



Inchiesta sulla malattia mentale e gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Il manicomio che non c'è: l'esperimento di Castiglione

A cavallo tra Lombardia e Veneto ed Emilia, a Castiglione dello Stiviere, nei giorni della battaglia di Solferino, Henry Dunant fondò la Croce Rossa. Da quel giorno i feriti smisero di avere passato o patria, smisero di essere nemici o amici, e diventarono solo gente che aveva bisogno di aiuto. Tutto il resto si sarebbe visto quando fossero guariti.

Nello stesso posto, oggi, tra Solferino e Castiglione sorge l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Anche qui i degenti-detenuiti non hanno passato. Non hanno colpe e, insieme, non hanno giustificazioni. Una specie di limbo, un posto dove vanno a finire quelli che non sono abbastanza sani da essere condannati e non sono abbastanza matti da essere assolti. Allo stesso tempo colpevoli e innocenti.

Nell'unico dei sei OPG italiani (gli altri sono a Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Napoli, Aversa e a Barcellona Pozzo di Gotto, in provincia di Messina) a non essere dipendente dal ministero della giustizia, ma da quello della sanità, ci sono 242 detenuti, (148 uomini e 94 donne) il 68% dei quali condannato per reati contro la persona. Tutti curati con farmaci, programmi psicoterapeutici, psicoeducazionali, e lavori di gruppo. partecipano ad attività scolastiche e di ludoterapia. Qualcuno di loro, qui, sta veramente meglio e, finita la propria pena, non vuole andare via.

Virgilio, Aquarius, Morelli, Arcobaleno sono i nomi dei quattro padiglioni che ospitano degenti da tutta Italia "i pazienti vengono smistati a Roma. Ma spesso il criterio di territorialità è difficile da seguire, anche perché siamo gli unici nel paese ad ospitare le donne" ci spiega il direttore, Antonino Calogero. Quattro palazzine, distribuite in un parco ben tenuto, che di giorno quasi spopolate "preferiscono stare all'aperto" continua il Direttore "A volte siamo noi stessi a imporre loro di non autoisolarsi in camera, e di stare negli spazi comuni: la vita con gli altri è parte integrante della terapia".

Le camere sono al primo piano, distribuite in corridoi, ognuno con un suo nome e, alle pareti, un colore pastello. C'è l'area rosa, quella verde, quella celeste. Un modo attutito per indicare il livello di gravità della loro patologia. I più autonomi dormono in stanze da due. Poi ci sono gli intermedi, in stanze sono da tre. E poi c'è quello più vicino al gabbiotto degli infermieri. Quello in cui il silenzio si sente davvero e le stanze hanno più letti. C'è poi la stanza di isolamento: vuota, solo due letti inchiodati al pavimento. Dalle reti scendono le cinghie di contenzione. "Cerchiamo di usarla il meno possibile, ma ci sono casi in cui è necessaria" dice l'infermiere Alessandro "avevamo cercato di renderla un po' più ospitale, ma ci siamo dovuti arrendere alla violenza delle loro crisi. Dovreste vedere che forza hanno. L'hanno scorso ci siamo rassegnati a far inchiodare i letti. Spostavano tutto, spaccavano tutto. Era troppo pericoloso".

I corridoi e le stanze sono mantenute in ordine dal personale dell'OPG e dai pazienti stessi. Chi può lavora, collabora. Soprattutto nell'Arcobaleno, il reparto ad un piano solo che, dall'altra parte del parco, ospita le donne, e nell'area S.C.R. (Servizio di continuità riabilitativa) un vero e proprio appartamento in cui i pazienti più autonomi provano a cavarsela da soli, assistiti da alcune infermiere che controllano la situazione e li aiutano nelle fasi più difficili, come cucinare o manovrare utensili. "Non è sempre facile, ma a volte i risultati sono veri, visibili. Ci danno enorme soddisfazione", raccontano entusiaste, come pure entusiasta è la signora che si occupa del bar e del piccolo emporio. Con il suo grasso accento quasi-emiliano racconta che "quando apro son tutti qui che vogliono le sigarette. Ma io gli faccio far la coda. Ordinati. Non sgarra nessuno e se vedo

qualcuno che passa avanti agli altri lo rispedisco in fondo. Non sento ragioni”. L’istruttore della palestra, dal canto suo, racconta fiero come i suoi ragazzi hanno perso contro la squadra di Velasco. A raccontarla così Castiglione sembra un’oasi. Quello che rimane quando la malattia se n’è andata per sempre e, al suo posto, è rimasta solo la cura. Sembra che l’ottundimento dei medicinali e il silenzio della degenza abbiano preso il posto delle urla e del delirio.

Però la follia è furba e una via d’uscita la trova sempre. Per esempio nei quadri di alcuni degenti che partecipano all’atelier di pittura. Si tratta di uno dei fiori all’occhiello dell’OPG, eppure i tratti veloci, le associazioni incoerenti, le pennellate scomposte raccontano qualcos’altro. Raccontano i fantasmi che non si vedono e le voci che non si sentono. Raccontano quello che non c’è e che comunque non si può curare.

“Viviamo quotidianamente il fatto che per noi sono malati, pazienti, alcuni anche simpatici. Facciamo fatica a ricordarci che sono assassini, violenti, stupratori”. Così ci saluta l’infermiere Alessandro. Ecco di cosa ci eravamo dimenticati.

Luciana Grosso

“Il mio carcere può rimpiazzare i manicomi”

Mettere da parte le utopie, sperimentando modelli sostenibili per colmare il vuoto delle strutture di secondo livello: centri di terapia intensiva per i pazienti psichiatrici in forma acuta, proposti dalla legge Basaglia per sostituire i vecchi manicomi. La proposta è di Antonino Calogero, direttore dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere. Un carcere a tutti gli effetti, che però tenta di reimpostare il rapporto con i detenuti: senza rinchiuderli, senza emarginarli, trasformandoli in pazienti. Curandoli.

Direttore, l’OPG di Castiglione è stato concepito come carcere: cosa le fa pensare che questo modello possa essere adottato anche per le strutture sanitarie tradizionali?

“Per convincersi basterebbe visitarlo, organizzare un’ispezione ministeriale, chiedere ai pazienti. Ho detto ‘pazienti’ non a caso: qui abbiamo detenuti, molti dei quali hanno commesso crimini contro la persona o la vita, ma non li trattiamo come tali. Qui li curiamo”.

E il Ministero non si è mai mosso per verificare la qualità della struttura?

“Bisogna precisare che qui il ministero competente è quello della Sanità, non della Giustizia: siamo l’unico OPG in Italia a godere di questo beneficio. Qui non ci sono guardie né celle. Il Ministero ha più volte dimostrato apprezzamento per la nostra realtà e i nostri metodi. Eppure, quando si parla degli OPG, riceviamo il trattamento degli altri: ‘vanno chiusi’, dicono, includendo anche noi”.

Che cosa proponete?

“Occorre una premessa: le strutture di secondo livello non esistono. L’idea era quella di sostituire i vecchi manicomi, luoghi di contenzione sovraffollati e dai costi bassissimi, con centri di cura intensiva che offrono molti addetti per pochi pazienti. Economicamente è un modello insostenibile, non accadrà mai. Noi proponiamo di sperimentare il nostro modello in tre o quattro regioni. Non è perfetto, ma è quanto di più simile a ciò che è necessario: un autentico centro riabilitativo, senza celle, nel quale lavora un addetto per ogni paziente. E i costi sono sostenibili”.

Ci riassume i contenuti di questo modello.

“Abbiamo duecento pazienti, suddivisi in quattro aree. Per ogni area ci sono un primario, due psichiatri, quattro operatori sociali e una serie di figure amministrative, logistiche e di supporto. Tre quarti dei pazienti sono totalmente infermi. La contenzione è farmacologica, i pazienti girano liberamente per la struttura fino a sera. Le strutture riabilitative che offriamo sono varie: una cucina per i pazienti, palestra, campi sportivi, piscina, stanze per attività ricreative, un bar, alcuni laboratori, una sala per i barbieri e l’ambulatorio ginecologico per le donne che, lo ricordo, abbiamo soltanto noi in Italia. Il parlatorio per le famiglie non ha alcuna barriera divisoria, c’è contatto col

paziente; inoltre abbiamo creato un Servizio di Continuità Riabilitativa, praticamente un appartamento nel quale i pazienti vivono autonomamente, a turno, per un periodo”.

Lo strumento col quale combattete l'emarginazione.

“Uno degli strumenti, a dire il vero. Ad esempio non forniamo buoni per l'acquisto dei beni, lasciamo che usino i soldi veri. Inoltre, ai pazienti più autonomi offriamo uno stipendio di 500 euro mensili per cinque giorni di lavoro la settimana, da sei ore l'uno: tagliano il prato, puliscono, cucinano. In generale, l'emarginazione si combatte in due modi: facendo entrare persone esterne nella struttura, e facendo uscire i pazienti. Da fuori arrivano docenti, artisti, famigliari, ospiti; quanto alle uscite, organizziamo mostre d'arte dei pazienti ed eventi sportivi”.

E gli strumenti che avete sono sufficienti?

“Sono buoni, ma i pazienti potrebbero arrivare qui più pronti a ricevere le cure. La prevenzione, ad esempio, potrebbe anche dimezzare le forme acute di psicosi che conducono al crimine. Basti pensare che oltre il 60% di coloro che commettono crimini in preda a psicosi erano già noti da almeno sette anni alle ASL. Il problema è l'auto-consapevolezza del bisogno di cure: è chiaro che una malattia mentale non viene curata con la stessa spontaneità con la quale si cura una gastrite. È necessario un processo di autocoscienza, accettare di non farcela. E finché la malattia di mente è percepita come la fine della propria esistenza, come una piaga dalla quale non si esce, non faremo passi avanti”.

Quanti falsi malati vi è capitato di ricevere? Ad esempio, criminali autentici con un avvocato troppo bravo.

“Da anni, nessuno. Quello dei falsi malati è un problema chiuso negli anni Ottanta, in seguito a una nota vicenda giudiziaria. La diagnosi è attenta, minuziosa, anche perché una volta approvata dal giudice la perizia psichiatrica non è reversibile, nemmeno da noi. E allora, tenere qui un criminale sano di mente con un pretesto diventerebbe sequestro di persona. Senza parlare del fatto che qui non c'è polizia: saremmo troppo esposti”.

Quanto costa Castiglione delle Stiviere rispetto alle altre carceri psichiatriche?

“Di più, naturalmente. I costi per la contenzione fisica dei detenuti non li abbiamo, ma il genere di servizi che siamo in grado di fornire comporta spese precise. Non posso sapere quanto spendano gli altri, ma posso ipotizzarlo: il nostro costo per paziente è di circa 180 euro a persona, al giorno; il loro, credo, qualcosa in più della metà”.

E quanto costerebbe la famosa struttura di secondo livello?

“Anche qui siamo nel campo delle ipotesi, ma direi almeno il 50% in più rispetto a Castiglione: si tratterebbe di erogare gli stessi servizi, per un numero di pazienti nettamente inferiore. In pratica, il costo individuale risulterebbe molto più alto: un modello, ripeto, economicamente insostenibile su larga scala”.

Fabrizio Monari

Aversa, il manicomio che non è mai scomparso

Lo chiamano carcere bianco. Strane parole da affiancare. Evocano qualcosa di sinistro, di alienante. Di malato. Il carcere bianco è la detenzione presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa. La prigione dei matti cattivi, nell'immaginario comune. La più grande dei sei istituti di detenzione presenti in Italia, con un'interrogazione parlamentare alle spalle, drammatici problemi di sovraffollamento, un deputato (Francesco Caruso) che ogni tanto decide di auto recludersi. E un carcere pieno di fantasmi del passato: scandali, terremoti giudiziari, il suicidio di chi negli anni '70 dirigeva l'istituto dei folli, e forse folle è diventato.

L'Opg di Aversa nasce nel 1876, come sezione penale per maniaci della Casa per invalidi. Allora contava 19 "pazzi criminali". Oggi sono in 300. La disponibilità massima di accoglienza è di 170 individui. Due reparti sono in ristrutturazione. Questo è il centro, un po' carcere e un po' ospedale, dove vanno a finire i detenuti che hanno commesso reati, sono stati prosciolti per incapacità di intendere e di volere ma una perizia psichiatrica li ha definiti "socialmente pericolosi". Dunque niente galera, ma neanche in libertà. Dentro un manicomio. Perché così è, in fin dei conti, un Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

La struttura di Aversa - Adolfo Ferraro, medico specialista in psichiatria forense e criminologia, dirige l'Opg campano dal 1996. Ma qui lavora dal 1980, quando entrò nell'istituto come vicedirettore. Cerca di denunciare, ogni volta che può, lo stato di perenne emergenza in cui versa il suo istituto. Fino ad oggi, con scarsi risultati.

"Che l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, così come è attualmente inteso, abbia fatto il suo tempo è condizione accettata pressoché da tutti", dice Ferraro. Eppure, nulla si muove: "L'impossibilità a risolvere la questione nasce, credo, dalla attuale mancanza di alternative. È più facile mantenere la situazione attuale, piuttosto che lavorare per garantire la dignità di soggetti affetti da patologia mentale".

La squadra di cui dispone il direttore è formata da sei medici internisti, otto psichiatri e due psicologhe consulenti, circa cinquanta infermieri e tre operatori socio assistenziali, tre educatori oltre a un consistente numero di volontari che partecipano ai progetti riabilitativi. Questo per quanto riguarda l'aspetto terapeutico. Poi c'è quello relativo alla custodia: oltre un centinaio di poliziotti penitenziari, non sempre formati per lavorare dentro un Opg.

Un sovraffollamento ingiustificato - Troppi agenti di polizia, perché oltre la metà degli internati potrebbe uscire e comunque non costituisce un pericolo per la sicurezza altrui: "Il 60% dei ricoverati definitivi - spiega Ferraro - sono stati valutati dagli psichiatri dell'istituto come "non socialmente pericolosi", cioè non hanno alcun titolo a rimanere nell'Opg. La loro permanenza è data dall'assenza di strutture territoriali che possano farsene carico". Nessuno li vuole, i matti. Anche se non sono pericolosi per la società, anche se le idee per reintegrarli ci sono: "Le strutture territoriali cui affidare questi soggetti dovrebbero essere rappresentate da case-famiglia o case-alloggio, che permettano il reintegro sul territorio di soggetti affetti da patologia mentale, così come da leggi sanitarie attualmente in vigore. I soggetti ancora socialmente pericolosi potrebbero ricevere maggiori cure ed attenzioni. Più cura e meno custodia favorirebbero la dimissione di chi è in condizioni di essere dimesso, e trattamento più specifico a chi ne necessita".

I suicidi - Internati che necessitano trattamenti più specifici ce ne sono eccome. I casi più gravi stanno tutti nella "staccata", una sezione separata dal resto dell'istituto. Qui i ricoverati passano giorni interi immobilizzati in letti speciali, legati con le cinghie. Un buco al cento del materasso serve per espletare i bisogni. Non tutti riescono a sopportare un trattamento così disumano. Alcuni passano il limite, decidono di farla finita. Nell'ultimo anno e mezzo ci sono stati cinque suicidi. Un numero in crescita rispetto agli scorsi anni, dovuto anche al fatto che nel 2005 Aversa ha accolto internati provenienti da altri Opg in parziale ristrutturazione. In pochi mesi si è passati da circa 200 ricoverati agli attuali 300. Un trauma troppo brusco in un contesto così delicato. E il sovraffollamento non è mai stato affrontato. Senza contare che al momento cinquanta persone sono in regime di "licenza-esperimento", cioè "temporaneamente affidati a strutture esterne o a famiglie. Ma rimangono sempre in carico all'istituto, in caso di fallimento della licenza sarebbero nuovamente e immediatamente riportati in Opg", sottolinea Ferraro.

Cure e terapie - Un ricoverato che non è costretto a vivere nella "staccata", oltre a sottoporsi alle terapie partecipa alle attività trattamentali. Racconta Ferraro: "C'è certamente l'uso dei medicinali, ma si cerca di sviluppare altri metodi di cura tra quelli praticabili all'interno di una struttura "chiusa"". Al massimo 130 detenuti al giorno possono partecipare a queste attività: musicoterapia, laboratori di colore, psicodramma e teatroterapia, accudimento degli animali nell'area verde dell'ospedale, cineforum e altro ancora. Gli "esclusi" sono seguiti da medici e infermieri, che cercano di sviluppare gli spazi di socialità. "Una delle teorie terapeutiche su cui si concentra l'agire psichiatrico che pratichiamo si basa sul rispetto della triade spazio/tempo/relazioni. È evidente che un'istituzione totale quale l'Opg tende ad annullare questi tre elementi e, per necessità o per scelta,

tende ad annientare l'individuo". Un'impresa disperata, quando si devono affrontare difficoltà enormi: "L'affollamento eccessivo della struttura aversana, che dura ormai da più di tre anni, ed una cronica assenza di interessamento di molte strutture sanitarie territoriali di tutta Italia, hanno alterato completamente gli elementi fondamentali del benessere psichico di cui un soggetto malato di mente necessiterebbe", denuncia Ferraro.

Inchieste giudiziarie e interrogazioni parlamentari - Nel 1975, dopo la morte della ricoverata Antonia Bernardini nel manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli, partirono le denunce di gravi illegalità verificatesi ad Aversa e Napoli. Domenico Ragozzino, direttore ad Aversa, e Guglielmo Rosapepe, direttore a Napoli, furono entrambi accusati delle gravi violazioni. Imputati e condannati in primo grado, furono assolti in appello dalle accuse che erano state loro mosse. L'assoluzione, comunque, non cancellò il ricordo dei drammatici fatti avvenuti in quei luoghi. Entrambi si uccisero.

Il 18 aprile 2007 sul Corriere della Sera uscì un articolo che denunciava lo stato di emergenza in cui versava l'Opg di Aversa. Da allora l'Italia tornò a parlare di Aversa e degli altri cinque Ospedali Psichiatrici Giudiziari esistenti, scoprendo che a trent'anni dall'approvazione della legge Basaglia le cose che funzionano sono ben poche. L'inchiesta prese spunto da un'interrogazione parlamentare del deputato di rifondazione Comunista Francesco Caruso, che si rivolse al Parlamento dopo aver visitato l'istituto. Da allora però non successe niente, se si esclude la disposizione di un investimento economico maggiore nelle opere di ristrutturazione. "Quello che avevamo proposto era la costituzione di una conferenza stato-regioni, così da territorializzare in strutture a gestione Asl i pazienti di propria competenza", conclude Ferraro. Lo scorso 5 febbraio Caruso si è autorecluso per denunciare ancora una volta le sofferenze che infligge il carcere bianco. Al momento, nessuna risposta: Aversa sembra destinata a rimanere l'esempio eccellente di un sistema che non funziona.

Marco Lignana

Due passi nel manicomio diffuso

Una strada lunga e anonima, come le tante che si incontrano nelle periferie di una grande città. Palazzi uno accanto all'altro e tutti uguali, un insieme di cemento, asfalto e mattoni che segnano il confine di una realtà dai mille volti e dai tanti problemi. Un mondo a parte che ruota attorno a viale Molise, zona del sud est di Milano. Il centro, da queste parti, sembra distare un'eternità.

Macchine posteggiate come meglio capita, alcune con la carrozzeria segnata da incidenti o tentativi di furto. Immondizia e sporco lungo i marciapiedi, cestini della spazzatura stracolmi. Antenne paraboliche che sbucano come funghi dai balconi degli appartamenti e che indicano l'alta percentuale di immigrati. Camminando lungo il viale si incontrano visi con tratti asiatici, sudamericani e africani. Di tanto in tanto un italiano, che si confonde con gli altri. Ai primi piani delle abitazioni le finestre non sono solo protette da griglie, ma in alcuni casi addirittura sbarrate.

Le cifre parlano di 750 psicopatici ufficiali, ma in realtà sarebbero almeno 1500 su una popolazione di 100.000 residenti, un solo Cps (Centro psico sociale) nel quale operano 3 psichiatri e 2 psicologi. Alle fermate dei bus occhi un po' spersi scrutano i passanti e identificano immediatamente i volti nuovi con un po' di indifferenza e un po' di curiosità. Un gruppo di persone sosta fuori da una panetteria, quella della signora Mariuccia, un luogo di ritrovo dei disadattati sociali che abitano il quartiere. Veri centri di ritrovo non esistono, nonostante la presenza di due moschee, due parrocchie e dei comitati degli inquilini che solo in parte coprono il buco della solitudine. Si intuisce che non c'è integrazione e i motivi sono tanti come tante sono le cause per colpa delle quali un uomo cade nelle patologie psicopatiche.

La signora Mariuccia, una donnina che da dietro il balcone mostra energia e simpatia, non ha dubbi che queste persone vorrebbero essere normali, ma non ci riescono. È anche vero che la presenza di questi malati è diventata un fattore quotidiano e nessuno si meraviglia se, durante la Messa della domenica, uno di questi si mette a compiere gesti fuori luogo durante la cerimonia. Nessuno fiata,

sanno chi è e sanno che non possono fare nient'altro se non continuare a seguire la celebrazione, fingendo che nulla accada.

Un'altra occhiata agli appartamenti. Ci sono finestre senza tapparelle, ma con dei teloni a coprire la luce del sole, di quelli che vengono utilizzati nei cantieri per proteggere le materie dalla pioggia o dall'umidità.

Per trovare il campanello giusto su uno dei citofoni dei condomini bisogna scorrere una sfilza di cognomi che indicano la provenienza da tutta Italia e dalle parti più disparate del mondo. Una umanità racchiusa in questi appartamenti. Centomila individui che si muovono negli stessi spazi che, in un contesto come quello del Molise, sembrano immensamente piccoli se rapportati al numero degli abitanti. Non soffrono tutti di sindrome psichiatrica, ovviamente. Ma lo scenario è così strano e sembra quasi immobile che è facile confondersi. Ed è in questo scenario che si muovono i volontari della comunità Proviamoci ancora. Si muovono per davvero, passeggiando lungo i marciapiedi e cercando di scoprire dietro a quali muri e a quali volti si nasconde la malattia mentale. Con il compito di ricondurli verso la normalità più accessibile. Se però è possibile trovare volontari che si occupino di anziani soli e disabili, diventa quasi impossibile reclutarne alcuni che abbiano a che fare con i matti. "D'altra parte, voi vorreste un vicino di casa che è pazzo?", domanda senza troppi giri di parole Venturoli. "Siate onesti".

Dario Mazzocchi

La periferia fantasma dove vivono gli psicotici

Uno sguardo da ripescare dal buio. È un viaggio di ritorno dall'inferno. Un velo di malinconia spazzato via dal soffio di una voce. Basta poco per sciogliere quelle mani incastrate intorno al capo dal cemento della disperazione. E accendere il sorriso sul volto di un ragazzo che abita tra i grigi balconi del quartiere Molise-Calvairate a Milano. È la forza di un semplice "ciao". "Esisto", penserà. Drizza il capo, ti guarda, risponde con due occhi che brillano e che poco prima avranno visto Gomorra. Vorrebbe iniziare a parlare. Perché da queste parti il più grande desiderio è comunicare. "Questi ragazzi sono normalissimi. Non sono pericolosi, hanno solo sofferenza sul piano delle relazioni. È gente che non riesce a mediare con il contesto e ad aderire agli standard comportamentali", spiega un Alessandro Venturoli che non sembra sorpreso dalle nostre reazioni mentre questo ragazzo sulla trentina si trasforma nella persona più felice del mondo di fronte ad un semplice saluto. È un assistente sociale. Ha una laurea in psichiatria e scrive saggi in materia. Ma per questi ragazzi è un secondo padre. Arriva dal mondo della Caritas, Casa della Carità, dirige il progetto "Proviamoci Ancora" dell'ospedale Fate Bene Fratelli.

L'obiettivo è garantire un'assistenza ed una guida alle oltre 1.500 persone colti da sindrome psichiatrica. Li chiamano psicotici, sono nient'altro che malati mentali o come tutti li definiscono, pazzi. "Il Mondo entra nella loro testa, ma loro non entrano nel mondo", sibilla Venturoli. Il quartiere generale di "Proviamoci Ancora" è incastrato nel cuore del Molise. Nel ventre di quei palazzoni dove l'unica macchia colorata è una bandiera dell'Inter appesa ad una finestra. Una finestra come tante altre che si ripetono monotonamente. Bussano all'ufficio di Venturoli. È un ragazzo di colore. Sembra felicissimo. Ha appena venduto un quadro. Attraverso l'arte ha trovato il modo di fondersi con la società. Molise è il più grande esempio di manicomio diffuso a Milano e in Italia. Ci sono anche altri quartieri per i pazzi, come il Niguarda Ca Grande, ma il Molise non ha avversari. In principio l'idea si fondava sulla prospettiva di favorire l'integrazione di malati per la scienza incurabili. Sorgono i mostri di cemento delle palazzine Iacp-Aler: 1754 case popolari a Calvairate, 935 a Molise, totale 2684 alloggi in questa periferia sud est di Milano in zona 4. Per la maggioranza mini alloggi. Contengono 1.500 pazzi. Solo 750 quelli ufficiali sotto cura.

Negli altri alloggi ci sono extracomunitari, anziani soli, disoccupati, giovani che lasciano presto la scuola (il 15%, la percentuale più alta di Milano), gente "normale" che si mantiene alla larga da queste mini tribù. Mediamente un alloggio si compone di due stanze, un cucinino, un bagno. Pochi metri quadrati per alimentare il disagio che spesso diventa degrado fisico ed ambientale. "Ci sono persone sole che non escono per giorni. Quando li andiamo a trovare troviamo anche lavandini pieni

di merda”, continua Venturoli. A Molise curarli è davvero impresa quasi impossibile. Nel quartiere vi è un solo Centro Psico Sociale (Cps) con 3 psichiatri e 2 psicologi. Poi gli uomini del Proviamoci Ancora: 1 coordinatore (pagato per 25 ore settimanali), 1 educatore, 1 psicologo educatore, 1 assistente sociale. Insieme fanno 60 ore di assistenza a settimana. Ogni malato mentale avrebbe a disposizione tre minuti per parlare con un medico ed appena 40 secondi per esporre paure ed angosce. I pazzi hanno un livello di scolarizzazione molto alto. Quasi tutti diplomati e laureati. Al primo piano, sopra la testa di Venturoli, vive una signora di 57 anni laureata in fisica con 110elode. Sono anni che in giro si vede pochissimo. Perché non riesce ad entrare in rapporto con gli altri. Da queste parti prezioso è il lavoro delle parrocchie. La S. Pio V e la S. Eugenio, nelle quali si cerca di organizzare attività e gruppi di ascolto. Con o senza tonaca c'è gente che combatte tutti i giorni per evitare che il Molise non diventi un grande ghetto. Sempre che non lo sia già diventato. Una zona grigia di cui nessuno parla ma che esiste. Dove vivono “i lebbrosi di oggi”, ammette Venturoli. Malati mentali che fanno paura e per “la psichiatria non esistono volontari. In Italia hanno tutti paura di entrare a contatto con queste persone, di esserne contagiati”. Fuori dalla porta la disperazione ti sommerge fino al collo, ti fa mancare l'aria. Sporczia e rifiuti ti aggrediscono le caviglie lungo strade dove da mesi non passano gli spazzini. È il Molise. Più che un manicomio diffuso, una zona di frontiera. Pronta a scoppiare. Dimenticata da tutti. Uno spettro che si aggira per i salotti della ricca Milano capitale d'Europa.

Mario Pagliara

Tanti problemi, ma all'estero guardano l'Italia

Nonostante i numerosi problemi che sussistono per una vera applicazione su tutto il territorio della legge 180, la situazione italiana è il case studies migliore, per il suo assetto non repressivo e garantista. La normativa psichiatrica italiana è, infatti, oggetto di un grande interesse internazionale. Paradossalmente essa, la più arretrata fino a pochi decenni fa, si configura oggi come la più nuova e avanzata per aver proposto un modello di assistenza psichiatrica che prescinde dal manicomio.

Diversi paesi europei in realtà, diversamente dall'Italia, avevano iniziato a modificare le loro legislazioni già intorno agli anni cinquanta (la Francia nel 1956, la Gran Bretagna nel 1959, la Svezia nel 1966, il Belgio nel 1960). Tuttavia, tenendo anche in considerazione le successive modifiche ed integrazioni intervenute nel corso degli anni settanta ed ottanta (esempio: Francia 1981, Gran Bretagna 1983, Svezia 1982, Spagna 1982, Olanda 1972, Irlanda 1981, Baviera 1982 (84), Norvegia 1981, etc.), tali leggi non riescono ancora a realizzare quel cambiamento culturale così incisivo e repentino nei confronti degli ospedali psichiatrici e, più in generale, nell'approccio ai problemi della tutela della salute mentale, deciso invece dal legislatore italiano nell'ormai lontano 1978.

In quasi tutti i paesi si ha un'assistenza psichiatrica basata sì su servizi territoriali, associati però sempre a manicomi. Tutte le suddette leggi prevedono il ricovero d'autorità in caso di necessità. Lo stato di necessità è individuato sulla base del criterio della pericolosità per sé stessi o per gli altri, anche se talvolta non viene pronunciato il termine “pericolosità” e in sostituzione si usano formule più prudenti ed elaborate, come ad esempio “tutela della vita o della salute del paziente” (Baviera), “Per incapacità di badare a sé stessi o essere di pericolo o grave disturbo per sé ed altri” (Svezia), o ancora “per preservare l'incolumità del paziente o altrui e prevenire un grave deterioramento della salute” (Gran Bretagna).

Inoltre quasi tutti gli stati permettono, accanto al ricovero di autorità, quello di urgenza, ed in questo frangente il più delle volte la decisione è lasciata alle autorità di pubblica sicurezza. Per di più, quando un termine alla durata del ricovero coatto è fissato, e ciò non sempre accade - ad esempio in Francia e in Norvegia tale periodo è indeterminato -, è comunque notevolmente più lungo rispetto al nostro (minimo 28 giorni, come in Irlanda, dove è consentita però anche una proroga). Infine, anche nei paesi in cui il ricovero volontario è contemplato, esso non può in realtà dirsi tale, come ad esempio in Francia, dove questa definizione è data alla richiesta di ricovero da parte di un familiare.

Non esiste una direttiva europea comune, perché la salute è un capitolo a livello di diritto comunitario per il quale vige il principio di sussidiarietà, ovvero ciascun stato membro può decidere quanto e come meglio crede per regolare i piani sanitari a livello nazionale.

L'intervento dell'Unione Europea integra le politiche nazionali volte al miglioramento della sanità, alla prevenzione di malattie e affezioni, all'informazione e all'educazione in tema di salute, nonché a ridurre gli effetti nocivi derivanti dall'uso di stupefacenti. Ma gli Stati membri hanno la competenza esclusiva per l'organizzazione dell'assistenza e dei servizi sanitari. Sussistono infatti, significative discrepanze tra gli Stati membri. Esempio l'importo del bilancio sanitario destinato alla salute mentale che varia considerevolmente a seconda degli Stati membri.

Alcuni Stati, inoltre, hanno abusato della psichiatria, dell'uso di medicinali, del ricovero obbligato o di pratiche disumane, come l'uso di letti gabbia (Repubblica Ceca) o di celle di isolamento, in particolare i paesi dell'est di recente ammissione che hanno ereditato sistemi per la cura della salute mentale inadeguati e ampi istituti psichiatrici e di cura che aumentano l'emarginazione e la disapprovazione sociale. Per disegnare uno scenario completo il Parlamento europeo aveva proposto la stesura di un black book sulle situazioni drammatiche in cui versano i pazienti in alcuni stati europei, ma a causa della mancanza di dati certi non sono riusciti a dare seguito al progetto.

Francia - Unità per malati difficili

Si chiama unità per Malati difficili (UMD) Henri-Colin ed è il fondo, l'ultimo girone della catena umana e delle cure mediche. "Malati difficili è un eufemismo". All'Umd vengono ricoverati d'ufficio e curati con la forza, su decreto prefettizio, tre tipologie di pazienti: gli autori di crimini che, ritenuti irresponsabili, non andranno in prigione, i detenuti profondamente disturbati che rifiutano qualsiasi tipo di cura e infine gli psicotici per cui i servizi di psichiatria si sono dichiarati impotenti.

In Francia esistono 4 Umd, per un totale di 400 posti. Due terzi dei pazienti hanno tra i 20 e i 34 anni, tre quarti sono uomini. Questi centri sono stati creati all'inizio del '900 per proteggere l'ordine sociale e impedire ai malati di mente di nuocere. Le Unità per Malati Difficili sono annesse agli ospedali, ma sono "protette" da cancellate e muri. Una volta erano reparti di massima sicurezza. I pazienti restavano 15 o 20 anni ed erano per lo più psicopatici gravi che adesso vengono spediti in prigione. Ora invece gli psicotici sono la grande maggioranza. Vengono accolti e curati per cercare di ridare loro un posto nella società. Tempo previsto: in media 6 mesi, a volte anche un paio d'anni.

Il cuore pulsante dell'Umd di Parigi è il padiglione 38. I suoi corridoi sono stati attraversati da molti serial killer e qualche cannibale. Le regole sono severe: niente oggetti personali, i tavoli sono sigillati e il televisore è chiuso in un cubo di plexiglas. Non esistono coltelli né forchette. C'è una regola anche per il personale: non voltare mai le spalle ai pazienti. Sovradosaggio di farmaci, cocktail di calmanti, qualche elettroshock (ovviamente sotto anestesia), isolamento e, nei casi estremi, la camicia di forza fissata al letto. Nessun rimedio o soluzione sono lasciati al caso.

L'uscita dagli Umd in realtà consiste in un ri-trasferimento nella struttura d'origine, istituto, prigione o ospedale psichiatrico, obbligata a riaccogliere il paziente o detenuto. Non sono i medici curanti, ma un organismo indipendente composto da psichiatri a presentare la decisione al prefetto. C'è chi esce mediamente stabilizzato e chi ritorna. Non esistono statistiche. Ma le ricadute criminali sono rare.

Serbia: il lento risveglio dopo una lunga guerra

Nel quindicennio 1990-2005 l'intera società serba si è trovata in una situazione particolarmente difficile, sottoposta allo stress di numerose guerre e ad un forte impoverimento. Le condizioni di vita e di cura dei malati ricoverati negli ospedali psichiatrici sono notevolmente peggiorate: lo stato aveva abbandonato queste strutture al proprio destino, tagliando i fondi a disposizione. Secondo un rapporto della Caritas Italiana "negli ospedali psichiatrici serbi la maggior parte dei pazienti viveva in condizioni di degrado umano e mancanza di dignità [...] con carenze in bisogni essenziali quali cibo, letti, servizi igienici e medicine". Situazione ulteriormente aggravata dal sovraffollamento

delle strutture, le famiglie abbandonavano i malati che non erano più in grado di assistere. A fine 2001 nell'ospedale di Vršac erano presenti più di mille pazienti, in quello di Kovin 1400, a Gornja Toponica 1300. Una popolazione di malati mentali cresciuta a causa dei postumi della guerra. Nel periodo 1999-2002 il numero di pazienti ricoverati per problemi psichiatrici in Serbia è aumentato del 13%. Nel 2001, il 27% dei cittadini serbi, e l'11% della popolazione studentesca, presentava i sintomi da stress post-traumatico.

Con la fine degli eventi bellici e del regime di Milošević, il governo e alcuni settori della società sembrano essere tornati a guardare con un'attenzione diversa alle necessità della salute mentale. Nel 2007 sono stati stanziati 12,5 milioni di euro per la ristrutturazione e l'ammodernamento dei principali istituti di salute mentale del paese. Circa 40 milioni di euro, inoltre, sono stati investiti nella costruzione di un centro specializzato che si occupi in maniera specifica dei pazienti in età adolescenziale: sarà il primo in tutti i Balcani. A Medijana, popoloso quartiere al centro di Nis, è stato aperto il primo Centro di Salute Mentale, il cui obiettivo è di ricondurre il paziente, e la cura, nel contesto vivo della comunità e non più nell'isolamento dell'istituzione. Il primo risultato è stato la drastica riduzione nel numero di pazienti ricoverati nel vicino ospedale psichiatrico di Gornja Toponica, sceso da 1300 a 600 pazienti nel giro di pochi mesi, pazienti spesso tornati a vivere all'interno della propria famiglia. Nonostante il successo, il centro di Medijana si è dovuto scontrare con un'opinione pubblica allarmata, tanto che, subito dopo la sua apertura, una scuola poco distante ha iniziato la raccolta di firme per allontanare i pazienti, considerati pericolosi per i bambini televisivi e dei vari eventi per permettere il contatto pazienti-popolazione civile.

USA: La legge di Kendra. Un'alternativa agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari italiani

Sono definiti Aot (Assisted Outpatient Treatments) ovvero: trattamenti assistiti extraospedalieri. Previsti dalla New York's Law for Assisted Outpatient Treatment, detta anche Kendra's Law, sono stati ideati ed attuati a New York nel 1998 e regolamentano il percorso riabilitativo e di controllo del malato mentale scarcerato. Dopo 10 anni si stima che gli atti criminali e violenti che vedevano protagonisti i malati mentali scarcerati siano stati ridotti dell'85%. Gli AOT sono di recente costituzione, ci sono diversi studi che ne dimostrano l'efficacia e potrebbero essere una valida alternativa in Italia alla riforma degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. I servizi dell'AOT vengono applicati in quei casi in cui il paziente si sottrae continuamente alle cure e minaccia i familiari.

In questa situazione, è un familiare o una persona in stretto contatto con il potenziale paziente a richiedere l'ammissione alla struttura. Il tribunale incarica uno psichiatra di valutare il caso e di preparare un piano di trattamento. Il giudice, ascoltati i testimoni e il medico, decide se includere il malato mentale in un AOT. Il trattamento viene applicato in un ambito comunitario e comprende servizi clinici e riabilitativi. In media dopo 18 mesi consecutivi di lavoro in team il paziente riesce a portare a termine con successo gli obiettivi prefissati.

Lara Gusatto

Psichiatria mia quanto mi costi?

Il cinque per cento del Fondo Sanitario Nazionale che, per il 2007, ammontava a 96 miliardi di euro. Risultato: in Italia, stando alle previsioni, l'anno scorso per la psichiatria si sono spesi circa 5 miliardi di euro. Cifra usata per finanziare i 211 Dipartimenti di Salute Mentale (dati 2001) in cui lavorano circa 31 mila operatori divisi tra medici, psicologi, infermieri e quant'altro. Una percentuale però da "fanalino di coda" rispetto alle altre nazioni europee dove, secondo gli ultimi rapporti dell'OMS del 2006, l'Organizzazione mondiale della Sanità, la media della spesa per la psichiatria è del 7,25% del totale della sanità e il numero di operatori per abitanti è nettamente superiore a quello della nostra penisola (3 psicologi ogni 100 mila abitanti in Italia contro i 23 della media europea).

Dopo la legge Basaglia del 1978 e la conseguente chiusura dei manicomi nel nostro Paese la tutela alla salute mentale è diventata di competenza regionale, seguendo sempre le direttive del Ministero

della Sanità, un'autonomia favorita anche dalla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 sulla ripartizione dei poteri tra Stato ed Enti locali. Oggi in Italia si hanno quindi 20 realtà diverse, un mosaico colorato fatto di leggi, modalità di finanziamento e strutture di recupero diverse che possono cambiare anche nettamente da una regione all'altra.

Lombardia

Nella più ricca e popolosa regione italiana si assiste ad una coesistenza tra offerta di assistenza pubblica e privata, ad investimenti in programmi innovati (30 milioni di euro per il triennio 2004/2006) e di prevenzione vicino ad accuse di classismo e di violazione dell'articolo 32 della Costituzione (diritto alla salute) da parte delle associazioni dei familiari. In Lombardia gli ospedali psichiatrici sono scomparsi effettivamente solo alla fine degli anni novanta, cioè quando il Ministero della Sanità minacciò le Regioni di ridurre i finanziamenti se non venivano immediatamente chiusi; erano passati infatti vent'anni ma i vecchi manicomi erano ancora pienamente in funzione. Davanti alla minaccia di un taglio fondi la Regione si è messa all'opera, ed ecco il primo piano per la salute mentale. I dodici ospedali presenti, con circa 3 mila pazienti, chiusero nel 1997 e da quella data la giunta regionale ha iniziato a promulgare leggi sulla salute mentale, e pari passo hanno iniziato a fiorire numerose comunità private pronte ad occuparsi degli ex ospiti dei manicomi. I dati al 2008 nella regione delle industrie e della Madonnina si possono così riassumere: 29 Dipartimenti di salute mentale (DSM), più di 200 strutture residenziali per quasi 3.600 posti letto di cui più della metà offerti da erogatori privati e una spesa annua di circa 530 milioni di euro per circa 100 mila casi all'anno (circa 5 mila euro a paziente).

528 milioni di euro in un anno: e gli altri 167?

Nell'anno 2006 si sono spesi in Lombardia per la salute mentale 528 milioni di euro (contro i 480 milioni nel 2004), a fronte di un fondo sanitario regionale di 13 miliardi e 900 milioni di euro: si è destinato cioè, invece del 5% previsto dal piano nazionale corrispondente a 695 milioni di euro, solo il 3,8%. Una differenza di 167 milioni di euro, contestata da associazioni come "Campagna per la Salute" che chiede più risorse, soprattutto da destinare ai Centri Psicossociali (CPS), i primi sportelli a cui rivolgersi in caso di problemi che spesso non rimangono aperti quanto dovrebbero e mancano di personale. In Regione però considerano anche le risorse impiegate per investimenti strutturali e programmi innovativi con cui si supera ampiamente la soglia prevista. Se prima della legge Basaglia si stimava un costo a paziente intorno alle 150.000 delle vecchie lire per persona (dati del 1994), oggi i costi sono decisamente più alti. Il motivo? Innanzitutto la crescita delle spese per il personale, che rappresentano circa l'80-90% dei costi: prima del 1978 il numero di medici, psicologi ed infermieri era nettamente inferiore degli attuali 4.334 (dati del 2004) imposti dagli stringenti rapporti medici/pazienti delle normative regionali. Oltre a quelli del personale vanno aggiunti i costi fissi delle strutture, come ad esempio vitto e alloggio per quelle residenziali, e le spese per medicinali e per tutto quello che serve alle terapie.

Il funzionamento della tutela della salute mentale in Lombardia si divide tra erogatori pubblici e privati, soprattutto per quanto riguarda l'area residenziale: la Regione infatti stabilisce la parificazione tra pubblico e privato accreditato in base ai requisiti minimi stabiliti per legge, e il conseguente rimborso totale da parte delle Asl e del Sistema Sanitario Nazionale agli stessi per le prestazioni effettuate. Un mercato in cui vige la regola della domanda e dell'offerta quindi, dove le Asl "acquistano" dai soggetti fornitori, pubblici e privati, le prestazioni sanitarie che gli stessi effettuano nei confronti dei malati. Il costo delle prestazioni rimborsate, stabilite da un tariffario approvato in Regione, varia da un massimo di 179 euro al giorno per paziente per i ricoverati nelle Comunità Riabilitative ad alta Assistenza (CRA) ai 45 euro al giorno per gli ospiti delle comunità dell'area della residenzialità leggera. Ad esempio l'Asl di Milano 2 ha sostenuto, per l'anno 2005, costi per prestazioni psichiatri intorno ai 15,3 milioni di euro di cui più del 60% (9,4 mil.) per quelle residenziali, 2,5 milioni per i ricoveri presso i SPDC e il restante per tutte le altre attività territoriali come ambulatori, servizi a domicilio e centri diurni.

Nel 2007 però la tutela della salute mentale lombarda ha ricevuto una piccola battuta d'arresto sottoforma di due ricorsi presentati al Tar della Lombardia, entrambi contro la delibera della Giunta Regionale del 28 febbraio 2007 sul "Riordino della residenzialità psichiatrica". Il primo è stato presentato da Asvap, l'Associazione volontari aiuto ammalati psichici, insieme a Medicina Democratica, Movimento di lotta per la Salute Onlus per denunciare le discriminazioni sociali che la riqualificazione prevista comporterebbe. In pratica, secondo la delibera, dal 1° gennaio 2008 sono previsti dei limiti di età (50 o 65 anni a seconda della struttura considerata) per i nuovi pazienti ammessi dalle residenze e dei periodi massimi di degenza che variano anch'essi a seconda della comunità presa in considerazione. Chi non rientra in tali limiti, cioè gli over 65 con disturbi psichici o chi ha già passato il tempo massimo previsto nella struttura riabilitativa o assistenziale, si deve rivolgere alle strutture della terza area prevista dalla delibera, quella della residenzialità leggera, come ad esempio le Residenze Sanitario-Assistenziali. "In questo modo - spiega l'avvocato dei ricorrenti Alessandra Mari - la Regione scarica il costo sulle famiglie o sull'assistenza, violando il diritto alla salute contenuto nella Costituzione e i principi espressi in materia di servizio sanitario pubblico gratuito". Il problema è semplice: le strutture dell'area riabilitative ed assistenziale, se accreditate, sono completamente pagate dal Servizio Sanitario Nazionale e quindi gratuite per gli utenti; per coloro che invece si rivolgono alla residenzialità leggera invece la quota coperta dalla regione è più bassa, e la restante parte è a carico dell'utente, della famiglia o dei Comuni. "L'esecuzione dei provvedimenti impugnati - si legge nel ricorso - è suscettibile di comportare gravissime esclusioni dai servizi psichiatrici del Servizio Sanitario pubblico di un gran numero di utenti che invece ne avrebbero diritto, con irrimediabile pregiudizio per la tutela della loro salute mentale".

L'Asvap e Medicina Democratica non sono gli unici ad aver espresso il proprio disappunto sulla riqualificazione: anche Fenascop, un'associazione che riunisce diverse comunità terapeutiche private, ha depositato ricorso contro la delibera regionale. Il motivo va ricercato nel blocco degli accreditamenti da parte della Regione per nuove strutture residenziali e semiresidenziali, ad esclusione dei procedimenti già avviati, e nel cambio dei criteri per lo stesso a causa della nuova riqualificazione. Gli avvocati di Fenascop hanno discusso la causa insieme alla dottoressa Mari e per la sentenza si dovrà attendere ancora; entrambi chiedono la sospensione di una parte della delibera e, se verranno accolti i ricorsi, la Regione dovrà rivedere qualcosa nel suo assetto normativo e strutturale per quanto riguarda la salute mentale.

Mariaveronica Orrigoni

Più risorse per la salute mentale

Una mozione sottoscritta da 35mila persone. Un grido d'allarme che la "Campagna salute mentale" ha presentato al Consiglio regionale della Lombardia per tutelare i sofferenti psichici e le loro famiglie. Cinque le questioni su cui si basa la petizione: destinare il 5% del fondo sanitario regionale a favore delle cure psichiatriche, eliminare i vincoli di età per accedere alle strutture riabilitative, istituire una consulta per la tutela dei diritti dei malati, applicare il piano regionale della neuropsichiatria infantile e infine promuovere l'integrazione dei pazienti.

Analizzando qualche dato si scopre come la Regione Lombardia ha speso solo 528 milioni di euro per la salute mentale (dati 2006), il 3% del fondo sanitario totale che ammontava a 13 miliardi e 900 milioni. Quando la legge prevede un minimo del 5%, quindi pari a 695 milioni. Riduzione dei costi anche per la neuropsichiatria infantile: i dati sono fermi al 2003, in attesa di essere aggiornati, ma i numeri di allora parlano di un taglio del 14%, in contrasto con l'aumento dei pazienti che si sono rivolti al servizio. Secondo Antonella Costantino, direttore dell'Unità operativa di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sono necessari più fondi, almeno il 2,5% in più.

Si vive con 240 euro al mese. Questa la cifra che un paziente riceve dall'assistenza sanitaria, solo però se ha maturato un'invalidità superiore al 75%. Se sia è invalidi al 100% la cifra aumenta grazie all'accompagnamento, e si può contare su altri 450 euro.

Limiti non solo ai fondi ma anche alle fasce di età per accedere alle cure. È possibile fruire delle cure intensive solo fino ai 50 anni. Dai 50 ai 65 anni il paziente riceve solo interventi residenziali protettivi. Oltre tale età le persone sono escluse dal circuito delle residenze psichiatriche per essere avviate in abitazioni particolari ("residenzialità leggera") dove le cure sono marginali. Anche il tempo di permanenza è ristretto: 18 mesi per le cure di riabilitazione e altri 36 per l'assistenza. "Non c'è un ufficio psichiatrico che funzioni - dichiara Walter Fossati, docente esperto di politiche sociali e rappresentante di Campagna per la salute mentale -, è necessario che le richieste presentate con la mozione vengano soddisfatte al più presto". La Regione prende tempo e i consiglieri presenti all'incontro promettono cambiamenti. L'incontro tra istituzioni e associazioni avverrà il prossimo 14 marzo, quando Campagna per la Salute mentale presenterà tutte le storie di disagio e abbandono che sta raccogliendo attraverso i suoi sportelli.

Maudie Piccinno

La follia, tra divinità e isolamento

Un viaggio nella storia della follia. Contrapposta alla ragione, alla normalità, e per questo isolata. Già nell'antichità la follia suscitava paura: ritenuta frutto dell'influsso di qualche divinità, i "malati" venivano isolati dai sacerdoti del tempio, che tentavano di alleviare i sintomi con riti e preghiere. Nel Medioevo diventa il risultato di una possessione da parte di spiriti maligni e tra XVI e XVII un vizio incluso tra i sette peccati capitali. Solo sul finire del '700 i malati psichici sono considerati come tali e la psichiatria una scienza medica, completamente libera dai ganci della religione. Il francese Philippe Pinel comincia a distinguere i malati mentali dai poveri, i vagabondi e gli emarginati, cui prima venivano assimilati. Il folle è un individuo incapace di padroneggiare i propri istinti e può essere curato solo in un luogo strutturato, al di fuori di influenze esterne e con la presenza costante di un medico che segua l'evoluzione della malattia. La cura diviene di fatto l'internamento. Gli strumenti terapeutici utilizzati per ricondurre questi malati alla "normalità" sono traumatici, volti a provocare uno shock: docce ghiacciate, diete sbilanciate, isolamento e contenzione fisica, purghe, salassi, oppio.

Ancora nel Novecento si continua con la lobotomia frontale, lo shock cardiaco e l'elettroshock. Mentre dal punto di vista normativo viene introdotta in Italia la legge Giolitti, realizzata nel 1904. Una legge garantista nei confronti del malato, ma orientata soprattutto verso la protezione della società: si propongono infatti limitazioni alla libertà del malato, considerato un pericolo per la società e di "pubblico scandalo". Si affermano i manicomi come realtà immutabili. Ancora negli anni '60 essere ricoverato nell'ospedale psichiatrico comporta l'iscrizione nel "casellario giudiziario". Alcuni passi avanti si fanno solo nel 1968 con la legge Mariotti che abolisce l'iscrizione al casellario, regola il ricovero volontario e introduce la figura dello psicologo, fino alla legge Basaglia del 1978 che prevede la chiusura dei manicomi.

Ricordi da dimenticare. Terribili sono le testimonianze di coloro che hanno vissuto la realtà dei manicomi. Alfredo Bonazzi, ex ergastolano, poeta e scrittore, rimase a letto per sessantotto giorni consecutivi nel manicomio criminale di Reggio Emilia. Nella sua inchiesta sui manicomi criminali, "Squalificati a vita", racconta di "un certo Farina, legato mani e piedi al letto per dieci anni. Di Giuseppe Angioni, eroe di Caporetto andato fuori di testa, dimenticato per quarantacinque anni per via di una svista giudiziaria. Di Teresa Balducci, il cui suicidio ha fatto chiudere per sempre il lager femminile di Pozzuoli". Racconti simili anche dalle parole di chi dal 1970 al 1972 diresse il centro di igiene mentale di Castelvuvuo nei Monti in provincia di Reggio Emilia e mobilitò i sindaci e la popolazione contro il manicomio di S.Lazzaro. "Una donna - racconta Antonucci - studentessa in medicina, era stata internata perché aveva dichiarato di credere nella telepatia. Nella cartella di questa donna era scritto "orientata nel tempo e nello spazio, equilibrata, parla bene, risponde a tono alle domande" Si iniziò il trattamento. Sedute di elettroshock, sei alla settimana, festa alla

domenica, ma poiché con questa terapia la paziente non aveva cambiato parere venne sottoposta anche a coma insulinico. “Questo lo facevano ogni settimana - continua Antonucci - sei sedute di elettroshock e coma insulinico, finché un giorno la donna si risvegliò e disse di essere confusa. Chiunque sarebbe stato almeno confuso dopo un trattamento del genere”.

Il luogo della memoria. L'ex manicomio di Venezia, rappresenta la voglia di non dimenticare, di raccontare. È diventato un “Museo della follia” con testimonianze della vita manicomiale: indicazioni su ciò che stava fuori del manicomio, le paure dei “normali”, e le condizioni materiali di vita delle persone che diventano “i pazzi” (i contadini pellagrosi, i bambini down, le donne depresse, gli epilettici, gli alcoolisti, per citarne solo alcuni). Racconta ancora della medicina, le sue conoscenze e le sue terapie: dall'uso delle catene all'uso del pianoforte, contenzione, cura morale, idroterapia, ergoterapia, farmacoterapia, elettroterapia, terapie di shock, musicoterapie. “Il museo della follia - spiega Mario Galzigna del Comitato scientifico della Fondazione San Servolo - è, al tempo stesso, una testimonianza e un monito: può aiutarci, oggi, a combattere le ambiguità che possono ripresentarsi anche nelle forme più sofisticate di trattamento della malattia mentale, apparentemente estranee ad una logica della repressione e della contenzione”.

Maudie Piccinno

L'ex manicomio Paolo Pini, una città visibile

Su un lato ci sono panchine marroni traballanti. Danno le spalle ad una ex chiesa cattolica, ora diventata ortodossa e affidata alla comunità eritrea. Se si fa ruotare lo sguardo compare sulla destra un ostello, sulla sinistra una gigantesca figura di legno, un pinocchio giallo e rosso seduto su un ceppo, a guardia dell'ingresso di un bar. Di fronte alla chiesa un cancello. Sempre aperto. La piazza sta al centro, colorata ancora dai coriandoli della festa di carnevale appena trascorsa. Contiene alberi spogli, a foglie caduche. È la piazza dell'ex ospedale psichiatrico Paolo Pini, il manicomio di Milano, zona Affori, viale Ippocrate.

Il bar è stato chiamato Jadok, l'ostello al suo fianco Olinda. Quest'ultimo è anche il nome dell'associazione culturale, nata nel 1996 e promotrice di molte iniziative, che nel 1998 ha dato vita anche ad una cooperativa sociale che sviluppa attività d'impresa: gestisce il bar ristorante, una falegnameria, l'ostello, avviando in questi luoghi percorsi di inserimento lavorativo per ex pazienti. Jodok e Olinda sono nomi strani, immaginari. “Il primo è quello di un personaggio delle fiabe di Peter Bichel - ci spiega Rosita Volani, responsabile dei progetti di cultura e comunicazione dell'associazione - uno zio fantastico che nessuno ha mai visto in volto, ma che fa cose meravigliose. Il secondo, invece, è quello di una delle città invisibili di Calvino”. Una città strana, che cresce a cerchi concentrici portandosi dietro le vecchie mura. Ma non si espande come i tronchi degli alberi, con un anello nuovo all'esterno. Qui il nuovo sta nel cuore, preme per uscire. E il vecchio non si perde, si trasforma. Il cambiamento, al Pini, è visibile ad ogni angolo: la piazza in passato era chiamata “piazza della morte”, il bar era l'ex camera mortuaria, l'ostello l'ex convento delle suore. Nella chiesa si celebravano solo i funerali. Il cancello era sempre chiuso perché nessuno entrava mai da questo lato di viale Ippocrate. Ma i malati restano, rinnovati: dietro il bancone del bar, tra i tavoli del ristorante, nella cura attenta di un orto poco lontano, a forma di mandala.

Il primario Arcadio Erlicher racconta come avvenne la chiusura del Pini

Lo storico ex Ospedale Psichiatrico di Milano prende il nome da Paolo Pini (1875-1945), figlio del medico livornese Gaetano trapiantato nel capoluogo lombardo e qui morto nel 1890. Fu molto legato a Filippo Turati e Anna Kuliscioff, cari amici del padre: grande la sua attenzione per i diseredati e gli oppressi, forte quindi la sua vocazione di medico dei bisognosi. L'Ospedale Psichiatrico nasce alla fine degli anni venti del '900 in zona Affori, allora pressoché disabitata, oggi in pieno tessuto urbano all'estremità Nord del capoluogo lombardo. Dopo l'entrata in vigore della legge n°180 del 1978, la cosiddetta legge Basaglia, gli ospedali psichiatrici, anche se molto lentamente, vennero smobilitati.

Il progetto di dismissione del Pini iniziò praticamente solo vent'anni dopo la legge. "Il nostro primo obiettivo era legato all'organizzazione dell'area. In principio il lavoro è stato integrato in termini qualitativi con l'assunzione di educatori, di caposala, di qualche medico. Io sono stato nominato direttore". Parla Arcadio Erlicher, psichiatra, chiamato nel 1993 ad essere in prima linea nella fase di chiusura del manicomio di Milano in qualità di direttore dell'Unità Operativa ex Ospedale Paolo Pini. Aspetto cordiale, voce pacata, grande amico di Basaglia, approdato alla psichiatria dopo un anno di chirurgia non solo per curare ma soprattutto per conoscere le persone e le loro storie.

All'interno del Pini nel 1993 c'erano 150 pazienti con problemi psicopatologici importanti e ancora attivi e un'età media di 50 anni. Le loro relazioni familiari erano difficili e non consentivano il ritorno in famiglia. "Alcuni pazienti si trovavano nel Pini prima del '78, altri sono entrati dopo", spiega il direttore. In realtà, formalmente, gli ingressi furono bloccati dalla normativa del '78, ma l'accesso non era effettivamente precluso. La Provincia aveva infatti predisposto un escamotage: rientro possibile per coloro i quali erano già stati ricoverati prima dell'entrata in vigore della legge 180. "Esitava allora una popolazione cronica istituzionale psichiatrica", spiega il primario, aggiungendo che in realtà gli ingressi furono bloccati solo dal 1993: fino ad allora per i pazienti si riusciva sempre e comunque ad aprire un varco.

Fu una dismissione domestica - La dismissione del Pini ebbe una gestione domestica, non strutturale, soprattutto organizzativa: era necessario abituare i malati a vivere in una comunità badando a se stessi. "Durante la vita in manicomio nessuno possedeva cose proprie né spazi propri" - aggiunge Antonio Restelli, uno degli educatori preposti alla dismissione - "tutto era comune, mancava il concetto di proprietà. Anche la mutande che venivano mandate in lavanderia non erano di nessuno: le indossava pulite chi capitava". I pazienti furono quindi raggruppati in mini appartamenti e fu insegnato loro a vivere: a lavarsi, a vestirsi e ad aprire il frigorifero, sempre serrato in manicomio per paura che ci fosse l'assalto alle provviste.

La chiusura effettiva del Pini avvenne cinque anni dopo l'avvio del progetto, con la legge regionale del '98 che prevedeva una riqualificazione sulla base di bisogni di tipo clinico. I pazienti furono perciò divisi in due fasce: una fascia A (quasi un centinaio, con problemi severi) e una fascia B (12 dementi e con problematiche psichiatriche di tipo schizofrenico residuale). I primi vennero gestiti dall'Ospedale Niguarda, che prese in affitto alcune villette e qualche appartamento all'esterno della struttura, creando così delle comunità protette. I pazienti di fascia B, invece, uscirono dalla gestione psichiatrica e furono presi in carico dalla Asl che aveva affittato per loro una villa a Precotto aprendo una comunità di tipo assistenziale atipica (non prevista dalla normativa). L'esperienza di Precotto finì male. Ci furono molti problemi nel quartiere, nonostante fosse una comunità molto protetta e nonostante i pazienti non uscissero mai privi di accompagnatore.

Ancora oggi i pazienti vivono nel Pini - "La Asl , conclusa l'esperienza esterna di Precotto - prosegue il direttore - ha preferito ristrutturare uno dei padiglioni del Pini , il numero 5, dove oggi vivono 10 persone gestite dalla cooperativa Arcobaleno". Ma questi non sono gli unici pazienti a vivere attualmente nella struttura dell'Ex manicomio: "Cinque pazienti vivono nell'Ostello Olinda nato dalla convenzione tra cooperativa Olinda e Azienda Ospedaliera Niguarda, che si è assunta il carico dei pazienti. A villa Serena, poi, sempre all'interno dell'area, ci sono due strutture residenziali che ospitano in tutto 11 pazienti".

L'ex Pini, una multiproprietà tra Asl, Niguarda e Provincia - Se la realtà di Olinda, o quella del museo d'arte (Il MAPP che raccoglie opere prodotte da pazienti in laboratori curati da artisti contemporanei, presente anche a MIart, fiera annuale milanese dell'arte contemporanea) sono due esempi virtuosi della attuale realtà dell'ex Pini, le difficoltà del luogo sono ancora tante. Il direttore ammette che per i pazienti che lì ancora vivono si sarebbe potuta trovare una soluzione alternativa. "Purtroppo in dieci anni non si è riusciti a fare meglio", racconta. "Le criticità sono molte: la più importante è che l'ex ospedale psichiatrico non è una realtà unitaria, e ciò dipende dall'applicazione regionale della normativa: il Niguarda mantiene la proprietà di aree sulle quali svolge la sua attività sanitaria, la Asl è proprietaria degli uffici, la Provincia possiede alcune zone dell'ex Pini, compresi i terreni fino alla zona Bovisasca: il Pini era infatti il parco di Villa Litta tagliato in due tronconi agli inizi del 900 dalla costruzione delle ferrovie Nord".

Poi, spiegando che Basaglia non approverebbe un'applicazione così parziale della legge a lui attribuita - della quale peraltro, aggiunge, il legislatore non sembra mai aver rivendicato la paternità - racconta della sporcizia, del degrado umano, dei maltrattamenti, dei pazienti nudi legati ai termosifoni, delle iniezioni di zolfo e latte, di ciò che lui stesso vide negli ex manicomio. "Oggi è senz'altro meglio -aggiunge - ma Basaglia non sarebbe contento lo stesso: della burocraticizzazione imperante, del conformismo, delle norme, della separazione tra ingegneria organizzativa e persone. Siamo tutti assorbiti a strutturare il meglio, a organizzare, ma manca ancora, a volte, il contatto con il paziente, con i suoi problemi reali, con la persona".

Maria Gallelli

Arte e pazzia: l'esperimento dell'Accademia della Follia

"Non esiste alcun ingegno se non mescolato alla pazzia", diceva Petrarca. Da Van Gogh a Nietzsche passando per Campana e Ligabue, e finire con Alda Merini. Da sempre la follia ha affascinato e spaventato, assumendo forme e valenze diverse a seconda delle epoche e delle mode del tempo. Dibattuta a livello filosofico nell'antica Grecia, rimossa dalla tradizione conservatrice medioevale, rivalutata nel Romanticismo nel binomio fuoco creativo-folle sregolatezza, per giungere alla posizione positivista di Cesare Lombroso, fondatore della criminologia come scienza, che stabilisce come la genialità, la follia e la criminalità siano tutte devianze da una preconcepita normalità. La commistione tra arte e pazzia è fatto compiuto appieno, in letteratura, musica, cinema e teatro. Ultimo gradino è la fondazione dell'Accademia della pazzia di Claudio Misculin, regista e attore italiano che lavora con i malati di mente, egli stesso ricoverato in manicomio, e che da anni sperimenta con successo un nuovo modo di vivere la pazzia.

Un'Accademia della Follia - È questa l'idea che ha ispirato Claudio Misculin, attore e regista triestino, e che è maturata tra le mura dell'ex ospedale psichiatrico di Trieste nel periodo in cui la 180 ne abbatteva i cancelli. Già nel '76 fonda il primo teatro di matti, poi il sogno continua. È il 1992 quando a Rimini, con un convegno tenutosi nel ridotto del Teatro Comunale Ermete Novelli, Claudio Misculin insieme a Angela Pianca e Cinzia Quintiliani, fonda l'Accademia della Follia che si occupa, appunto, di teatro e follia. Il programma teatrale e culturale è un progetto di ricerca. Spiega Misculin "è una ricerca che tiene aperti, spesso faticosamente, spazi che si vanno rapidamente omologando, sfere che tendono ad automizzarsi, nella schizofrenia del singolo e in quella più generale. Quindi il teatro diventa anche mezzo, strumento di concreta quotidiana mediazione d'oggetto con altri soggetti, sani o malati che siano. Luogo di produzione di cultura, attività di formazione alla relazione con uomini, donne e cose". Una ricerca tra teatro e follia che non esclude, quindi, ma travalica l'aspetto terapeutico con attori a rischio in un'esperienza singolare e universale. L'esperimento triestino è un operare ai confini: geografici, culturali, etnici, di generazione, di centralità e marginalità, di rischio personale, di gruppo, di età, di status.

Da vicino nessuno è normale. Si apre con queste parole il sito dell'Accademia. La vicinanza, che è contatto e scambio, è anche rischio emotivo. Il rischio che si affronta quando si vede il volto dell'altro una volta calata la maschera.

"In noi la follia esiste ed è presente come la ragione. Quando qualcuno è folle ed entra in un manicomio, smette di essere folle per trasformarsi in malato. Il problema è come superare questo nodo, superare la follia istituzionale e riconoscere la follia là dove essa ha origine, come dire, nella vita." Queste sono parole di Franco Basaglia, colui che volle la legge di revisione ordinamentale dei manicomio che porta il suo nome. Il suo cruccio, nucleo del suo pensiero, era proprio la deistituzionalizzazione della malattia. Superare il preconcepito legato alla follia invece è altra storia. Quello lo si può fare con l'arte, ad esempio. Portando sul palco la pazzia dei singoli per spostare l'attenzione sull'io che è universale, con i suoi desideri e le espressioni più pure del sentire, senza la mediazione della ragione. Portare in scena i matti per scovarne altre maschere oltre a quella unica e sovradeterminata di malato. Questa la sperimentazione voluta da Misculin. Non si tratta dell'unica iniziativa, proprio in questi giorni ad esempio è partito il reclutamento per la creazione della Grande Orchestra de "I Mati de Trieste", che gli artisti Gino Paoli e Simone Cristicchi si sono offerti di

sostenere. Pare quasi di sentirla: “comunque di me parlino i mortali comunemente, tuttavia io, io sola, dico, rassereno col mio influsso uomini e dèi [...] Ciò che grandi oratori possono a stento produrre con discorsi lunghi e lungamente meditati, io, con la mia sola presenza, l’ho ottenuto in un momento: avete cacciato via il tormento delle preoccupazioni”. E non è poco. È follia.

Natascia Gargano

Schizofrenia: prevenire si può

Sente le voci, vede cose che non esistono, ha repentini sbalzi di umore. Percepisce odori e sapori strani, si convince di realtà illusorie: questo è quello che succede ad un malato psicotico.

Si stima che in Italia i malati di schizofrenia siano 400.000/ 500.000. La schizofrenia è una malattia che colpisce una persona su cento nel mondo, e può ridurre il malato in un profondo stato di disorganizzazione cognitiva ed affettiva. In un anno i pazienti affetti da questa patologia ricevono in media 10-15 interventi clinici e psicoterapici, troppo pochi per un vero impatto terapeutico, contro una media di 4-6 per i pazienti affetti da disturbi affettivi in genere. In tale situazione, la modalità d’intervento standard prevede la terapia farmacologia e successive sedute di riabilitazione. Ma da qualche tempo le ricerche in campo internazionale si stanno volgendo alla prevenzione. A Milano esiste già un Centro, assolutamente innovativo nel suo campo, che si occupa dell’individuazione e del trattamento degli esordi della psicosi.

Si chiama “Programma 2000” ed è un’iniziativa sperimentale avviata nel 1999 dal Dipartimento di Salute Mentale dell’Ospedale Niguarda, grazie ad un finanziamento regionale.

Cos’è “programma 2000”

È un centro di prevenzione rivolto ai giovani dai 17 ai 30 anni, la fascia d’età in cui principalmente si manifestano i primi disturbi. I pazienti vengono accolti in una sede riservata esclusivamente a loro, un Centro Psicossociale all’interno del parco Bassi.

L’ambiente è molto informale, caratterizzato in senso giovanile, e non crea la possibilità di avere contatti demoralizzanti con pazienti nella fase più avanzata della malattia. “L’idea che sta alla base del progetto è che la schizofrenia si possa prevenire, o comunque contenere, se viene affrontata in tempo”, ci spiega il prof. Angelo Cocchi, lo psichiatra che del progetto è il responsabile. Nella maggior parte dei casi, l’esordio della malattia è preceduto da un periodo in cui si manifestano i primi sintomi riconoscibili: tendenza ad isolarsi da famiglia e amici, perdita di concentrazione, abbandono della scuola o del lavoro. Interventi mirati in questa fase possono ridurre i danni o addirittura evitare il manifestarsi della malattia. “I servizi attuali si occupano dei momenti di crisi acuta ma la fase che precede l’esordio della malattia non è contemplata”- prosegue Cocchi-” La specificità del centro è di occuparsi di questi periodi in cui la situazione è ancora fluida e il danno può essere contenuto, e di accogliere i giovani in un Centro dedicato solamente a loro. “Programma 2000” è l’unico in Italia che studia un trattamento mirato, senza lasciare che la malattia diventi cronica e senza medicalizzarla in modo estremo”.

Cosa si fa all’interno della struttura

I pazienti entrano in contatto con il Centro principalmente su segnalazione di altri servizi psichiatrici, della famiglia o della scuola. Può succedere che sia lo stesso soggetto a presentarsi autonomamente. “Un’ altra peculiarità del nostro centro è la facilità con cui si può avere accesso. Se riceviamo una segnalazione telefonica, cerchiamo di fissare l’appuntamento non oltre le 48 ore successive” puntualizza il prof. Cocchi. Dopo un primo colloquio di valutazione, si progetta un percorso individuale e personalizzato per ogni singolo paziente. Le attività vengono concordate con la famiglia. La presa in carico prevede un intervento su più livelli: psicoterapia, psicoeducazione, farmacoterapia, supporto alle attività sociali, e viene “tagliato su misura” in rapporto alle caratteristiche di ogni giovane. Ad esempio, se i pazienti hanno difficoltà a concentrarsi nello

studio, si cerca di insegnar loro un metodo per studiare con più profitto, mettendo a disposizione spazi e competenze.

Obiettivi raggiunti

Il programma dà ottimi frutti. Li illustra la dottoressa Anna Meneghelli, Psicologa e Psicoterapeuta, coordinatrice del Programma 2000: “Ad oggi, i pazienti in cura sono 106. La presa in carico dei pazienti da parte del programma è di 5 anni: durante questo arco di tempo, solo l’8% degli assistiti evolve in psicosi. Nell’ultimo anno la percentuale si è abbassata, siamo sul 6%. Il 50% dei pazienti ha un cambiamento in positivo del proprio ruolo sociale, il 32% ha conservato il ruolo che aveva in precedenza. Nessuno ha perduto il posto che occupava prima nella società”

Valutazioni per il futuro

Purtroppo in Italia siamo ancora ai primi, incerti, passi. In altri Paesi, come il Regno Unito e Singapore, l’approccio preventivo è già una realtà. Vanno citati gli esempi del programma EPPIC a Melbourne e l’EIS di Birmingham (UK). “Si spera di poter diffondere anche in Italia l’esperienza del nostro Programma 2000, anche se bisogna registrare una sottile diffidenza, forse ideologica, degli psichiatri italiani nei riguardi dell’approccio preventivo. Soprattutto, non si può non tener conto dei ritardi cronici nell’organizzazione, sviluppo e manutenzione delle strutture di base per la Salute Mentale, i Dipartimenti” conclude il prof. Cocchi.

Zelia Pastore

Terapie di gruppo per far vivere la rete

Farmacoterapia, attività psicosociali e gruppi di auto-aiuto sono le tre vie per far fronte ai problemi di un malato psichico. A trent’anni dalla legge Basaglia i farmaci restano ancora un rimedio insostituibile: i più prescritti sono gli antipsicotici, un cocktail che permette al paziente di tenere a bada problemi cronici. “Gli sviluppi principali sono stati due”, spiega Arcadio Erlicher, primario dell’unità operativa di psichiatria del Niguarda di Milano. “I vecchi antidepressivi sono stati soppiantati da inibitori della serotonina, preferiti perché danno meno effetti collaterali. I nuovi antipsicotici come il risperdal stanno sostituendo i vecchi antipsicotici. Presentano meno effetti collaterali extrapiramidali ma sono più cari e in questo senso c’è stata una certa spinta delle case farmaceutiche”. Cambiano le vie di assunzione, orale o attraverso un’iniezione che garantisce la dose di farmaci mensile, ma gli effetti collaterali rimangono gli stessi. Si riflettono sulla salute, con disturbi cardiaci o metabolici, e sull’umore condizionando la vita di tutti i giorni. Oltre a un metodo di cura individuale, come l’uso di farmaci, l’aiuto degli altri nelle terapie di gruppo è fondamentale per analizzare problemi e ricostruire una vita sociale.

I gruppi

La regione Lombardia promuove i gruppi di auto-aiuto: ogni Centro Psico Sociale si organizza autonomamente e ha le proprie linee guida. Molto è lasciato alla buona volontà dei singoli psicologi, molto dipende da quanti soldi stanziava l’azienda ospedaliera. Nel Cps di Saronno, cittadina a pochi chilometri da Milano, i gruppi ci sono. Quello che manca sono le risorse in più per mandarli avanti. Gruppo solitudine, ansia e panico, teatro e terapie occupazionali: sono progetti legati da un unico obiettivo, affrontare i problemi attraverso le relazioni con gli altri e creare una rete di contatti da proiettare fuori dal centro, nella vita “normale”. “Il nostro obiettivo è il pieno reinserimento sociale per disagi lievi”, spiega Barbara Furlan, psicologa e consulente al Cps. “Per i problemi più gravi possiamo solo dare un aiuto all’interno di una terapia più ampia. Ad esempio un paziente che non parlava, non interagiva con gli altri è riuscito ad andare in scena dopo il laboratorio di teatro”. Il consulente, che organizza e manda avanti i gruppi, è però spesso precario e sottopagato. Il contratto

dura sei mesi o due anni, poi può essere rinnovato. Ma, se lo psicologo riceve altre offerte, spesso cambia sede. Per questo il turn-over è molto alto, e per questo motivo il vero problema è quello di ricreare a ogni cambio del personale un rapporto con i pazienti mai tanto indispensabile come per le terapie di gruppo.

Il facilitatore sociale

Aiutare gli altri per aiutare se stessi. Su questo concetto si basa l'idea del facilitatore sociale, un paziente che durante la terapia decide di impegnarsi per chi sta peggio di lui. Anna Riccardi, da 14 anni in cura al Cps di Saronno, ha seguito un corso organizzato dall'ospedale per diventare facilitatore. Quando si ha una certa età ritornare a scuola non è semplice, ma è una fatica ricompensata dal valore stesso della terapia: “noi che abbiamo avuto problemi possiamo aiutare gli altri”, recita lo slogan. Il facilitatore affianca il consulente nelle terapie di gruppo, organizza corsi di cucito, offre compagnia e assistenza a casa o nelle comunità protette. “Aiutare gli altri è una terapia”, spiega Anna, “e anche un modo per sentirsi utili quando non si può avere un lavoro “normale””. Dopo dieci mesi di attività riceve una piccola pensione, 600 euro all'anno. Intanto Anna Riccardi, insieme ad altri facilitatori, sta costituendo una cooperativa per trasformare la terapia in un vero e proprio lavoro.

Il paziente

Il valore della terapia dovrebbe essere quello di creare relazioni per ricostruire la vita sociale che è stata distrutta dalla malattia. Impegnarsi per uscire dal silenzio e dalla solitudine in una comunità protetta, prepararsi al ritorno a una vita “normale” che emargina e separa il malato. I problemi per Giuseppe, in cura al Cps di Saronno, sono iniziati a diciotto anni. Una diagnosi di schizofrenia, il ricovero in una clinica privata e poi vent'anni tranquilli, con la malattia tenuta a bada da farmaci e terapie. Una cura sbagliata ha fatto riemergere la malattia con lo strascico inevitabile di ricoveri e problemi in famiglia e sul lavoro. Calmate le acque e passata la crisi, rimane il problema di una socialità da ricostruire. La terapia fatta di farmaci e colloqui è inevitabile, come le ore nei gruppi di auto-aiuto: ad esempio “riflessioni in scena”, quando il paziente è protagonista di uno psicodramma sul proprio vissuto, o il laboratorio di musicoterapica. “Il valore dei gruppi è quello di creare una rete di sostegno, contatti per aiutarsi a vicenda”, spiega. “La gente non sa come comportarsi di fronte a questo tipo di malattie. I datori di lavoro non capiscono che assumere psicofarmaci a livello continuativo toglie energie e risorse, e finiscono per escluderti”.

La tabula rasa di relazioni viene riempita a piccoli passi. In questo il sistema pubblico può superare il privato. Ma, fuori dal mondo dorato dei gruppi, rimangono i problemi legati alla vita reale. I soldi soprattutto, quando mantenere una famiglia con una piccola pensione di invalidità è impossibile. Il tetto è di 220 euro al mese se non si hanno altri redditi, 820 euro se si chiede l'accompagnamento. Ma Giuseppe, con un'invalidità oltre il 75%, non può riscuotere perché guadagna più di 4mila euro all'anno.

Andrea Gianni