1995) ed altri medici psichiatri francesi, iniziò il trattamento farmacologico della schizofrenia grazie allo sviluppo della clorpromazina, principio attualmente usato come neurolettico. Nel giro di pochi anni, le metodologie più drastiche e dolorose furono quindi sostituite dal nuovo farmaco CPZ, riconosciuto come il primo psicofarmaco per la cura delle malattie mentali. Oltre alla terapia farmacologica, si è andato sempre più percependo la necessità di sviluppare ed attuare un vero e più ampio progetto terapeutico per il malato mentale.

A cominciare dall'immediato secondo dopoguerra, la scuola comportamentista diede origine a nuove forme di psicoterapia. A seguito dell'utilizzo dei nuovi farmaci e psicoterapici, si chiusero i manicomi con lo scopo di integrare il "diverso" nella società.

Ciò che esiste oggi in Italia, è il risultato di un lungo cammino, di sviluppi ed evoluzioni, di un periodo di profondi cambiamenti che hanno caratterizzato la società.

Il superamento dell'istituzione manicomiale, avvenne grazie alla Legge Basaglia del 1978, che rappresenta l'epilogo di un processo che affondava le sue radici nella Costituzione italiana, il cui obiettivo principale è attribuire dignità al cittadino.

Tra i vari cambiamenti sociali e legislativi precedenti alla Legge Basaglia, va annoverata la Legge n. 431 del 1968, che prese il nome di Legge Mariotti, in cui erano state istituite tre azioni innovative:

- 1- All'articolo 4 consentiva il ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico senza la perdita dei diritti civili;
- 2- Introduceva i Centri di igiene mentale (CIM);

3- Finanziava l'ampliamento del budget per il personale medico e psicologico a spese dello Stato.

Finalità della Legge Mariotti era rendere più dignitose le condizioni di vita del cittadino, mantenendo dignità e volontà di quest'ultimo.

È con questa Legge che vengono individuate le professionalità mediche e sanitarie che dovevano essere presenti in ciascuna struttura.

Con essa l'obiettivo divenne curare e non solo custodire e sorvegliare.

Ad oggi, sono stati istituiti i Dipartimenti di Salute Mentale presso le ASL: si tratta di strutture organizzative ed organi di coordinamento, suddivisi a loro volta in altri dipartimenti che rispondono alle più diverse esigenze. Essi si suddividono in:

- Centri di salute mentali;
- Ambulatori per l'assistenza territoriale e domiciliare;
- Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC);
- Day Hospital;
- Centri diurni per la riabilitazione in regime semiresidenziale e residenziale;
- Servizi psichiatrici ospedalieri di supporto.

Il dipartimento di salute mentale, si rivolge alle utenze con necessità di gestione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. Le attività previste sono di tipo terapeutico, riabilitativo, risocializzanti e sociali.

Nel CSM viene effettuata l'attività di accoglienza, ascolto ed elaborazione del programma terapeutico. L'educatore all'interno del CSM effettua visite domiciliari volte all'autostima, osservazione della sintomatologia del paziente e della famiglia, osservazione dell'ambiente familiare e ambientale, sostegno e stimolo del paziente, sostegno e ascolto della famiglia del paziente.

L'educatore inoltre, garantisce la capacità di soddisfare autonomamente i propri bisogni, aiuto nel rapporto con la realtà, interviene a sostegno della famiglia.

Nel servizio psichiatrico diagnosi e cura (spdc), vengono gestiti i pazienti on il massimo scempenso psicologico e patologico. I ricoveri possono essere volontari o concordati con il CSM. Importantissimo è la corretta gestione delle terapie farmacologiche, monitoraggio, trattamento e collaborazione in équipe.

Per quanto riguarda il Day Hospital, parliamo di una struttura residenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine.

All'interno del centro diurno, invece, vediamo un'accoglienza giornaliera di 8 ore per 5 giorni alla settimana, che permette lo svolgimento, in regime semiresidenziale, di programmi terapeutico-riabilitativi volti al recupero e alle abilità del paziente. È una struttura che volge alla socializzazione e risocializzazione di gruppo, attività manuali e psicomotorie.

La struttura residenziale, invece, risponde ai bisogni di medio e lunga assistenza e recupero di capacità in residenze protette. Essa vive la quotidianità e cerca di recuperarla, così come si vuole recuperare l'attività di relazione sociale e con il mondo. Con l'educatore c'è un rapporto 1 a 1.

All'interno delle diverse strutture possono essere effettuate molteplici forme di interventi. Per esempio, in psichiatria, esistono i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) che si distinguono in:

- Non coattivi, ovvero quando la legge parla solo di obbligo, come per esempio nel caso delle vaccinazioni: sono trattamenti che non possono essere imposti con l'intervento della forza pubblica e sono sanzionati indirettamente;
- Coattivo, ovvero quando il trattamento può essere imposto anche contro la volontà del paziente che si rifiuti di curarsi, in caso di malattie mentali e malattie infettive.

