

UTILITÀ DELLA COAZIONE BENIGNA

Gemma Brandi

Psichiatra psicoanalista

Consulente Psichiatra del Ministero della Giustizia

Responsabile Salute Mentale Adulti Firenze 4

Grazie, professor Marigo, grazie e ancora grazie per le sue gentili parole.

Non posso che esprimere riconoscenza, per essere oggi qui, ai generosi organizzatori di un simposio tanto appagante. Nessuno me ne vorrà, ne sono certa, se esprimerò una gratitudine speciale al professor Carlo Andrea Robotti per il richiamo pervasivo al lavoro interdisciplinare e a quel suo “sporcarsi le mani” ricordato dal professor Marigo e a lungo rifuggito dagli psichiatri che, sempre il chiarissimo moderatore, ha definito classici. Il professor Robotti, che ho avuto la buona ventura di conoscere a Londra in un ormai lontano 1997, era uno che fin da allora si sporcava le mani con questi argomenti, era un direttore di dipartimento di salute mentale disposto a fare, e bene, delle perizie, ma anche curioso, scientificamente curioso e attento ai temi emergenti della trasgressione psicopatologica. Mi esprimo così perché già all’epoca mi occupavo dei problemi che il convegno sta affrontando e, trovare qualcuno qua e là per l’Italia, fra gli psichiatri accademici o gli psichiatri del territorio, disposto a prestare ascolto alla materia, era purtroppo raro e forse anche per questo sinceramente benvenuto.

Ringrazio poi la Regione Trentino Alto Adige che per la terza volta mi ospita per approfondire tali questioni. Sono venuta in Alto Adige dapprima nel 2001, su invito del dottor Rodolfo Tomasi, direttore del dipartimento di salute mentale [DSM] di Bolzano, per una docenza all’interno di un corso di formazione da lui organizzato in maniera perspicace e originale, a valle del varo del D.L. 230/99 di passaggio della sanità penitenziaria alla sanità pubblica -legge che non ha poi avuto attuazione. Si trattava di un insegnamento destinato a operatori del DSM e del carcere congiuntamente. Sono tornata l’anno scorso, in maniera diciamo abbastanza rocambolesca ma interessante, a Merano e ora sono qui ad Arco, per la prima volta nella provincia di Trento, per la prima volta in Trentino. L’attenzione di questa Regione è per me lusinghiera e fonte di speranza.

Proverò a non essere falsa modesta: lavoro nelle istituzioni penitenziarie dal 1981, credo di avere una esperienza consolidata nel settore, una competenza che mi sono guadagnata sul campo. Il fatto che le Province Autonome di Bolzano e Trento riconoscano il peso di esperienza e competenza non può che deporre a favore della serietà dei programmi e dei progetti che saranno qui formulati e avanzati.

Sottolineava poco fa il consigliere Lanza il carattere pachidermico delle norme, di norme che sembrano arrivare sempre troppo tardi. Mi aveva appena prima allungato un ritaglio di giornale in cui si annunciava quanto il Ministero della Salute, per il tramite del dottor Marco D'Alema, Consigliere per la salute mentale del Ministro, starebbe facendo per migliorare standard terapeutici e assistenziali nelle strutture penitenziarie. Leggendo quanto i quotidiani riportano c'è di che essere smarriti, a me almeno capita di esserlo nell'imbattermi regolarmente in grida apocalittiche, da grande titolo giornalistico o da salotto di *Porta a porta*: "Chiuderemo gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari [OPG]! Abatteremo l'ultimo muro!". Sono dell'idea che, quello che manca e quello che è mancato forse, professor Marigo, anche alla Commissione Nordio, è la presenza di persone esperte e competenti laddove siano da fornire contributi scientifici fondati sulla pratica. Il problema grave in questo settore, ma direi a tutti i livelli, consiste in uno scollamento tra le pratiche e le teorie. Cosa accade in genere? Il legislatore nella migliore delle ipotesi convoca le società scientifiche accreditate, per definizione depositarie della scienza nei vari ambiti. Il professor Marigo ha elencato le quattro associazioni chiamate a quel tavolo, che però nello specifico settore non avevano e non hanno esperienza e competenza sufficienti. Il tema che oggi svilupperò, l'utilità della coazione benigna, è una teoria che ho mutuato dalle mie pratiche. Senza dubbio le pratiche vanno valutate e convalidate, ma poi occorre che siano ascoltate. Sono le teorie che discendono dalle pratiche a produrre norma utile, vale a dire teoria applicabile alle pratiche. Mi pare che anche il senatore Molinari abbia rammentato in mattinata la necessità che le norme siano di aiuto all'operare quotidiano.

E invece lo scollamento cui mi riferivo è comune e nocivo nel campo qui esaminato, un campo particolarmente spinoso, dove ogni frattura, come in tutti i sistemi complessi, determina inconvenienti più gravi, falle più ampie che altrove. Si tratta di una breccia da riempire. Va ricordato che delle persone lavorano da anni nel settore e occorre ascoltarle per formulare proposte sensate.

L'altro scollamento di cui siamo testimoni è quello tra il bisogno e la risposta. Villa San Pietro ha una dignità indiscussa, svolge un lavoro serio, proprio perché risponde a un bisogno emergente, nel quale si esprime la tendenza evolutiva delle forme della clinica nel mondo intero, vale a dire la trasgressione psicopatologica. Tale problema va affrontato senza indecisione e Villa San Pietro si è attrezzata per trattarlo in maniera non ipocrita e non influenzata dall'immobilismo ideologico che ha bloccato la salute mentale nell'ultimo decennio. Pertanto si colloca sul terreno della corrispondenza tra bisogno e risposta.

Negli ultimi tre giorni ho avuto piccole esperienze eloquenti al riguardo. Prima accade che un educatore, appena arrivato al servizio, mi confessi di avere lavorato presso la locale Società della Salute di Firenze a un programma ambiziosissimo per l'assistenza domiciliare degli anziani. E' rimasto lì un anno, contribuendo a mettere in piedi un protocollo fantastico, ma poi non sono arrivate le domande di utilizzo della risorsa. Sentendosi depresso, l'operatore ha chiesto di tornare sul territorio. Un tipico esempio di predisposizione delle risposte prima di connotare il bisogno, con il rischio che appunto non ci sia poi domanda.

La seconda disavventura concerne la mia partecipazione a un cosiddetto Gruppo di Osservazione e Trattamento [GOT] in carcere -ho continuato a lavorare nel carcere di Firenze come consulente anche dopo avere assunto la responsabilità di un territorio. Una detenuta aveva appiccato il fuoco ad alcuni locali qualche settimana prima, determinando un rischio ingente per la struttura e per le persone. Si è temuto di dovere evacuare l'intera sezione femminile. Si tratta di una donna piromane, usa a commettere gesti analoghi anche all'esterno, cui pure era stato lasciato a disposizione un accendino. Non mi trovavo in istituto al momento dell'incidente, ma sono stata

avvertita poiché conosco bene la persona. Chiesi immediatamente cosa fosse accaduto prima del gesto, riuscendo a ricostruire a distanza la dinamica dell'evento e a darne una interpretazione. Il GOT cui avrei poi partecipato tentava di giustificare il trasferimento, lo "sballo" della detenuta in un altro carcere. Mi ero già pronunciata al riguardo, sostenendo che tale scelta era l'ultima da adottare. Se fosse stata allontanata, la donna avrebbe potuto ripetere altrove il gesto, spinta dalla disperazione del confronto con un ambiente nuovo e avvertito da lei come potenzialmente ostile. Era stato proprio il forte legame che intrattiene con il personale dell'istituto fiorentino, dal medesimo sottovalutato, a spingerla all'agito delittuoso. Le difficoltà gestionali meritavano di essere affrontate all'interno. La considerazione di uno dei membri del GOT fu: "Ma mica possiamo pretendere che il personale, formato in un... certo modo, dia risposte per così dire raffinate a una persona simile!". Ho contestato l'osservazione, in primo luogo perché il personale, soprattutto quello di polizia penitenziaria, reclama strumenti più adeguati per stabilire un contatto utile con persone "intrattabili", per non sbagliare; in secondo luogo perché dobbiamo cancellare la fantasia di desiderio di avere a che fare con un carcere ottocentesco. Il carcere di oggi, a Firenze, è composto per il 65% da extracomunitari, per un 40% circa da malati di mente, di cui solo la metà viene segnalato, e per almeno il 70% da persone che hanno una anamnesi positiva per tossicodipendenze varie. Occorre pertanto adeguarsi al bisogno nuovo, emergente che il carcere esprime. E questo si traduce nella necessità di formare in modo diverso anche il personale di polizia, un personale che sappia infine mettere in pratica i principi della coazione benigna.

Quella di coazione benigna è una idea abbastanza nuova nel panorama italiano della salute mentale, un panorama dominato dalla Legge 180, norma di straordinaria forza. Chi la estese aveva compreso come non si potesse rispondere in maniera semplice, quale l'Ospedale Psichiatrico ormai era, a un problema complesso, quale la malattia mentale di fine ventesimo secolo appariva, ben diversa dal quadro di fine settecento, allorché la medicina, partorendo la psichiatria, aveva preso in mano la questione dei malati imprigionati e consentito la rottura delle catene che disperatamente li vincolavano. Fu per rispondere in maniera composita, vale a dire integrata, alla domanda di cura del

portatore di sofferenza psichica che, ormai quasi trenta anni or sono, venne introdotto il concetto di salute mentale. Il concetto di salute è oggi, come sottolineava il Presidente dell'Ordine dei Medici di Trento, diffuso e non ignorato dai più. La 180 lo sperimentò con largo anticipo.

Questa visionaria invenzione mi induce a ritenere che Franco Basaglia parlerebbe oggi in modo diverso da allora dei problemi che ci troviamo a fronteggiare. La norma permise alla psichiatria di emanciparsi dalle sue origini, dal carcere appunto, elevando un muro tra questa e dette origini, ricacciando fuori del suo ambito le turbe comportamentali, sebbene la condotta continui ad essere una delle sfere da esaminare nell'esame obiettivo insegnato a ogni psichiatra. Oggi ci sentiamo sufficientemente affrancati per scrollarci di dosso questa sorta di immobilismo ideologico, per esprimerci francamente anche sulle turbe della condotta. La coazione benigna è necessaria. Lavoro da trenta anni in luoghi che sono luoghi di coazione maligna, maligna non perché sia maligna la gente che ci lavora, ma perché il principio della sicurezza svincolato da quello della salute produce disfunzione, quando maggiore salute comporta maggiore sicurezza, ovunque, in carcere e fuori. E' dunque fondamentale fare entrare in carcere maggiore salute, perché questo comporterà maggiore sicurezza in senso lato. Servirà, inoltre, a soddisfare una delle esigenze sottolineate dal professor Marigo: quella di una prognosi non casuale a proposito di chi esce dal carcere, perché siamo in grado di formularla, non diversamente da quando sosteniamo che il trattamento sanitario obbligatorio di una persona è revocabile o meno.

Venendo alla questione della coazione benigna, quali sono le sue caratteristiche? Quali gli strumenti di cui dispone? Si tratta, innanzi tutto, di un sistema che non può mancare nell'armamentario di uno psichiatra il quale magari ne conosce le singole tappe, ma lo ignora come sistema appunto.

La coazione benigna è individualizzata, dunque collegata con lo specifico progetto riguardante quella persona, e non generica, mentre la coazione carceraria, ad esempio, è uno strumento applicato in maniera indistinta. E' pur vero che il trattamento penitenziario dovrebbe essere individualizzato, ma di fatto è tale soltanto nella concessione di benefici esterni. La coazione

benigna è somministrata in maniera umana e non crudele, mentre dormire in una cella destinata ad ospitare un detenuto in cinque persone con il quinto materasso in terra è disumano. La coazione benigna è necessaria e non gratuita. Infine, essa si fonda su un agire interdisciplinare.

La sua adozione permette di transitare, come eloquentemente suggerito dal professor Robotti, dalla ideologia del non abuso alla teoria del non abbandono. Lo straparlare ideologico ha rischiato, nell'ultimo decennio, di oscurare pratiche fortissime, pratiche assai più affidabili della traduzione ideologica che se ne fa e che risulta largamente responsabile dell'abbandono del malato.

Quali sono gli strumenti utilizzabili del sistema dotati delle caratteristiche descritte? In primo luogo, accertamento e trattamento sanitari obbligatori [ASO, TSO]. Il DSM di Firenze ha dedicato un quinquennio alla realizzazione di un protocollo condiviso da Procura della Repubblica, Tribunale, Tribunale per i minorenni, da tutti i dipartimenti di emergenza che non fossero psichiatrici, dalla Conferenza dei Sindaci. Si tratta di uno strumento valido a livello aziendale, che permette di utilizzare la norma in maniera estesa e coerente. La Legge 180 ha bisogno, in proposito, di essere accuratamente letta e interpretata per scoprire come consenta di effettuare, ad esempio, ASO e TSO extraospedalieri. Questi, usati nella ottica preventiva di chi rifiuta l'abbandono, subiscono una necessaria e salutare rivalutazione.

Altro dispositivo vigente dal 2004 è l'Amministrazione di sostegno [Ads]. Quando si era costretti a utilizzare desueti istituti di tutela come la interdizione e la inabilitazione, capitava che si agisse a dispetto dei principi di salute. Si finiva per trascurare l'interesse delle persone sofferenti piuttosto che interdirlle per far sì che fosse firmata una domanda di pensione cui il soggetto, pur nullafacente e privo di risorse, si opponeva, tanto per fare un esempio; oppure si sconfinava nell'abuso promuovendo l'interdizione unicamente per tale motivo. Quei residui normativi del tempo andato rispondevano ormai ai criteri distintivi della coazione maligna, essendo appunto generici, crudeli, gratuiti. L'armamentario oggi disponibile è straordinariamente evoluto, giacché l'Ads ha invece il profilo della coazione benigna. A Firenze, dove di è riusciti a istituire, nell'immediatezza del varo della legge, un tavolo interistituzionale -ripeto: tutto quello che riguarda

la coazione benigna è interistituzionale e interprofessionale- i passi fatti nella adozione capillare della procedura condivisa messa a punto sono stati da gigante.

A proposito di interprofessionalità, chi si occupa di salute mentale sa bene di non poterlo fare senza una collaborazione interprofessionale. Tanto più se si parla di salute mentale in carcere. Quando leggo sulla stampa, anche sul ritaglio di giornale allungatomi dal consigliere Lanza, che tutto quello che si ha in mente è ampliare il numero di psichiatri attivi in carcere, rabbrivisco! I soli esponenti della salute mentale negli istituti di pena sono gli psichiatri, benché il loro numero non sia sufficiente. Oh sì, ci sono anche gli psicologi, ma la organizzazione psicologica delle carceri risponde a un principio di giustapposizione davvero incomprensibile: altro che integrazione! Nel carcere di Firenze, ad esempio, ci sono almeno sei diversi microservizi psicologici: Nuovi Giunti, Trattamento, Presidio, oggi confluito nel Ser.T., Ser.T., Disagio Psicico, poi diventato Retintergrare. Ciascuno di questi organismi fa qualcosa, personalmente non saprei descrivere bene cosa, sovrapponendosi agli altri e al Servizio Psichiatrico. Quanto sto dicendo sarà da taluni inteso come una bestemmia, ma è la pura verità. Gli educatori, poi, presenti in carcere non svolgono certe le funzioni di riabilitazione riconosciute nel Servizio Sanitario Nazionale all'analogia figura professionale. Essi lavorano per il GOT e per il Tribunale di Sorveglianza, al pari degli assistenti sociali, non a caso facenti capo dell'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna). Tutti questi professionisti -psicologi, educatori, assistenti sociali- che con gli psichiatri e gli infermieri compongono la équipe di salute mentale territoriale, svolgono negli istituti di pena compiti importantissimi ai fini della valutazione e della sicurezza, vera mission del carcere, ma non sono organizzati per rispondere ai bisogni di cura e assistenza -penso alla funzione di segretariato sociale, indispensabile al soggetto bruscamente privato della libertà, specie se malato di mente, una funzione del tutto assente nei reclusori, dove la si affida al buon cuore occasionale del volontariato.

A mancare in carcere non sono quindi gli psichiatri, ma la salute mentale, ad esempio infermieri in grado di effettuare l'adeguata sorveglianza sanitaria di cui ha bisogno una persona

portatrice di sofferenza mentale acuta, magari in regime di trattamento sanitario obbligatorio, se necessario.

Il penitenziario necessita anche di altre risorse necessarie per costruire salute mentale.
Sosteneva stamani il dottor König l'importanza del diritto a esprimersi in lingua tedesca per l'altoatesino affetto da disturbi psichici, internato o detenuto. Guardate, signori, che non c'è niente di sciocco o sciovinista in questa esigenza. Chi lavora in carcere e ha a che fare con un numero elevatissimo di stranieri -nell'istituto fiorentino costituiscono il 65% dell'intera popolazione-, riconosce come sacrosanto il diritto a una comunicazione che non ignori specificità linguistiche e culturologiche. Una delle questioni da porre con urgenza al Ministero della Giustizia è la territorializzazione del problema, almeno quando la privazione della libertà investe soggetti portatori di sofferenza psichica: che l'altoatesino e il trentino malati di mente siano ospitati nelle carceri di Bolzano, Trento o di qualsiasi altra località della Regione e non siano spediti a Trani o a Firenze. E per gli internati, che senso ha destinare il solito altoatesino a Barcellona Pozzo di Gotto piuttosto che a Castiglione delle Stiviere, dove già incontrerebbe problemi, ma forse minori? Deportato a una distanza pressoché incolmabile, inoltre, non riceverà la visita di alcuno. Quindi territorializzazione ad ogni costo del problema, con i servizi territorialmente competenti per la presa in carico futura del cittadino pronti a fare ingresso nel penitenziario. E vi prego, senza separare il territorio-carcere dal territorio in cui il carcere insiste, bensì estendendo a questo lembo di città l'assistenza e le cure riservate ai cittadini le cui case si affacciano sul carcere. L'errore più grande, che confermerebbe la organizzazione attuale, anche se gestita dal Servizio Sanitario Nazionale anziché dalla Sanità Penitenziaria, sarebbe quello di realizzare servizi di salute mentale separati per il carcere, rintanarvi degli operatori, mentre il carcere va stanato, con una spinta straordinaria, dagli esiti imprevedibili, verso la evoluzione della pena.

Per restare sulla linea disegnata da questo convegno, per parlare di alternative all'ospedale psichiatrico giudiziario, il proposito non può che essere quello della decostruzione perseverante del sistema attuale. Domani Mario Iannucci presenterà la strategia toscana, e dunque la realizzazione di

una struttura che ospita internati e detenuti malati di mente residenti dapprima nella Azienda Sanitaria di Firenze, dal 2007 nell'Area Vasta Centro della Regione Toscana, vale a dire anche nei territori di Prato, Pistoia, Empoli. L'esperienza ha consentito di abbattere il numero di persone internate negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari del Paese provenienti dall'area riguardata. L'Azienda Sanitaria di Firenze, con una popolazione di ottocentocinquantamila abitanti, contava sedici internati nel 2000, adesso ve ne sono sei di internati e per la struttura sono transitati più di cinquanta soggetti. Altri territori in Italia hanno un milione di abitanti e sessanta internati. Si può pertanto affermare che il problema dell'OPG è un problema decostruibile con gli strumenti che la Corte Costituzionale -vedi le recenti pluricitate sentenze- ha messo a disposizione del giudice e dei Servizi. L'OPG è un organismo da smantellare intervenendo a monte, evitando cioè gli invii evitabili, e a valle, vale a dire abbreviando i tempi di permanenza degli ospiti lì, quando possibile. Non si tratta pertanto di chiudere l'OPG, ma di lavorarci intorno in maniera sistematica, con metodo e con il preciso obiettivo di riuscire a farne tendenzialmente a meno.

Una confessione e un appello per chiudere. Non faccio molte perizie, non sono stata mai iscritta all'albo dei periti. Però talvolta, sollecitata da magistrati che confidano in me, vista l'importanza che ha sempre avuto ai miei occhi uno scambio reciprocamente formativo con il campo della giustizia, ho accettato il ruolo di consulente, non raramente in civile nell'area dolentissima delle separazioni difficili. Devo dire di avere assistito in questo settore a drammi traumatizzanti. Capita che i genitori contendenti siano dei professionisti dotati che non recedono di fronte alla tentazione di strumentalizzare il figlio per farla pagare all'altro genitore. Il campo consente l'applicazione degli strumenti, per quanto modesti, della coazione benigna. Il giudice ha la discrezionalità di operare in detta direzione: può affidare o non affidare un bambino a un genitore o a entrambi, può affidarlo ai servizi sociali. Qui però si disperdono le chances, perché non vi sono strutture pensate per ospitare tali bambini che fanno esclamare: "Meglio orfano che conteso!". Non mi occupo abitualmente di minorenni e in simili situazioni peritali chiedo sempre la collaborazione

di neuropsichiatri infantili di fiducia, ma mi sento di affermare che in tale settore servono strumenti di coazione benigna più forti di quelli esistenti.

Vi ringrazio per l'attenzione.

Considerazioni in risposta al commento del consigliere Luigi Lanza

Forse bisognerebbe pensare alla retribuzione di un consulente psichiatra penitenziario - trentadue euro lordi l'ora- per capire come sia difficile che il Trentino Alto Adige trovi professionisti disposti a svolgere tale attività!

Inoltre, relativamente al fatto che non sia chiaro cosa facciano gli psicologi in carcere con la organizzazione vigente, non posso che confermare questa mia impressione sperimentata. Certo che fanno qualcosa, ma come si può pensare che, quel qualcosa che si sovrappone ad altri interventi restandone separato e rischiando di creare confusione nella stessa psiche del soggetto, possa offrire una lettura distinta del suo agire?

Nei Servizi di Salute Mentale gli psicologi lavorano all'interno di una équipe multiprofessionale, sono parte di questo gruppo di lavoro, non costituiscono una struttura separata del sistema, indipendente dagli altri membri che lo formano.

Nel 1991 fu istituito, nel carcere fiorentino, il Gruppo Psicoterapeutico-Psichiatrico-Trattamentale, per mettere insieme e razionalizzare le risorse umane che lavoravano per la salute mentale dei ristretti, per evitare che una persona fosse vista da sette operatori e un'altra da nessuno. In un sistema economicamente impoverito, la cosa diventa indispensabile e, d'altra parte, interdisciplinarietà è lavorare insieme allo stesso tavolo, non la possibilità che ogni professionista lavori in separata sede alla medesima progettazione. Il Direttore lo istituì, ma dopo un anno ne decretò la chiusura ammettendo di avere lasciato, "in un momento di debolezza", che la iniziativa si affermasse.

Vorrei puntualizzare quanto ho affermato a proposito dei bambini. Le mie parole si inseriscono in una riflessione più ampia, certo non estranea a ciò che ho ascoltato stamani a

proposito del disagio giovanile. Nel 1997, nel secondo numero della rivista *Il reo e il folle*, avevo scritto un articolo dal titolo *I trasgressori, un esercito in marcia*. Oggi l'esercito non è più in marcia, ha molto marciato da allora, il danno è a uno stadio avanzato. A tale sviluppo ciascuno ha dato il proprio contributo attraverso il libertarismo permissivo e noncurante, autentica piaga ideologica in cui siamo sprofondata così valorizzando una strisciante indifferenza educativa.

Parlo perché le parole, signori, realizzano ciò che si dice, creano le cose. Non si può pensare che la parola passi e resti indenne il campo che ha attraversato. Così un convegno è destinato a lasciare una traccia. Le parole in cui crediamo depositano verità. Le cose diventano vere perché le affermiamo. Diciamo a qualcuno: "Ti amo", e questo diventa più vero. Gli diciamo: "Ti odio", e ciò accade. La coazione benigna, è bene dirlo, riconosce un modello universale: la mamma infila il suo bambino nel box, mette il cancelletto in cima alle scale per non farlo ruzzolare giù, riveste con una rete il balcone di casa, pone limiti salutari e plausibili. Sostenere che ogni forma di costrizione, di barriera, di obbligo può non essere negativa, contribuisce alla offerta di un nuovo strumento. Un modo diverso di parlare genera un diverso modo di agire.

Di nuovo grazie.

Domanda alla dottoressa Carla Morganti

Vorrei chiedere a lei che si trova nell'ingrata condizione di occuparsi di quello di cui nessuno desidera prendersi cura, di quello che sembra non riservare spiragli di successo terapeutico, se ha avuto esperienza di urgenze con pazienti violenti che abusino di sostanze, affetti da doppia diagnosi, utenti del Ser.T. e occasionalmente della salute mentale. Questo problema in carcere si pone assai di frequente: come intervenire in simili casi dal punto di vista farmacoterapico, tenendo conto dell'abuso di sostanze e della somministrazione di prodotti detossicanti e, al tempo stesso, della necessità di controllare violenza e agitazione? Si tratta di un campo di grande interesse operativo, un po' disperato e di frontiera, ma molto, molto importante e molto, molto trascurato.

Considerazioni in risposta a vari commenti

Riprendendo la osservazione di una psicologa circa il senso della aggressività, direi che a discriminare l'intervento costrittivo opportuno da quello gratuito, è la sofferenza: la differenza è nella sofferenza. La sofferenza dichiarata dal soggetto o la sofferenza che questi induce nell'ambiente.

La forza è uno strumento disponibile, di un ordine dimenticato forse, l'ordine paterno. Non osservava forse il dottor Pycha che il sesso debole è diventato forte? Ma questo sembra avvenire attraverso un indebolimento dell'altro sesso. Va aggiunto che nella cura è presente una attenzione "materna", materna anche nel sottrarre forza agli interventi. Occorre restituire robustezza alla azione terapeutica. Dumezil sottolineava l'esistenza di una struttura tripartita trifunzionale in tutte le relazioni umane, composta da sovranità e sacro da una parte, forza e violenza dall'altra, virtù delle piante infine. Tale tripartizione si autoriproduce in ognuno dei suoi rami: la virtù delle piante, in altre parole la medicina sfrutta la parola, e dunque la sovranità e il sacro, con la chirurgia fa ricorso a forza e violenza, somministrando pozioni e unguenti ritrova la virtù delle piante. Disponiamo di un armamentario che non esclude la forza. Se non si fa a questa ricorso, non si è responsabili, non si risponde fino in fondo delle scelte necessarie. Sempre il dottor Pycha ha sostenuto che il servizio di psicologia per adolescenti non funzionava; d'altra parte non poteva impiegare la forza, strumento utilizzato da psichiatria e giustizia. E' evidente come una collaborazione con la giustizia, l'agire di concerto con questa possano servire a persuadere il malato riottoso ad accettare soluzioni che placino la sofferenza che lo attraversa e lo circonda, per cui soffre e fa soffrire.

La nota del professor Robotti circa la inclinazione diffusa a non intervenire, a non prestare attenzione alle piccole violenze, mi induce a rammentare che, relativamente alla previsione di pericolosità, sono considerati molto più pericolosi i soggetti che commettono maltrattamenti in famiglia degli omicidi. Chi tiene condotte aggressive in famiglia e viene sottovalutato, può agire in maniera assai più aggressiva. Si è prestata attenzione al giovane che in Virginia ha compiuto di recente l'ennesima strage, alla sua confessione anticipata? Non rispondere a simili appelli non

significa soltanto non rispondere, ma cessare di assumere una responsabilità. Il consigliere Lanza ha illustrato come gli stessi Consulenti Tecnici di Ufficio vadano talora incontro a denuncia e siano condannati in una percentuale minore di casi. Tutti dobbiamo rispondere di quello che facciamo o non facciamo.

La questione successiva è: come giudichiamo i nostri interventi? Ci sono metri di valutazione dei servizi? Stamani accennavo alla necessità che le competenze fossero riconosciute attraverso una valutazione attenta delle stesse. Ebbene, i suicidi che si verificano in una certa coorte di assistiti, gli omicidi di cui detta coorte si rende responsabile, sono a mio avviso strumenti di valutazione più affidabili del numero dei ricoveri, che è invece il vero metro di valutazione, in negativo, dei servizi. Ad esempio, in Italia la città con il più alto indice di suicidi è Trieste, la qual cosa non potrà tout court tradursi in una valutazione negativa dei servizi di salute mentale triestini, ma neppure essere passata sotto silenzio.