

Le navi dei folli e una ipocrisia tutta italiana - Gemma Brandi e Mario Iannucci

personaedanno.it, 2 ottobre 2019

Relazione al convegno Woodstock 2019, Persone in movimento (1)

Il Corriere della sera del 6 settembre ci ha informati che il «Tribunale di Milano [...] ‘Sezione specializzata in materia di immigrazione’ [...] ha riconosciuto] a un 31enne proveniente dal Gambia non la ‘protezione sussidiaria’ o almeno quella ‘umanitaria’, come chiedeva il ricorso dell’avvocato [...], ma appunto la più ampia ‘protezione internazionale’, proprio a motivo del rischio di essere perseguitato in patria a causa della propria schizofrenia»(2). La pronuncia del Tribunale di Milano ha annullato la decisione con la quale il Prefetto aveva revocato all’uomo le misure di sostegno e la ‘Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale’ (organo del Ministero dell’Interno). Le misure di sostegno erano state revocate dal Prefetto dopo che il trentunenne gambiano, affetto da schizofrenia, era andato incontro, probabilmente a causa del grave disturbo psichico, ad alcuni comportamenti potenzialmente forieri di pericolo (“scoppi di violenza”, incendio di oggetti nel centro di accoglienza che lo ospitava, passeggiate lungo i binari ferroviari “in stato confusionale”...).

Il Tribunale di Milano ha concesso all’uomo la protezione internazionale in ragione del fatto che, se «[...] l’Italia lo rimandasse in Gambia, lì sarebbe esposto ai trattamenti discriminatori con i quali la legge e i costumi sociali in Gambia maltrattano i malati mentali come ‘non-persone’ equiparate alla stregoneria». La decisione del Tribunale sarebbe dunque da condividere, specie considerando che si tratta di garantire a un uomo il diritto di essere curato per una grave malattia, ciò che in Gambia, secondo il Tribunale, non potrebbe essere fatto. Ma siamo proprio sicuri che tale decisione sia da condividere? Prima di farlo occorrono alcune precisazioni.

La prima precisazione è relativa alla cura di tutti i disturbi psichici negli stati della West Africa. Per avere anche solo un quadro sommario di come vengono affrontati i problemi dei malati di mente in quei Paesi, sarebbe sufficiente leggere il bellissimo reportage che il NYTimes effettuò nel lontano 2015 (da allora abbiamo citato più volte tale articolo): The Chains of Mental Illness in West Africa(3). Benedict Carey, l’autore dell’articolo, descrive perfettamente le modalità con le quali vengono curate, nel West Africa, le persone che presentano delle turbe psichiche. Le foto di persone chiaramente disturbate e incatenate agli alberi turbano senza dubbio le coscienze di noi “civilizzati”. C’è tuttavia da considerare che molte di quelle persone vanno spontaneamente a chiedere di essere “curate” così, con trattamenti fatti di contenzione e di preghiere. Talora vengono li accompagnate dai parenti. E’ il loro modo di affrontare il problema. Anche perché le loro credenze li inducono spesso a ritenere che i disturbi siano frutto di “malocchio” o di influenze malevole/demoniache. Noi abbiamo altri costumi e, quindi, possiamo anche scandalizzarci per quelle credenze e quei ‘trattamenti’, che rimandano ai nostri “Bedlam” prima di Tuke, di Chiarugi, di Esquirol e di Pinel. Le condizioni socioeconomiche in cui vivono questi Paesi (Liberia, Togo, Sierra Leone, Benin, Gambia...) non sono poi molto lontane da quelle dell’Europa dell’inizio ‘800, se si escludono ovviamente i media communication tools e le armi, che sono in genere di nuovissima generazione. C’è d’altronde da considerare che, nonostante la lunga dominazione (e depredazione) da parte dell’Occidente civilizzato (la lingua ufficiale del Gambia è l’inglese), nei Paesi del West Africa le cure che noi consideriamo ‘efficaci’ in campo mentale potevano essere garantite nel 2015 (stando a ciò che ci ha raccontato il reportage del NYT): da uno psichiatra in Liberia (lingua ufficiale inglese; 4 milioni di abitanti); da tre psichiatri nel Niger (lingua ufficiale francese; oltre 20 milioni di abitanti); da quattro psichiatri nel Togo (lingua ufficiale francese; 6 milioni di abitanti); da sette psichiatri nel Benin (lingua ufficiale francese; 6 milioni di abitanti); da nessuno psichiatra in Sierra

Leone (lingua ufficiale inglese; quasi 6 milioni di abitanti). Il Gambia (lingua ufficiale inglese; quasi 2 milioni di abitanti) è un po' più fortunato della Sierra Leone: nel 2012 aveva uno psichiatra e una cinquina di infermieri psichiatrici per tutto il territorio(4). Lo psichiatra lavorava nell'unico ospedale psichiatrico del Paese, il 'Taka-Taka', sorto sulle vecchie e dismesse mura di un carcere, ristrutturato con i fondi di una ONG olandese.