Il TSO si effettua sia in ambito extraospedaliero sia in ambito ospedaliero. Il trattamento si realizza sempre su richiesta del medico a cui segue l'ordinanza del Sindaco entro 48 h, e successivamente la

convalida da parte del medico del servizio sanitario nazionale, la notifica al giudice tutelare e l'invio di due certificati a chi effettua il TSO.

Solitamente la durata del trattamento è di 7 giorni, alla fine dei quali può cessare o essere prorogato, nel caso in cui il paziente non abbia raggiunto un equilibrio psichico. In tal caso si dovrà fare una nuova richiesta motivata al Sindaco.

1.2 IL DIRITTO ALLA SALUTE E LA CONVENZIONE DI OVIEDO

Nel corso del tempo, il concetto di salute è cambiato. Nel XIX secolo, essere in salute significava assenza di malattia, malattia che al tempo era spesso letale. Dal 1900 al 1947 il concetto di salute si amplia, e si va a valutare, comunque soltanto, il benessere fisico.

Nel 1948 l'OMS dà questa definizione di salute: "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente assenza dello stato di malattia o infermità". La salute diventa, perciò, un diritto fondamentale dell'uomo.

Nel 1997, alla Convenzione di Oviedo, il Consiglio d'Europa proclama la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano rispetto alle applicazioni della biologia e della medicina.

La convenzione di Oviedo è un trattato che entra in vigore due anni più tardi e ad esso non aderiscono 5 Stati membri: Gran Bretagna, Germania, Belgio, Austria e Svizzera.

L'Italia, invece, ha recepito la Convenzione attraverso la legge del 28 marzo 2001 n.145, ma non ha ancora predisposto gli strumenti per adattare l'ordinamento giuridico italiano ai principi e alle norme della Convenzione e dei protocolli.

La Convenzione di Oviedo è strutturata in 14 capitoli contenenti 38 articoli. Importante è il preambolo, che chiarisce le motivazioni che hanno ispirato la stesura del trattato.

Tale trattato parte dall'idea che l'interesse dell'essere umano deve prevalere sull'interesse della scienza o della società. Nel preambolo si indicano una serie di principi e di divieti concernenti la genetica, la ricerca medica, il consenso della persona interessata, il diritto al rispetto della vita privata ed il diritto all'informazione, il trapianto di organi e l'organizzazione di dibattiti pubblici su queste problematiche.

Alla convenzione sono stati aggiunti tre protocolli:

- a. Un protocollo sul divieto di clonazione, adottato a Parigi il 12 gennaio 1998;
- b. Un protocollo che ha per oggetto l'adozione di regole per il trapianto di organi e tessuti tra umani, adottato a Strasburgo il 4 dicembre 2001;
- c. Un protocollo sulla ricerca biomedica, sottoscritto a Strasburgo il 25 gennaio 2005.

L'Italia ratificando la Convenzione di Oviedo nel 2001, ha stabilito che “i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la propria volontà, saranno tenuti in considerazione.” Infatti, secondo il Comitato per la Bioetica, l'azione di violare la volontà espressa dal paziente qualora egli non sia più in grado di intendere, è punibile penalmente.

Gli articoli che si trovano all'interno del trattato, riguardano in modo specifico questi aspetti.

Nel primo capitolo seguono le disposizioni generali, dove “l'interesse e il bene dell'essere umano debbono prevalere sul solo interesse della società e della scienze” (art.2). All'interno del secondo capitolo, si osserva la regola generale: “Un intervento nel campo della salute non può essere

effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso." (art.5). Negli articoli che seguono dei diversi capitoli, si affrontano temi quali: la protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso, la tutela delle persone che soffrono di un disturbo mentale, desideri precedentemente espressi, la vita privata ed informazioni.

1.3 TESTAMENTO BIOLOGICO

Il Testamento Biologico è una dichiarazione in cui vengono espresse le volontà del paziente fornite in condizioni di accertata lucidità, rispetto ai trattamenti a cui acconsente di essere sottoposto in caso di malattie invalidanti o lesioni cerebrali che ne vanno a determinare l'incapacità ad esprimere il consenso. L'esigenza di un Testamento biologico nasce dalla richiesta di far rispettare la libertà di essere o non essere sottoposti a cure, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione, qualora non ci si ritrovi in condizioni che permettano di manifestare la propria volontà nel momento specifico.

In particolare si fa riferimento a:

- Condizione di fine vita, cioè quando una malattia è giunta ad uno stato per cui la prognosi è infausta e si presuppone ragionevolmente che la sua evoluzione prossima non possa essere che la morte;
- Condizione in cui è compromessa l'autonomia funzionale, e la sopravvivenza è assicurata da supporti assistenziali e di cura, i soli in grado di mantenere e prolungare la vita.

