



Salute mentale e mass media: un codice etico per l'informazione nella salute mentale

G. Paulillo, V. Resteghini, P. Pellegrini, A. Nico

Prologo

In questi 20 anni la rivista "Problemi in psichiatria" ha pubblicato numerosi contributi provenienti da professionisti dell'Azienda USL di Parma. Un incontro, inizialmente quasi casuale, si è consolidato sulla base di un sentire comune, di affinità culturali che hanno permesso di superare le separazioni fra pubblico e privato, ospedale e territorio, ponendo al centro della riflessione la persona, la complessità della psicopatologia, del vissuto interiore che richiede una competenza professionale, fatta anche di sensibilità e capacità relazionali, sempre unite ad alti valori etici. Tutto questo si è realizzato al di fuori di ogni demagogia o interesse di "bottega" ma solo sulla base di un genuino desiderio di comunicazione e conoscenza capace di coniugare l'ambito della ricerca e della scienza alle pratiche reali, quotidiane. Un grazie di cuore va al prof. Umberto Dinelli che è stato un costante punto di riferimento per la sua cultura, il suo garbo e le sue modalità di porre, con lungimiranza, le questioni, anche quelle più spinose e controverse, dando testimonianza quotidiana di un impegno a favore dei malati e al contempo del sapere. Per il numero del ventennale della rivista ci aveva chiesto un contributo sulla comunicazione in salute mentale che inviamo per il primo numero del nuovo decennio, con l'auspicio che continui e si sviluppi ulteriormente, in questi tempi difficili di crisi, l'esperienza della rivista.

Introduzione

A partire dal secondo dopoguerra, da quando sono ampiamente disponibili mezzi d'informazione di massa, gli psichiatri e i giornalisti si sono trovati di

fronte al problema di come informare i cittadini sui disturbi mentali, sulla loro cura, e di come rappresentare all'opinione pubblica fatti di cronaca in cui risultavano coinvolte persone affette da disturbi mentali. Ancor più delicata è parsa la questione del suicidio che, forse meglio di altre, si presta a dimostrare come i mass media possano influenzare i comportamenti dei cittadini (è noto l'effetto "Marylin Monroe"); quasi due secoli prima, lo stesso aveva fatto la letteratura tanto che si parla ancor oggi di "effetto Werther" (l'aumento dei suicidi dopo la pubblicazione del testo "I dolori del giovane Werther" di Goethe). Nel 2000, proprio per dare indicazioni ai giornalisti su come riportare le notizie riguardanti il suicidio, sono uscite le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Quindi, se da un lato l'informazione sulle problematiche della salute è una necessità, dall'altro occorre rispettare la dignità delle persone coinvolte e chiedersi sempre quale effetto le notizie possono avere sui cittadini, in particolare quelli più fragili e vulnerabili.

L'informazione prodotta quotidianamente, cui tutti i cittadini sono esposti, ha assunto tali dimensioni quantitative da rendere necessario, ancor più che in passato, un approccio critico da parte del destinatario. È senza dubbio ancor più difficile, per le persone più fragili e vulnerabili, mettere in gioco questa capacità e competenza. L'immediatezza della modalità di comunicazione, con particolare riferimento a quella on line, spesso fruita su supporti mobili o interattivi, dove la velocità del flusso delle notizie non permette ai destinatari finali riflessione alcuna né approfondimento in base a interessi o necessità, determina comunque una tendenza passiva da parte dei destinatari dell'informazione.

Tale passività, o incapacità di formarsi un'opinione personale supportata dai fatti, dovuta anche alla scarsa offerta di contestuali strumenti per un autonomo approfondimento e valutazione, è il grande limite dell'informazione dei mass media globalizzati. Inoltre, il sistema dell'editoria giornalistica italiana, a differenza di altri Paesi soprattutto di cultura anglosassone, sconta una peculiarità che non facilita la costruzione di un approccio responsabile e autonomo verso l'informazione. In Italia, infatti, i principali quotidiani nazionali sono grandi contenitori generalisti, in cui notizie e commenti si sovrappongono nello stesso articolo, quand'anche nello stesso titolo: stampa cosiddetta "popolare" e stampa di maggior spessore culturale non sono due categorie separate tra le testate italiane, in particolare quelle quotidiane, diversamente da quanto avviene nella maggior parte

degli altri paesi europei. La confusione costante tra notizie, ovvero i fatti, e la loro interpretazione, cioè i commenti, nell'informazione giornalistica italiana è un limite ancor più evidente quando si tratta di disturbi mentali. Certamente vi sono riferimenti generali: l'informazione è regolamentata da leggi dello Stato (Costituzione, Codice Civile, Penale ecc.), da norme del codice di Deontologia Medica e dall'orientamento giuridico internazionale sviluppatosi a partire dal Codice di Norimberga. Tuttavia quando lo psichiatra incontra i mass media, e man mano che le responsabilità professionali aumentano ciò accade sempre più frequentemente, si trova di fronte ad un compito alquanto complesso, poiché deve conciliare rigore e comprensibilità nel difficile passaggio dalla scienza alla divulgazione, tenere conto dei principi di autonomia, privacy e beneficiabilità, della necessità di trasmettere conoscenze equilibrate in grado di alimentare, per quanto possibile, la speranza e la tolleranza emotiva e al contempo ridurre il pregiudizio e lo stigma.

Oltre dieci anni fa, per orientare gli psichiatri nel loro rapporto con i mass media, la Società Italiana di Psichiatria ha costituito un gruppo di lavoro sugli aspetti di etica, bioetica e deontologia professionale, in quanto sempre più frequentemente, gli psichiatri sono interpellati dagli organi d'informazione, riguardo a fatti di cronaca di varia gravità o tragicità. Il gruppo di lavoro ha evidenziato che particolare attenzione deve essere posta sia a *come* i media diffondono le notizie in questo campo, sia a *quali* informazioni di tipo divulgativo e generale gli psichiatri intervistati dovrebbero dare a partire dai fatti stessi. Inoltre ha elaborato una proposta di linee guida per un codice deontologico destinato agli psichiatri intervistati dai media, in cui sono state selezionate per il Glossario alcune "parole chiave" (circa cinquanta termini clinici e di lingua parlata), alcuni *consigli* per giornalisti e comunicatori, e fatto proprie le *raccomandazioni* del Comitato di Bioetica. A questo si è aggiunta la diffusione della *Guida pratica per giornalisti ed emittenti radiotelevisive* redatta dalla Scottish Association for Mental Health, in quanto, unanimemente, viene ritenuta essenziale anche la sensibilizzazione, responsabilizzazione (e autodisciplina) degli operatori dell'informazione. (<http://www.segretariatosociale.rai.it/codici/malattiamentale/salutementale.html>)

In questa direzione, dopo un lavoro durato alcuni anni, il 23 giugno 2010, a Trieste l'Ordine dei Giornalisti e la Federazione Nazionale della Stampa Italiana hanno firmato il primo codice deontologico per i giornalisti che si

occupano di notizie legate a persone con disturbi mentali e in generale alla salute mentale. In questo contributo esamineremo questo nuovo strumento che, pur essendo rivolto ai professionisti dell'informazione, deve essere ben conosciuto anche da parte degli psichiatri perché, come abbiamo visto, anche dal loro atteggiamento può dipendere una corretta informazione.

Quali notizie?

1) *I gravi fatti di cronaca.* È constatazione comune che le persone affette da problemi di salute mentale solitamente non sono ritenute degne di far notizia a meno che non siano collegate ad episodi particolarmente negativi. Dalla fine degli anni cinquanta, numerosi studi (<http://www.news-forumsalutementale.it/>, "a proposito dell'uso della parola schizofrenia sui quotidiani", 15 luglio 2010 di Lorenza Magliano) hanno sottolineato come i media danno delle malattie mentali un'immagine negativa, per lo più basata su pregiudizi che vedono le persone con questi disturbi come pericolose, imprevedibili e inaffidabili. Raptus, follia, maniaco, mostro, psicopatico, folle, schizofrenico e le tante altre declinazioni linguistiche del presunto "impazzimento improvviso", sono spesso i vocaboli e le espressioni che accompagnano impropriamente le cronache di delitti, stupri, violenze ma anche vicende politiche (es. "politica schizofrenica"). L'amplificazione, spesso inconsapevole, di questi pregiudizi da parte dei media incrementa le difficoltà che le persone con disturbi mentali si trovano a dover affrontare, ostacolandone il ricorso alle cure e aumentandone il carico personale e familiare (i vissuti di vergogna ecc.). Il disturbo mentale viene anche invocato per spiegare delitti e non è infrequente vedere psichiatri in TV che sulla base di pochi elementi formulano ipotesi, avanzano tesi ecc. spesso seguite da un confronto combattuto tra posizioni opposte, in qualche caso con toni più tipici della sfida politica che del dibattito scientifico. I pregiudizi contribuiscono anche a frenare scelte di politica sanitaria volte alla tutela dei diritti di cittadinanza delle persone che hanno o hanno avuto questi disturbi, quando non facilitano la presentazione di proposte di legge miranti ad aumentare la "sicurezza sociale".

2) *Le malattie mentali.* Tra le patologie mentali, la schizofrenia resta per l'opinione pubblica la più misteriosa e, anche per questo, più spesso il

termine schizofrenia viene caricato di significati impropri, quali imprevedibilità, ambiguità, inaffidabilità. Ai significati metaforici, si aggiunge il risalto dato in cronaca a fatti violenti che coinvolgono persone con questa diagnosi. Servizi giornalistici relativi ad incidenti violenti che riguardano pazienti affetti da disturbi mentali hanno posto in rilievo la necessità di un tipo di giornalismo correttamente informato e maggiormente equilibrato, in quanto alcune rubriche, articoli ecc. appaiono troppo desiderosi di utilizzare titoli sensazionali senza curarsi del danno che causano sia a livello individuale sia nel promuovere stereotipi dannosi. Certamente nell'opinione pubblica esiste una forte curiosità, a volte associata anche ad una crescente consapevolezza della complessità e delle dimensioni dei problemi di salute mentale ampiamente diffusi nella società. Questo ha fatto sì che i mass media abbiano dedicato rubriche, inserti ecc. alla salute, compresa quella mentale. Non è questa la sede per un'accurata analisi delle varie offerte informative che spesso vedono la collaborazione di psichiatri e psicologi. Tuttavia nel mondo dell'informazione pare esservi una tendenza ad "automatismi giornalistici" intesi come la ripetizione metodica di certe sequenze, l'uso delle statistiche, degli argomenti ad effetto, la scelta degli intervistati e dei casi esemplari appaiono talmente schematici e reiterativi da far supporre che, forse anche a causa della mancanza di riferimenti necessari per rendere la complessità delle realtà psichiche, si sia creata una vera e propria "proceduralizzazione" nella grande distribuzione informativa. In particolare, nei cosiddetti "format" dell'incontro tra il giornalista ed il suo esperto in cui si affrontano temi psicologici, questi possono avere diverse sfumature e diversi accenti a seconda del contenitore nel quale vengono prodotti (TV e/o Stampa) e delle sue regole. Di solito gli esperti intervistati producono un discorso che si presta a sotmettersi ad una sorta di regime comunicativo in cui le sequenze degli argomenti sono più o meno sempre le stesse.

Si tratti di un problema attuale come attacchi di panico, depressione, dipendenze patologiche, anoressia etc, che tocca molti soggetti, oppure si parta da qualche evento di cronaca clamoroso, inspiegabile, inquietante, o ancora da una ricerca statistica/ansa che faccia parlare di questioni psichiche/psicologiche, si affronta la questione malattia come allarme sociale e si intervista l'esperto (un neurologo, uno psichiatra) che, in pochi minuti, deve dare una descrizione di quadri clinici molto

complessi, in chiave biologica, genetica, neurologica, quasi sempre generica, sintomatologica, in ogni caso incompleta e riduzionistica. Allo psichiatra servirebbe molto tempo/spazio ma questo contrasta con le esigenze dei mass media. Poi c'è il problema del linguaggio: termini tecnici in contesti divulgativi, per il grande pubblico rischiano di creare apparenti certezze, false convinzioni o confusione. È questo un problema molto diffuso e comune ad ogni ambito della medicina. Per i tecnici, una sfida a trovare un linguaggio più semplice, chiaro, comprensibile.

Spettacolarizzazione e semplificazione fanno sì che frequentemente, se si parla delle cause relazionali a monte della sofferenza, le si nomini come fattori occasionali e si ignori la complessità delle disfunzioni interpersonali, per citare eventi traumatici quali separazioni, stress da lavoro o da logorio della vita moderna, facendo prevalere tra le diverse realtà presentate quella più suggestiva, cioè quella che semplifica la complessità. Si chiede all'esperto come si cura/affronta la patologia e la risposta spesso è la raccomandazione al ricorso ai farmaci presentati come una metodica scientificamente valida per affrontare lo scompenso psichico suggerito come l'origine della sofferenza, oppure si genera un contraddittorio privo di reale dialettica essendovi rappresentato un solo punto di vista, quello prevalente senza alcun vero confronto, senza cioè che l'utente possa farsi un'opinione documentata delle opzioni in campo.

Se poi l'esperto indica metodi psicoterapeutici, quasi sempre consiglia l'uso associato del farmaco e per lo più raccomanda la psicoterapia cognitivo-comportamentale rappresentata come un'insieme di tecniche pedagogiche finalizzate a creare buone abitudini comportamentali.

Tutto ciò semplifica la vita mentale e la sua dimensione psicopatologica: i sintomi sono semplici manifestazioni dei disturbi, segni della malattia del cervello e molto più raramente sono considerati anche degni di senso, risposte del soggetto correlate alla storia personale, familiare, culturale. Se di fronte al grave fatto di cronaca la spettacolarizzazione/enfasi alimenta pregiudizio e stigma in una sorta di circolo vizioso, nell'ambito della divulgazione si passa ad un ottimismo acritico e raramente vengono citati i casi "non responders", resistenti, ad alta complessità, ad esito infausto; non vengono considerate le reali difficoltà sociali e lo stigma che grava sugli impegnativi percorsi di ripresa delle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale confermando, indirettamente,

l'idea dell'inguaribilità, a volte della colpa e dell'inesorabilità dei destini o infondendo sottilmente il sospetto che, se il miglioramento non avviene, questo possa dipendere dallo psichiatra o da cure inadeguate. Una comunicazione "competente", capace di cogliere rischi stigmatizzanti, potrebbe contribuire alla diffusione di un giornalismo della "prevenzione" ed una cultura della possibilità.

In questa direzione, è auspicabile, in primo luogo nel mondo della sanità pubblica, un'intensa collaborazione professionale tra chi si occupa della prevenzione e cura della malattia mentale e chi ha il compito di comunicare ai cittadini i servizi e i percorsi assistenziali disponibili, nonché i risultati raggiunti. I professionisti sanitari non possono essere lasciati soli, nel comunicare verso l'esterno la loro attività. Un supporto tecnico-professionale, in questo senso, deve e può arrivare dai servizi di comunicazione, dagli uffici stampa, opportunamente sensibilizzati e formati se occorre, presenti nella gran parte delle aziende sanitarie italiane, per costruire insieme agli psichiatri e agli operatori sanitari le modalità e i contenuti di volta in volta più appropriati della comunicazione verso i media, rispettosa di diritti e doveri sia dei pazienti che degli operatori sanitari.

- 3) *La rappresentazione dei familiari e degli utenti.* Seppure ancora molto limitati, ci sembra importante segnalare come negli ultimi venti anni siano diventati più frequenti gli interventi pubblici sui mass media di rappresentanti delle associazioni di familiari e più raramente degli utenti. In una prima fase si sono incentrati sulle tematiche rivendicative relative a vere o presunte carenze assistenziali, cambiamenti organizzativi sgraditi (nell'ambito della definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici del 1995-98); dando una rappresentazione dei pazienti come soggetti incapaci, da tutelare, da assistere per sempre in luoghi di cura, piuttosto che soggetti titolari di diritti e degni di speranze di cambiamento. Una visione intrisa di realismo, pessimistica, spesso sottilmente distanziante, quando non carica di interessi poco esplicitabili, ad es. di tipo economico, in base ai quali spesso veniva rivendicata la permanenza in sanità (in regime gratuito) quando magari il quadro clinico del paziente richiedeva solo interventi assistenziali socio sanitari (che prevede compartecipazioni). E nonostante la riforma abbia gravato soprattutto sulle famiglie, scarse sono state le manifestazioni pubbliche di questo

disagio: poco si dice del carico assistenziale domiciliare (a carico soprattutto delle donne), della condizione abitativa, delle difficoltà relazionali, a trovare lavoro, ad avere entrate economiche adeguate a fronte di pensioni del tutto insufficienti.

Le rappresentazioni degli utenti sono molto più orientate a portare in primo piano i diritti e le potenzialità evolutive. Tuttavia, sui mass media vengono evidenziate soprattutto le imprese "stra-ordinarie" (il treno in Cina, la traversata dell'Atlantico, ecc.) oppure attività sportive, artistiche ecc. sempre con qualcosa di eccezionale, strano, creativo (creatività e follia: un vecchio legame) e, in ultima analisi, connotante che non ne fa dei cittadini ma dei "matti diversamente abili".

Sembra che le rappresentazioni oscillino dal paziente totalmente incapace e dipendente a quelle dell'utente non solo come tutti titolare di diritti e doveri, ma in grado di imprese eccezionali. Oscillazioni che riguardano anche il singolo soggetto, definito, a seconda delle circostanze, in modo del tutto opposto. Certamente questo affonda le radici in una molteplicità di questioni: dall'ampia varietà della casistica (il paziente con disturbo di attacco di panico è ben diverso da quello con schizofrenia) ai possibili "vantaggi secondari" ecc., ma anche in una certa manipolabilità della psichiatria e nell'assenza di un reale giornalismo d'inchiesta. Ad esempio, colpiscono le immagini del degrado estremo di certi OPG divulgate dalla Commissione del Senato presieduta dal sen. prof. Marino, mentre è molto più raro vedere servizi giornalistici su come e con quali risorse si siano reinseriti tanti pazienti che sono stati in OPG. Attira e avvincente l'opinione pubblica la riproposizione della rappresentazione dei pazienti del manicomio, come testimonia tra l'altro il successo del cantante Simone Cristicchi nel 2007 con il video sui locali cadenti dell'ex OP. Il paziente come vittima, reduce e quindi da compiangere ecc. ma anche da liberare e difendere rispetto a disumani carcerieri (gli operatori della psichiatria) ha ampio spazio nell'immaginario collettivo (la "metafora dei reduci" cui partecipano ancora diversi psichiatri). Tant'è che questa rappresentazione viene talora estesa anche ai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, dei quali poi viene invocato un rapido utilizzo a fronte del minimo disturbo sociale. Non mancano segnali confortanti derivanti da prese di posizione di utenti che lucidamente si rendono conto della situazione, la loro ma anche quella degli psichiatri. Citiamo ad esempio la presa di posizione di un'utente sulla vicenda dello psichiatra condannato perché un paziente in

cura aveva ucciso un operatore, pubblicato sul sito della Società Italiana di Psichiatria (www.sip.it) che si chiede in modo molto significativo: "Io e lo psichiatra siamo persone?" ed aggiunge: "Si può proteggere una persona solo fino ad un certo punto... Non si possono trasformare i reparti psichiatrici in galere, i medici in guardie. Non si può cercare sempre un altro responsabile quando questo non c'è. Non si possono privare le persone con disagio mentale delle loro azioni, anche le più drammatiche. Allora poi non ci si può lamentare se i reparti sono blindati, se veniamo legati al letto per ogni minima fluttuazione dell'umore... Il medico si deve tutelare, ipoteticamente, privando il paziente di ogni libertà, perché se questo si uccide in reparto, lo psichiatra va in galera. Questo non ha alcun senso. Non sento le proteste e l'indignazione dei colleghi di questi medici e mi sorprende.

Ma quando una persona muore legata ad un letto, l'ultima è un'anziana donna di Bari, allora le voci si levano a difesa di chi "proteggendola", l'ha legata... Dove è finita la nostra libertà? E dove è finita la libertà dei nostri medici? Siamo legati gli uni agli altri con un cordone ombelicale che ci rende responsabili dei gesti dell'altro sempre? Quindi è colpa mia se il medico mi lega al letto, è colpa del mio comportamento, dei miei gesti, delle mie scelte? ed è colpa sua se io mi suicido, perché non mi ha rinchiuso abbastanza bene, perché non mi ha legato al letto, ed è sempre colpa sua se uccido un altro, perché in qualche modo doveva sapere che ero pericoloso? Ma io ed il medico non siamo due persone distinte? Se mi lega al letto ed io muoio (a causa della contenzione e dei farmaci somministrati) è stato lui a legarmi, con le sue mani. Se io mi tolgo la vita (in reparto, perché sono riuscita a trovare il modo o scappando dal reparto), o tolgo la vita ad un'altra persona, sono stata io a farlo, con le mie mani... Già ma c'è la malattia, allora io non sono più una persona, sono una malattia ed è la malattia che agisce al posto mio, che mi uccide, che muove il mio corpo... ed è la malattia che viene legata al letto, non io. Allora anche il medico non è più un uomo, perde la sua umanità, perché quando parla con me è alla mia malattia che parla e per questo fa anche a meno di parlare, perché solitamente persone sono scomparse." (Alice B., paziente psichiatrica, 2008 in Pellegrini, 2010).

Quindi oltre che da psichiatri e giornalisti, la speranza di un miglioramento dell'informazione può derivare dagli stessi utenti in grado di creare un

cambiamento di registro, un clima di nuova alleanza fra medico e paziente, protagonisti entrambi della relazione di cura in un contesto di libertà e diritti di cui entrambi sono titolari.

E infine anche le dichiarazioni di legali, giudici, pubblici amministratori rilasciate in occasione di fatti di cronaca, contribuiscono alla costruzione della rappresentazione dei pazienti con disturbi mentali e dei servizi.

La Carta di Trieste

La Carta ha l'obiettivo di produrre una più corretta comunicazione sulla salute mentale ed invita i giornalisti "a usare termini appropriati, non lesivi della dignità umana per definire il cittadino con disturbo mentale" ed evidenzia l'importanza delle parole scelte per descrivere le persone che soffrono di patologie mentali. Il testo, affinato attraverso un percorso al quale hanno partecipato operatori dell'informazione, medici e persone che vivono o hanno vissuto l'esperienza del disturbo mentale, tende a contrastare i luoghi comuni, gli stereotipi e lo stigma che, al tempo stesso, alimentano gravi pregiudizi e oscurano un'epoca di cambiamenti e di esperienze che ha restituito diritti, speranza e opportunità concrete a migliaia di persone. Il lavoro di condivisione di tutti i soggetti interessati è partito da due principi di importanza fondamentale: rispetto della dignità della persona e verità dei fatti, che si rende possibile attraverso un educarsi all'uso preciso delle parole e ad evitare la spettacolarizzazione.

A partire dal 2009, a Trieste persone che hanno vissuto l'esperienza del disturbo mentale, operatori che s'ispirano ai valori della riforma del 1978, associazioni di familiari, insieme a giornalisti si sono confrontati periodicamente, ed hanno provato a scrivere, sull'esempio di quella di Treviso per i minori e la Carta di Roma sui migranti, una "Carta di Trieste" che funzioni da riferimento etico/deontologico per giornalisti ed operatori dell'informazione.

L'iter per la stesura della "Carta" si è concluso a luglio 2011 con la sua legittimazione nel corso del Convegno "Impazzire si può" ed è stata approvata dalla Federazione Nazionale della Stampa Italiana. Con questo documento i giornalisti sono invitati alle raccomandazioni, che vengono qui di seguito riportate fedelmente all'originale:

1. usare termini non lesivi della dignità umana, o stigmatizzanti, per definire il cittadino con disturbo mentale qualora oggetto di cronaca, il disturbo di cui è affetto, il comportamento che gli si attribuisce.

Questo, per non alimentare il già forte carico di tensione e preoccupazione che il disturbo mentale comporta e non indurre sentimenti o reazioni che potrebbero risultare dannosi per la persona, i suoi familiari e la comunità nell'insieme, (a questo è associato un allegato 1);

2. usare termini giuridici pertinenti e non allusivi a luoghi comuni nel caso un cittadino con disturbo mentale si sia reso autore di un reato, tenendo presente che è una persona come le altre di fronte alla legge (associato allegato 2);
3. non attribuire le cause e/ l'eventuale efferatezza del reato al disturbo mentale né interpretare il fatto in ottica pietistica, decolpevolizzando il cittadino solo perché soffre di un disturbo mentale;
4. considerare il cittadino con disturbo mentale un potenziale interlocutore in grado di esprimersi e raccontarsi, tenendo presente che può ignorare le conseguenze e gli eventuali rischi dell'esposizione attraverso i media;
5. non identificare il cittadino con il suo problema di salute mentale ovvero con la diagnosi di malattia;
6. garantire al cittadino con disturbo mentale il diritto di replica;
7. consultare quanti possono essere al corrente dei fatti per individuare visioni differenti, come operatori della salute mentale e dei servizi sociali, magistrati, per poter fornire l'informazione in un contesto il più possibile chiaro, approfondito e completo. Fornire dati attendibili e di confronto tra i reati commessi da persone con disturbi mentali e persone senza disturbi mentali;
8. integrare, se possibile, la notizia con informazioni sui servizi, strumenti, trattamenti, cure che sono disponibili nelle singole realtà locali (associato allegato 3);
9. promuovere la diffusione di storie di guarigione e/o di esempi di esperienze positive improntate alla speranza ed alla possibilità di vivere, pensare ad un proprio futuro, lavorare, studiare, divertirsi, pregare;
10. limitare l'uso improprio di termini relativi alla psichiatria in notizie che non riguardano questioni di salute mentale al fine di non incrementare il pregiudizio che i disturbi mentali siano sinonimi di incoerenza, inaffidabilità, imprevedibilità.

La Carta è completata da quattro allegati: 1. *Pregiudizi*, 2. *Le leggi*, 3. *I servizi per la salute mentale*, 4. *Il suicidio*.

Allegati

L'allegato 1 alla Carta di Trieste descrive i 5 pregiudizi legati al problema della salute mentale ed alle persone ed alle famiglie che lo attraversano:

- *pericolosità*, la persona viene etichettata come violenta ed aggressiva, bollata con la frase "pericolosa per se stessa e per gli altri", nonostante si consideri che tra le persone affette da disturbo mentale la pericolosità è meno comune di quanto si possa immaginare;
- *incomprensibilità*, cioè tutto ciò che una persona affetta da disturbo mentale fa in uno spazio relazionale viene letto attraverso lo specchio deformante del disturbo stesso; è necessario risalire alla storia ed all'unicità di quella persona per costruire un terreno di comprensione, così anche i gesti più estremi, se ricollocati nella storia ed in quel contesto, possono apparire comprensibili;
- *inguaribilità*, pregiudizio che persiste per i disturbi più severi come la schizofrenia, ed è il più dannoso, perché sta alla base del senso di impotenza e della perdita di speranza sia per la persona che per la sua famiglia;
- *improduttività*, per cui si crede che le persone affette da disturbo mentale siano prive di capacità, abilità e competenze, anche se si è dimostrato che la pratica del diritto al lavoro rafforza le possibilità di ripresa;
- *irresponsabilità*, la persona viene bollata come "incapace di intendere e volere", ma tra l'assoluta "irresponsabilità" e la "normalità" vi è una serie di gradi intermedi, dove i deficit cognitivi e alterazioni affettive possono causare diminuzioni e mai totale assenza della responsabilità. Il disturbo mentale condiziona i comportamenti lasciando ampi margini di libertà e di scelta; e riconoscere la responsabilità significa adoperarsi perché le persone che ne sono affette possano mantenere la loro individualità e la loro identità.

La salute mentale e le leggi

L'allegato 2 riguarda la salute mentale e le leggi ad essa correlate. In esso viene evidenziato l'excursus storico delle leggi sull'assistenza psichiatrica e le disposizioni attuali che regolamentano le cure ed i trattamenti sanitari. Viene affrontato il tema dei diritti dei cittadini con disturbo mentale, che non sono differenti da quelli di tutti gli altri cittadini e che devono essere garantiti come per tutti gli altri membri della comunità, anche indipendentemente dalla concreta possibilità di esercitarli in modo totalmente autonomo. L'impegno di tutti gli attori sociali dovrebbe essere volto alla difesa

e al potenziamento dei diritti personali e sociali, per garantire, attraverso il sostegno e la presenza dell'altro, non solo le cure, la dignità e il rispetto di ognuno e di tutti, ma, più in generale per promuovere la salute e i diritti di tutti. L'esplicitazione delle leggi segna anche in modo preciso il limite che hanno i servizi e gli operatori (nell'opinione pubblica persiste l'idea che vi siano luoghi chiusi, obblighi di cura solo in presenza della malattia, ecc.) Il Comitato nazionale di bioetica ha prodotto un documento di grande importanza (Governo Italiano. Comitato nazionale della bioetica. Parere del comitato su psichiatria e salute mentale, 24 novembre 2000. <http://www.governo.it/bioetica/testi/241100.html>), affrontando nel dettaglio le questioni della tutela della soggettività, del consenso e dei diritti delle persone con disturbo mentale; e sottolinea la tutela della soggettività del malato in quanto è condizione indispensabile per la costruzione e lo sviluppo della libertà, intesa come processo di liberazione che ha origine da un'esigenza etica fondamentale della persona. La particolare vulnerabilità di tali soggetti richiede che sia infatti rafforzato per essi il riconoscimento di una piena cittadinanza, che deve essere concretamente difeso e promosso attraverso il rispetto di alcuni diritti e/o l'adempimento di alcuni doveri fondamentali.

Alle persone con disagio o con disturbo mentale devono essere garantiti tutti i diritti costituzionali e in particolare:

- diritto di libera espressione;
- diritto al rispetto delle proprie convinzioni morali, religiose e politiche;
- diritto al rispetto delle proprie scelte sessuali;
- diritto a comunicare con chiunque in qualsiasi momento;
- diritto di veder riconosciute e rafforzate le proprie abilità e non solo di vedere evidenziate le proprie incapacità;
- diritto di esser informati su qualsiasi trattamento e di essere coinvolti nelle decisioni terapeutiche;
- diritto a non subire azioni (in particolare qualsiasi mezzo di contenzione fisica) che ledano l'integrità fisica e la dignità personale;
- diritto di scelta dell'équipe curante;
- diritto di associarsi;
- diritto di decidere che ogni atto di cura del corpo sia fatto da operatori oppure da operatrici dello stesso sesso.

Nell'allegato 2 sono trattati inoltre i capitoli sia del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) sia quello dei cittadini con disturbo mentale di fronte

alla legge ed al codice civile. In Italia la legge che istituisce il TSO prevede che la persona resti comunque un cittadino che conserva i diritti fondamentali previsti dalla Costituzione. Quando una persona viene ricoverata contro la propria volontà, ciò deve avvenire al solo scopo di sottoporla a dei trattamenti sanitari urgenti, e non per altri motivi come ad esempio di ordine pubblico, controllo sociale o difesa di interesse di terzi. Il TSO pretende un'intensa, finalizzata e costante negoziazione con la persona, in quanto è uno strumento di carattere terapeutico, prevalentemente transitorio e sottoposto a controllo. Vengono poi presi in considerazione l'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) e le condizioni che configurano quanto previsto dall'articolo 54 del Codice Penale (stato di necessità). Se una persona affetta da disturbo mentale è accusata di aver commesso un delitto, è soggetta come tutti gli altri cittadini a quanto previsto dal Codice Penale e di Procedura Penale. In Italia, chiunque commetta un reato è responsabile e dunque punibile se è in possesso della propria capacità di intendere e volere. Ma nel caso di disturbo mentale, cioè di infermità di mente, come recita il Codice, questa capacità può risultare parzialmente o totalmente assente e quindi si avvia un percorso processuale particolare.

Rispetto al codice civile, alla luce delle attuali conoscenze appare un pregiudizio gravissimo dare per scontato che le persone affette da un disturbo mentale, e anche da schizofrenia, siano per questo automaticamente incapaci e quindi da interdire oppure inabilitare. È sempre utile invece cercare strade e soluzioni che non sottraggano alle persone competenze e responsabilità, ma al contrario le mantengano o gliele restituiscano. Molte volte infatti a un disturbo mentale, anche caratterizzato da sintomi evidenti, non corrisponde necessariamente una condizione di incapacità a curare i propri interessi. Nel gennaio 2004 è stata approvata dai due rami del Parlamento la legge (legge 6 del 9/01/2004) che raccoglie, dopo vari anni di dibattito, i suggerimenti e le proposte provenienti sia dall'ambiente psichiatrico che da quello giuridico. La legge istituisce l'Amministratore di Sostegno, una figura che ha come scopo fondamentale il benessere della persona mantenendo un rapporto paritario con essa, ed aiutandola sulla base delle sue reali necessità.

I servizi di salute mentale

L'allegato 3 descrive l'organizzazione territoriale dei servizi di Salute

Mentale prevista dal Progetto Obiettivo Salute Mentale, il modello organizzativo più adatto a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica. Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura operativa che permette ai principi della legge 180 di trasformarsi in realtà, passando dalla vecchia psichiatria di contenimento e di custodia dei manicomi a quella di prevenzione, cura e riabilitazione nel territorio. Il DSM deve operare per rimuovere qualsiasi forma di stigma, di discriminazione e di esclusione delle persone affette da disagio o disturbo mentale. Di conseguenza, uno dei suoi compiti principali è quello di promuovere i pieni e completi diritti di cittadinanza per le persone con disturbo mentale. Per sviluppare questi obiettivi, ogni DSM *dovrebbe* svolgere molteplici attività:

- educazione sanitaria
- conoscenza dei bisogni e dei problemi di quel territorio
- interventi nei luoghi e nei gruppi a rischio
- integrazione con gli altri servizi socio-sanitari
- interventi ambulatoriali
- interventi a domicilio e nelle comunità
- programmi per l'integrazione sociale
- risposta alla domanda urgente 24 ore su 24
- sostegno al ricovero nell'ospedale generale
- ospitalità 24 ore su 24 con assistenza intensiva
- residenzialità e semiresidenzialità terapeutica e riabilitativa
- programmi per evitare il ricorso all'istituzionalizzazione
- lavoro con i familiari
- programmi specifici di formazione e inserimento lavorativo
- interventi per la tutela della salute mentale in ambito penitenziario.

Per poter garantire che ogni servizio per la salute mentale operante nell'AUSL contribuisca al funzionamento complessivo di questi progetti, il DSM deve assicurare unitarietà di indirizzo. Un saldo coordinamento operativo, sia all'interno della struttura dipartimentale sia tra questa e i Distretti sanitari, gli ospedali e i servizi sociali di base, serve a evitare frammentarietà e difformità nei comportamenti. Lo scopo finale di un'organizzazione di servizi di salute mentale deve essere quello di creare le condizioni necessarie per includere la persona nella vita collettiva, che esiste soprattutto fuori dai servizi: programmi terapeutici e riabilitativi, risorse economiche e relazionali, opportunità lavorative e abitative.

Il suicidio

L'allegato 4, riguarda il tema del "suicidio" con l'obiettivo di incoraggiare un'informazione responsabile da parte dei media. Numerosi studi e ricerche dimostrano la correlazione tra notizie riportate da TV e giornali (anche Internet) inerenti il suicidio e l'aumento di questo fenomeno nel periodo immediatamente successivo, a causa delle modalità con cui vengono riportate le notizie, soprattutto tra le persone giovani e tra quelle già vulnerabili e predisposte. Oltre il 75% dei casi di suicidio non è connesso al disturbo mentale e frequentemente si fa questa associazione, fornendo solo un'informazione scorretta. È possibile ipotizzare un "giornalismo della prevenzione" e in tal senso sono state formulate delle linee guida per comprendere quale tipo di informazione può aiutare oppure danneggiare.

È certo che fornire notizie che insistano nel trattare il suicidio come l'illusione di una soluzione definitiva di difficoltà complesse comunque passeggera è di grande aiuto, come lo è spiegare i fattori di rischio e le modalità di affrontamento e prevenzione, trattando il fenomeno come un problema di salute pubblica. Importante inoltre uno sguardo attento alla forma ed ai contenuti rispetto ai sentimenti ed alla condizione dei familiari e degli intimi della persona che ha compiuto il suicidio, così come lo è anche informare sulle istituzioni ed i servizi che possono essere di aiuto e sostegno (servizi di salute mentale sul territorio, programmi pubblici dedicati, numeri di telefono o ogni altra informazione del caso).

Le informazioni dannose sono quelle che rappresentano il suicidio come un atto di difesa della propria dignità da parte di chi lo compie o addirittura come un gesto eroico o romantico. Dannose quelle di stampo sensazionalistico o scandalistico al fine di attirare un maggior numero possibile di lettori o pubblico, dannose quelle che descrivono il suicidio come unica soluzione possibile per quella persona e quelle che insistono sulla ricerca dei colpevoli ovvero di coloro o di quelle circostanze che avrebbero spinto una persona a compiere il gesto, dannose quelle che esprimono giudizi o analisi affrettate e non pertinenti.

Conclusioni

La comunicazione non riesce mai ad essere neutrale ed in particolare quando sfrutta l'aspetto connotativo del linguaggio, cioè quello in grado di suscitare emozioni, lo stesso che permette l'empatia. Nel caso della comunicazione relativa alla salute mentale, questi aspetti risultano centrali per

riflettere sul rapporto tra salute mentale e sua rappresentazione, sulla differenza tra l'uso del linguaggio divulgativo e la traduzione giornalistica del lessico specialistico della psichiatria.

In particolare colpiscono i titoli, che rappresentano una vera e propria vetrina per attirare il lettore: l'aspetto emozionale dei termini viene utilizzato per creare una distanza tra quello che un termine significa all'interno di una comunità scientifica e quello che invece finisce per significare nel contesto giornalistico, e ciò appare ancora più evidente quando la salute mentale viene collocata in cronaca. Se nella divulgazione medica, in generale, l'enfaticizzazione di alcuni concetti o l'uso metaforico del linguaggio tecnico ha come effetto per lo più quello di generare attese, anche eccessive, relativamente alle terapie, nell'ambito della salute mentale, invece, l'utilizzo di molti termini appartenenti al dominio della psichiatria ha anche l'effetto di confermare pregiudizi e stereotipi nei confronti di chi soffre di disturbi mentali, mentre una corretta divulgazione dei temi della salute mentale li dovrebbe combattere. Nelle pagine di cronaca, nel riferirsi ai disturbi psichici, il linguaggio spesso è decontestualizzato rispetto al significato medico del disturbo, ed è riferito frequentemente ad un significato metaforico che attribuisce "altri" significati alla malattia mentale, i quali diventano poi ricettacolo di ansie e paure sociali estranee alle reali problematiche psichiatriche.

In quest'operazione "culturale" il disturbo psichiatrico diventa "interprete" creando e consolidando l'isolamento e la diffidenza nei confronti dei malati, e ciò provoca conseguenze enormi sullo stigma, confermando i timori tipici nell'approccio dei neofiti al disturbo mentale. L'area della salute mentale sembra soffrire di incomunicabilità: si comunica attraverso storie che però non sono mai raccontate dalla parte del paziente, ma piuttosto si riferiscono ad essi in modo impersonale e spesso stereotipato ed identificati con quello di cui soffrono: "la depressa o lo schizofrenico".

Quindi il circolo vizioso spettacolarizzazione- pregiudizio- stigma tende ad autoalimentarsi; ancora l'ampia oscillazione dalla totale invalidità alla piena capacità di autodeterminarsi, espressione, come si diceva dell'ampia variabilità della casistica che non consente di avere un modello chiaro da descrivere e comunicare. I mass media hanno bisogno di semplificare la complessità ed è facile che in questo processo prevalgano i pregiudizi e le rappresentazioni stereotipate (reduci ecc.).

L'oscillazione fra ottimismo terapeutico acritico e stigma (anche come irriducibile diversità) rischia di essere pericoloso per tutti, psichiatri compresi.

Con la stesura della "Carta di Trieste", un codice etico/protocollo deontologico dell'informazione, la Federazione Nazionale della Stampa (FNSI) e l'Ordine dei Giornalisti hanno accolto l'appello dell'OMS a sostenere la lotta ai pregiudizi, impegnandosi sia ad affrontare questi temi attraverso il criterio deontologico del rispetto della verità sostanziale dei fatti osservati secondo quanto recita anche l'articolo 2 della legge istitutiva dell'ordine dei Giornalisti, sia a promuovere un'immagine positiva attraverso la proposizione anche di storie di guarigione e di esperienze improntate alla speranza. Uno sforzo che dovrebbe significare anche interrogarsi ogni volta che ci si trova davanti a un fatto di cronaca che coinvolge una persona affetta da disturbi mentali, sulla necessità e l'opportunità di riportare commenti di persone non esperte, come vicini di casa, amici, passanti, pareri che non aggiungerebbero nulla di nuovo alla comprensione dei fenomeni nella loro esatta dimensione. Tra gli altri impegni assunti dalla Carta di Trieste ci sono quelli di includere nella formazione dei giornalisti, e quindi negli argomenti per l'esame professionale un capitolo dedicato alla salute mentale, di promuovere un osservatorio su questi temi e di istituire un premio annuale per la corretta informazione. Ma è utile che la Carta venga ampiamente conosciuta da psichiatri, operatori, familiari, pazienti e opinione pubblica. Anche perché il mondo dell'informazione sempre più si costruisce attraverso internet, dove gli utenti sono al tempo stesso fruitori e costruttori di notizie. E quindi è molto ampio lo spazio per informazioni di ogni tipo, qualità e attendibilità. Di questo abbiamo prova ogni giorno nei servizi ove è sempre più frequente incontrare persone, familiari che già sanno diagnosi e terapie consigliate perché hanno consultato i siti della rete. È un argomento molto interessante di cui dovremo occuparci anche in futuro e che evidenzia anche il limite di strumenti importanti come la Carta di Trieste.

Con le parole l'uomo ha sempre interpretato la realtà e, nella rappresentazione giornalistica delle notizie che riguardano la salute mentale, appare necessario sottolineare che l'ignoranza, la paura, i pregiudizi non si curano solo con la buona volontà di chi sta dentro il problema, ma con alleanze di lavoro e condivisione d'intenti (fra i diversi soggetti coinvolti) che nel corso degli anni facciano maturare la consapevolezza e la sensibilità sociale a

partire dalla convinzione che "rispettare" è prima di tutto un dovere, ed evidenziando questo, la Carta di Trieste può dare la speranza di un cambiamento. Come diceva Thomas Mann ("La montagna incantata", 1924) "la malattia rende l'uomo più corporeo anzi fa di lui esclusivamente un corpo"; alle parole, a volte può toccare il compito di restituire a quel corpo quell'umanità che non smette mai di appartenergli.

BIBLIOGRAFIA

- <http://www.segretariatosociale.rai.it/codici/malattiamentale/salutementale.html>: "Malattia, disagio mentale e comunicazione. La salute mentale nei media. Guida pratica per giornalisti ed emittenti radio-televisive", 25/09/2011.
- http://www.osservatoriopsicologia.it/2009/04/26/giornalismo_e_psicologia_un_rapporto_da_costruire.
- <http://www.news-forumsalutementale.it/> "una carta per un giornalismo della speranza", 31 marzo 2010.
- http://www.news-forumsalutementale.it/dobbiamo_saper_guardare_dentro_noi_stessi_e_raccontare_i_fatti_in_maniera_precisa, 27 settembre 2010. Intervento di Roberto Natale, presidente FNSI, al convegno "Impazzire si può".
- <http://www.news-forumsalutementale.it/> "la Carta di Trieste codice etico per i giornalisti", 28 giugno 2010.
- <http://www.news-forumsalutementale.it/> "giovani giornalisti in prima linea per la salute mentale", 13 ottobre 2010 Venezia, Festival dei Matti 2010-Documento Finale.
- <http://www.news-forumsalutementale.it/> "le ragioni della Carta di Trieste", 14 luglio 2010 di Mara Mazzola.
- <http://www.news-forumsalutementale.it/> "un sogno che si sta avverando", 14 luglio 2010 di Santo della Volpe.
- <http://www.news-forumsalutementale.it/> "a proposito dell'uso della parola schizofrenia sui quotidiani" 15 luglio 2010 di Lorenza Magliano.
- <http://www.articolo21.org/1899/notizia/> "dal festival dei matti un appello agli operatori dell'informazione".
- <http://www.vita.it/news/giornalismo>. "Arriva la Carta di Trieste: come parlare di malattia mentale" di Sara De Carli, 16 giugno 2010.
- <http://www.news-forumsalutementale.it/> "la Carta di Trieste approvata nel corso di "Impazzire si può", 15 luglio 2011.
- <http://www.governo.it/bioetica/testi/241100.html> "Governo Italiano. Comitato nazionale della bioetica. Parere del comitato su psichiatria e salute mentale", 24 novembre 2000.
- Agostini A., "Giornalismo. Media e giornalisti in Italia", Il Mulino, 2004.
- Pellegrini P., "Ancora sulla responsabilità in psichiatria", Psicoterapia e Scienze Umane, vol. XLIV N° 2, 207-228, Ed. Franco Angeli, 2010.

Si fa sera: dialogo con Mario Guazzelli

F. Battaglia

Fiorella Battaglia: *Partiamo da un problema che in qualche modo la coinvolge anche personalmente, visto che è psichiatra e allo stesso tempo professore di psicologia clinica: la psichiatria e la psicologia si sono trovate spesso su posizioni lontane, la distanza è oggi minore o rimane incolmabile?*

Mario Guazzelli: Le differenze a mio parere sono più apparenti che reali. Entrambe mirano senza dubbio a conservare la salute, considerata non solo come assenza di malattia ma nella sua concezione più ambiziosa di completo stato di benessere: fisico, psichico e sociale. Questa definizione, che ricalca quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, da una parte è saldamente ancorata alle scienze empiriche medico-biologiche e dall'altra non trascura la dimensione del vissuto e suggerisce un'azione integrata, una sorta di *medicina della mente*.

FB: *Che cosa è la medicina della mente?*

MG: *Medicina mentis* è un'espressione coniata da Ehrenfried von Tschirnhaus nel '600 per indicare il cammino della conoscenza dall'empiria all'intuizione. Ma al di là delle intenzioni di Tschirnhaus, mi piace ricorrere al termine *medicina della mente* per indicare il cammino che ci si presenta oggi, di ricomposizione di due culture quella umanista e quella scientifica.

FB: *Nel futuro ci sono solo i medici della mente?*

MG: Assolutamente no. Ciò che oggi è divenuto chiaro è che senza il contributo dei saperi umani e delle scienze empiriche, della filosofia e della biologia molecolare, della psichiatria e della psicologia, delle scienze cognitive e dell'ingegneria moderna è molto difficile mettere assieme un sapere sull'umano. Guidati da questa consapevolezza all'Università di Pisa abbiamo attivato il nuovo Corso di Laurea in "Scienze e Tecniche di Psicologia della Salute". D'altra parte noi all'Università di Pisa lo abbiamo in qualche modo intuito, quando negli anni Novanta ci siamo incamminati sulla via del dialogo e del confronto delle discipline, progettando con