Se questa è l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica nei Paesi della West Africa, la logica che ha ispirato la recente sentenza del Tribunale di Milano ci imporrebbe di andare a prelevare tutti i malati di mente di quei Paesi per garantire loro le cure che noi stimiamo adeguate, non persecutorie e non stigmatizzanti. E lo potremmo e lo dovremmo fare quando fossimo certi che, per quei malati di mente, le nostre cure fossero migliori di quelle che ricevono nei loro Paesi e, soprattutto, quando fossimo certi della loro accettazione delle nostre cure. Sarebbe meglio, fra l'altro, che lo facessero gli inglesi e i francesi, considerando che la lingua è uno strumento essenziale per la comprensione (e dunque per la cura) di quelle persone sofferenti.

La seconda precisazione. Sempre dal Corriere apprendiamo che il paziente gambiano è stato in cura, a Milano, presso il "Servizio ambulatoriale di Etnopsichiatria dell'ospedale Niguarda (che ne [ha] diagnostica[to] un disturbo schizoaffettivo e ne [ha] raccomanda[to] il collocamento in una struttura di accoglienza per avviare un lavoro multiterapeutico)". Questo Servizio "riesce ogni tanto a stabilizzare [il paziente], [...ma solo] tra un ricovero e l'altro, interrotti da sue temporanee irreperibilità". Dunque: il Servizio di Etnopsichiatria fa un lavoro "prezioso", ma solo fra un ricovero e l'altro! Vale a dire che un paziente, affetto da una grave forma di schizofrenia, lo si cura durante un inevitabile ricovero e poi lo si abbandona completamente, perché irreperibile, subito dopo le dimissioni! E questa sarebbe una assistenza preziosa? Non prendiamoci in giro! Gli Stranieri Temporaneamente Presenti hanno diritto, in Italia (o almeno in Toscana), alle sole cure occasionali urgenti, ma non hanno alcun diritto alla assistenza continuativa e alla assistenza di base. Come si può dunque pretendere che possano essere adeguatamente curati, in Italia, pazienti psichiatrici gravi che non possono essere presi stabilmente in terapia, che spesso non hanno una casa, non hanno parenti, non hanno amici, non conoscono la nostra lingua, i nostri costumi, la nostra cultura? Come si può pretendere che i loro disturbi possano essere compresi, ammesso che possano farlo (ma è molto discutibile che sia così), da Servizi di Etnopsichiatria che si contano col contagocce su tutto il suolo italiano? Ma come si può proporre, per il paziente gambiano affetto da un disturbo schizoaffettivo, il "collocamento in una struttura di accoglienza [terapeutica, ci auguriamo] per avviare un lavoro multiterapeutico", ben sapendo che questa struttura non potrà mai essere messa a disposizione? O meglio: potrà e dovrà essere messa a disposizione se il paziente, invece di incendiare una borsa in un centro di accoglienza per migranti, dopo aver preso un piccone e avere spaccato la testa, uccidendoli, ai primi tre ignari passanti che troverà per strada(5), o dopo avere aggredito violentemente due donne in una stazione(6), verrà inevitabilmente mandato, perché infermo di mente e pericoloso, in una delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (REMS), che costano allo Stato Italiano non meno di 300 € al giorno per ciascun ricoverato (la dizione da usare stando a talune norme del CP, sarebbe internato). Oppure verrà mandato in carcere, come è successo al ghanese Adam Kabobo, il quale, benché affetto da schizofrenia, avendo ucciso con un piccone tre passanti è stato condannato a 30 anni di carcere (più tre eventuali anni in una REMS). Con il carcere che non è che costi assai meno di una REMS: circa 140 € al giorno (tre miliardi di € in totale in un anno; il PIL del Gambia, nel 2017, era di 1,105 US\$). Ecco, se la struttura dove operare un "lavoro multiterapeutico" deve essere un carcere italiano, è discutibile che questa soluzione sia meno stigmatizzante e più utile di uno dei luoghi di seclusione e preghiera del Ghana.

La terza precisazione. E' oramai da moltissimo tempo che -avendo noi lavorato per alcuni decenni, come psichiatri, nel carcere e nella salute mentale pubblica- segnaliamo l'altissima prevalenza di malattie mentali gravi all'interno dei luoghi di reclusione. Non siamo comunque i soli

a segnalargli. Lo fanno tutte le ricerche scientifiche internazionali compiute nel mondo western, Egualmente da molti anni non si può ignorare l'incremento degli stranieri nei luoghi di reclusione. Gli ultimi dati statistici del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria(7) ci dicono che, su 60.741 detenuti presenti in Italia, 20.351 (il 33,5 %) sono stranieri. Le stesse statistiche ci dicono che, su 326 internati in colonie agricole, case di lavoro etc, 72 (vale a dire il 22%) sono stranieri. Di questi 72 stranieri solo 1 è del Gambia, ma ben 36 (il 50%!) provengono dalla West Africa (West, Centro-West e Nord-West: Gambia 1, Ghana 1, Liberia 1, Senegal 1, Niger 1, Nigeria 6, Marocco 15, Algeria 6). Non abbiamo dati sulla presenza di stranieri nelle REMS, nonostante le assicurazioni del Ministro della Salute per il 2019(8). Gli ultimi numeri (almeno gli ultimi di cui noi disponiamo) sulla prevalenza degli internati stranieri nelle strutture per le misure di sicurezza detentive sono del 2014: si tratta quindi di dati relativi agli OPG. Al 31.12.2014 risultavano presenti negli OPG italiani 127 stranieri, vale a dire il 16,5% della popolazione totale degli OPG. E le percentuali dei malati di mente stranieri ospiti di strutture detentive italiane appaiono in costante crescita. Pensiamo davvero, visto che anche la gente comune si accorge che "in giro ci sono un sacco di matti" -anche "matti" italiani- i quali non vengono adeguatamente riconosciuti e curati, pensiamo davvero che questo impoverito Stato italiano possa provvedere adeguatamente alla cura degli stranieri malati di mente? Cerchiamo di non essere ipocriti e di ammettere la nostra impotenza. Oppure facciamo le viste di essere onnipotenti e prepariamoci all'arrivo, sulle nostre coste, di una marea di "navi dei folli". Anzi, mettendo la testa sotto la sabbia degli splendidi, infiniti e sovraesposti litorali mediterranei del nostro Paese, scotomizziamo Charlie Hebdo, scotomizziamo la Promenade des Anglais di Nizza e persino Anders Breivik, facendo finta che niente sia avvenuto, che niente stia avvenendo e che niente avverrà.

NOTE

1. Testo della Relazione presentata dagli Autori a Trieste il 13.09.2019 nell'ambito del Convegno "Persone in movimento. Woodstock 2019".
2. L'articolo è stato ripreso da Ristretti Orizzonti ed è reperibile al seguente link:
http://www.ristretti.org/index.php?option=com_content&view=article&id=82653:concesso-lasilo-a-malato-di-schizofrenia-qin-gambia-rischia-di-essere-uccisoq&catid=220:le-notizie-di-ristretti&Itemid=1
3. Carey B., The Chains of Mental Illness in West Africa, in NY Times, 11.10.2015
<https://www.nytimes.com/2015/10/12/health/the-chains-of-mental-illness-in-west-africa.html>
4. Kretzschmar I. et al, Mental Health in the Republic of Gambia, International Psychiatry, Vol. 9, N. 2, May 2012, pp. 38-40.
https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E135B098BC877D2B5F172D49543B5447/S1749367600003076a.pdf/mental_health_in_the_republic_of_the_gambia.pdf
5. Il riferimento è, come ovvio, ad Adam Kabobo, il ghanese (trovato affetto da schizofrenia paranoide da diversi periti) che nel 2013 uccise tre passanti a Milano Niguarda. Kabobo è stato condannato come seminfermo di mente a 30 anni di carcere (più tre eventuali anni in una REMS, perché "seminfermo di mente" e pericoloso).
6. Ci riferiamo all'ultimo episodio aggressivo, avvenuto appena quattro giorni or sono (il 9 settembre 2019) nel sottopassaggio della Stazione Ferroviaria di Lecco, dove un ventiquattrenne del Togo ha colpito violentemente e senza alcun motivo apparente due donne, una delle quali con un pugno. Il giovane del Togo, evidentemente in preda a un grave disagio psichico, veniamo informati

dai media che verrà sottoposto a perizia psichiatrica. Cfr., ad esempio, la notizia (corredata da filmato) riportata da Il Messaggero al seguente link:

https://www.ilmessaggero.it/video/cronaca/stazione_aggressione_lecco_uomo_immigrato_donne_oggi_11_settembre_2019-4727658.html

L'episodio aggressivo, tutt'altro che isolato, rimanda ai perturbanti knockout games, ormai molto diffusi in tutto il mondo. Si veda, in proposito, il servizio mandato in onda nel 2013 dalla CNN, dopo uno dei mortali knockout di questo tipo:

<https://edition.cnn.com/videos/bestoftv/2013/11/19/knock-out-game-brown-newday.cnn>

7. http://www.ristretti.it/commenti/2019/settembre/pdf/detenuti_agosto.pdf

8. Ministero della Salute, Atto di indirizzo per il 2019, p. 5.

“Nel 2019 proseguirà il lavoro finalizzato ad assicurare condizioni di vita ed assistenza sanitaria adeguata nelle carceri, anche attraverso la partecipazione al Tavolo di Consultazione permanente istituito presso la Conferenza Unificata. Inoltre proseguirà il monitoraggio della situazione successiva alla chiusura Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) per garantire una visione nazionale della operatività delle strutture Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), alternative OPG, gestite dalle Regioni, per le quali è necessario sviluppare strategie condivise”.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2784_allegato.pdf

9. Dati ufficiali del Ministero della Giustizia

http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?facetNode_1=3_1_6&facetNode_3=1_5_31&facetNode_2=3_1_6_0&previousPage=mg_1_14&contentId=SST1110170