Bisogna prestare molta attenzione alle circostanze e alle regole con cui il testamento prende forma per essere applicato. Le finalità per cui si redige il Testamento si dividono sulle procedure di applicazione, che si possono sintetizzare in “quando e come lasciar morire” e in “quando e come far morire”. Queste procedure portano quindi all'eutanasia.

Per questo, è fondamentale comprendere che il Testamento Biologico non va interpretato solo come una difesa dall'aggressività della medicina, ma deve anche essere la manifestazione della consapevolezza che le conseguenze di un rifiuto delle cure possono vanificare le vere ragioni che lo hanno determinato e cioè la tutela della dignità umana².

In Italia non è ammessa l'eutanasia e altri modi per ricorrere alla morte sono comunque configurabili come omicidio colposo o preterintenzionale sulla base di interpretazioni medico legali. Altri modi per ricorrere alla morte sono la sospensione delle cure oppure la somministrazione di farmaci in dosi diverse rispetto a quelle stabilite, definibili come eutanasia mascherata. In caso di estrema sofferenza si può ricorrere a cure palliative, che possono avere tra gli effetti secondari un rischio elevato di morte, considerato, in questo caso, lecito, ma allo stesso tempo, però, non è escluso che il caso possa essere considerato omicidio colposo o preterintenzionale.

² Per approfondire consulta Legge 22 dicembre 2017, n.219 e DM 10 dicembre 2019, n.168

Storicamente il problema fu posto già dalla Chiesa nel 1954, quando Pio XII diede l'approvazione alla somministrazione di dosi letali di farmaci al malato che lo richiedesse per il controllo del dolore incoercibile, e non per porre fine con la morte alle sofferenze.

A questo punto è importante introdurre il concetto di accanimento terapeutico, ovvero la somministrazione di terapie non finalizzate alla guarigione ma volte semplicemente al mantenimento in vita del paziente. Secondo il Movimento per la vita italiano, quando si parla di accanimento terapeutico, si intende l'ostinazione, ormai inutile, a proseguire le cure, considerate inutili in quanto non migliorano la qualità della vita del paziente e non ne impediscono tantomeno la morte.

Il Testamento Biologico, in un certo senso va contro l'etica e la responsabilità del medico. Il Testamento biologico, fondamentalmente, pone il curante di fronte a un dilemma etico: il curante non può disattendere ciò che è stato disposto dal paziente, ma anche il curante tende a rispondere alla propria etica. Affinché questo testamento sia valido, deve essere redatto dal paziente in condizioni di lucidità mentale, così da poter creare e consolidare un'alleanza terapeutica tra paziente e medico.

Comunque in Italia, a livello legislativo almeno fin ora è necessario tener conto della corrente di pensiero che fa capo alla Chiesa cattolica che intende escludere l'intenzione di condurre alla morte con l'applicazione di comportamenti medici potenzialmente letali.

Affinché il Testamento biologico sia eseguibile, occorre il verificarsi dell'accertata irreversibilità del coma, data da un perdurare di esso di almeno un anno. Al termine di questo anno va valutata l'irreversibilità o meno di questo stato, e si è obbligati ad andare incontro alla volontà espressa dal paziente nel Testamento biologico di sospendere qualsiasi cura, continuando i soli interventi assistenziali nutritivi e idratatori.

Il coma è una condizione che insorge in seguito ad una patologia traumatica che interessa l'encefalo. Questo trauma fa sì che il paziente entri in uno stato di incoscienza, privo di capacità relazionali con l'ambiente; pertanto va tenuto sotto controllo e i parametri vitali del paziente richiedono il sostegno da parte di macchinari. Permane la mancanza di consapevolezza di sé e di relazione con l'ambiente e si riversa in uno stato vegetativo.

Lo stato vegetativo è un processo che ha una durata variabile e più si protrae nel tempo meno sono le possibilità di recupero.

Un paziente che si trova in coma, viene tenuto in vita con cure farmacologiche e il controllo del metabolismo globale. La nutrizione prevede la somministrazione di preparati contenenti proteine, zuccheri e grassi. L'idratazione si basa, invece, su soluzioni polisalini. Le somministrazioni avvengono tramite un sondino gastrico.

La farmaco-nutrizione è una vera e propria cura, e nel caso dovesse essere interrotta, non si può più assicurare una lunga sopravvivenza del paziente.

In ambito psichiatrico, il Testamento biologico ha validità solamente nel caso in cui si possano verificare e soddisfare determinati requisiti, quali:

- Capacità di comprendere le informazioni essenziali;
- Capacità di elaborare razionalmente le informazioni;
- Capacità di valutare la situazione e le probabili conseguenze di una scelta;
- Capacità di comunicare una scelta.

Queste condizioni sono suggerite dalla Consensus Conference del 1998.

Ciò che stabilisce la validità del Testamento, sono proprio le condizioni del momento in cui viene redatto che dipendono dallo stato psicopatologico, dalla capacità di intendere, di critica e di giudizio. A questo proposito si fa una differenziazione a cui riferire il singolo paziente: