

PROGETTO PER UNA SALUTE MENTALE DI COMUNITA' A VENEZIA

A proposito della salute mentale la *specificità veneziana* è soprattutto ***specificità di una cultura anti istituzionale*** che si è diffusa solo in pochissime altre sedi del Veneto. Per spiegare tale cultura occorre tornare indietro nel tempo. Pur senza arrivare alle radici, all'archeologia del nostro sapere scientifico, che Foucault fa risalire dalla cosiddetta età classica (grosso modo tra il XVI° e il XVII° secolo) fino alla rivoluzione francese, a Pinel e ad Esquirol, mi limito ad osservare che la vera funzione dei manicomi si ritrova ben chiara in Italia nella formulazione della legge del 1904 che ha preceduto la 180/833: essere i luoghi di *custodia e cura* in cui collocare, per lo più per tutta la vita, le persone prive di mezzi "pericolose a sé e agli altri e di pubblico scandalo". Ecco le due funzioni della psichiatria ai suoi esordi: *il controllo sociale* (vedi caso, dei poveri) e *la difesa della pubblica decenza*, che precedono la *cura*, la quale si limita per lo più ad essere cura del corpo (solo il direttore del manicomio doveva essere uno specialista, una sola persona per un luogo che poteva accogliere centinaia o addirittura migliaia di malati). Al centro della cultura antimanicomiale c'è il riconoscimento dell'incompatibilità dei due termini: cura e custodia, a meno di non effettuare il loro rovesciamento conferendo priorità assoluta alla cura. Gli operatori veneziani che hanno chiuso definitivamente S.Servolo e S.Clemente hanno lavorato contemporaneamente con i malati e con il contesto sociale che li accettava, li rifiutava, li temeva, senza per questo abdicare alle proprie precise responsabilità e negare la necessità di intervenire anche sul piano della presa in carico delle criticità dei comportamenti. Il che significava anche "accompagnare" il paziente nel prendersene carico, anche ponendo attenzione ai suoi bisogni concreti. Ben diverso è attribuire un comportamento esclusivamente a chi lo agisce ed invece interrogarsi criticamente sul contesto reale in cui tale comportamento viene agito. E quindi chiedersi come sia nato un agito e quale sia stata la reazione a quell'agito. Un biologo serio capisce l'essere vivente che studia non se lo isola dal suo ambiente per confinarlo in una gabbia o in un laboratorio, ma se non bada solo ai suoi geni ma anche agli altri esseri che interagiscono con lui e alle risorse naturali in cui abita.

La rimozione di questa cultura (si potrebbe dire, usando la terminologia più attuale: dell'attenzione, nella loro irriducibile complessità, *alle determinanti bio/psico/sociali della sofferenza mentale*) che si è radicata a Venezia nel tempo riproporrebbe facilmente la presunzione di necessità del manicomio o di un suo succedaneo più

moderno: di un luogo, comunque, dove *custodire* la follia. A questo a Venezia non vogliamo tornare. E perciò servono risorse di uomini e di saperi all'altezza del compito.

Sofferamoci sulle *risorse*. Questa città ha saputo chiudere i suoi due manicomi addirittura nel 1978 e nel 1992, quindi ben prima che la ministra Bindi emanasse il decreto che disponeva che il definitivo superamento in tutta Italia dell'istituzione manicomiale avvenisse non oltre il 1996. Questa città ha dato i natali a Franco Basaglia e a Franca Ongaro Basaglia. Questa città ospita un ufficio importante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Questa città ha visto promuovere l'accoglienza di malati mentali anche di altre parti d'Italia e d'Europa, ha loro aperto gratuitamente i suoi musei, ha offerto ai "matti" l'ampia disponibilità di ospiti importanti, da Arrigo Cipriani a cooperative di gondolieri, taxisti e guide turistiche. Questa città ha visto produrre documentari sulla salute mentale da parte di figure di artisti ed intellettuali come Raymond Depardon e altri registi cinematografici e teatrali. Questa città, attraverso il rapporto Dipartimento Salute Mentale (DSM)/Municipalità ha offerto per parecchi anni una scuola di teatro per cittadini - utenti e non - e ha ospitato performances teatrali di pazienti del locale Centro di Salute Mentale. Questa città, grazie al rapporto tra Comune e DSM, ha offerto vacanze gratuite a gruppi di utenti di diverse città italiane e straniere, ricevendo in cambio, in un rapporto di reciprocità, la possibilità di trascorrere vacanze in altri luoghi d'Italia. Questa città ha inserito al lavoro in locali famosi nel mondo persone in cura per il loro disagio mentale. In questa città hanno operato cooperative che con il loro lavoro artigianale di alta qualità hanno contribuito al restauro della Fenice. Qui diversi istituti scolastici (Istituto Statale d'arte, Liceo Artistico, Liceo Sociopedagogico, ecc.) hanno incontrato e lavorato insieme al Centro di Salute Mentale, contribuendo al superamento di stigmi e pregiudizi. In questa città la legge sull'Amministrazione di Sostegno si è applicata nel suo spirito autentico finché si è mantenuto un rapporto costruttivo tra Comune, DSM, Magistratura. Questa città ha recuperato alla cittadinanza un'intera isola (S.Servolo) rendendola un luogo di studio, di memoria, d'arte. In questa città ha sede la Fondazione Franco e Franca Basaglia. Non è sufficiente che una volta l'anno faccia da vetrina di altre esperienze e ci faccia sentire testimonianze di altri luoghi con l'apprezzabile iniziativa del Festival dei Matti. Bisogna che Venezia riprenda a darsi da fare per i matti di casa sua. E questo avviene meno di quanto sarebbe necessario. I suoi abitanti invecchiano e smarriscono la felicità di cui questa città potrebbe essere

dispensatrice nei loro confronti per la sua bellezza, la sua storia e le mille opportunità che può offrire la sua caratteristica unica di città “anfibia”. Oggi questa sua peculiarità, riconosciuta formalmente, impedisce di fatto la fruizione dei normali servizi e di luoghi di aggregazione sociale, perché la sua diversità è diventata sempre più scomparsa dai negozi della merce comune (finita ormai in centri commerciali difficilmente raggiungibili) e la pressione di masse di turisti non gestite adeguatamente in presenza delle storiche barriere architettoniche ostacola la vita quotidiana di anziani e disabili creando un disagio quotidiano nelle relazioni interpersonali (ritardi, irritabilità, fastidio). L’accesso ai normali servizi sanitari a partire dall’arcipelago e dalle isole, sempre problematico (ponti, maree, nebbie, unico accesso alla terraferma il ponte della Libertà talora bloccato anche solo per un banale incidente) è ancora più difficile con l’ampliamento delle aziende sanitarie a livello provinciale (da cui dipendono le lunghe liste d’attesa e addirittura la rinuncia alle prestazioni sanitarie). A proposito della salute mentale l’assurda scelta di prelevare danaro dai malati attraverso i ticket sanitari – tasse sulle malattie - favorisce indubbiamente la rinuncia alle cure (e già far accettare al malato di mente che è malato ed ha bisogno di un medico, si sa, è un lavoro in molti casi assai impegnativo, tanto da testimoniare la capacità professionale di un’équipe psichiatrica. Molti psicotici, soprattutto giovani, non chiedono nemmeno l’esenzione per il timore –giustificato- delle conseguenze: si pensi alla patente o alla ricerca di un’occupazione). Non solo: una volta stabilito un rapporto di fiducia non si può dare per scontato che si sappia mantenerlo: il lavoro dev’essere continuo, tanto più in una città in cui certamente occorre che i pazienti siano motivati a muoversi per recarsi nel servizio di riferimento: nel centro storico e nelle isole non si possono utilizzare auto o pullmini per sollecitare e accompagnare persone “reticenti” per far loro frequentare un Day Hospital o un Centro Diurno. E molte visite a domicilio sono indispensabili se non si vogliono perdere i malati che si chiudono in casa e apparentemente non vogliono saperne di curarsi. Quindi le risorse umane devono essere adeguate perché l’inadeguatezza del territorio significa attesa dei sanitari in ospedale (come ai tempi del manicomio) e non prevenzione; in poche parole significa: intervento sulle crisi e cronificazione della sofferenza mentale, se trattata episodicamente e non prevenuta. Si sta assistendo in particolare per l’estuario ad un aumento dei ricoveri anche in conseguenza di un minore utilizzo del Centro di Salute Mentale in cui la presenza di una mensa e di altri momenti di aggregazione favoriva occasioni d’incontro. Ma anche a Venezia centro storico la scarsità di operatori e di momenti di confronto “non clinici” fa sì che si assista al triste

spettacolo di un Centro di Salute Mentale (che dovrebbe essere aperto 24 ore) con il portone chiuso fin dal primo pomeriggio!

L'obiettivo non può essere soltanto *offrire buone prestazioni sanitarie*: lo stesso riconoscimento della necessità di seguire i pazienti attraverso percorsi terapeutico riabilitativi personalizzati significa che il pur necessario ricorso a trattamenti basati sull'evidenza è insufficiente se non inadatto: i trattamenti standardizzati sono come i vestiti dei grandi magazzini: eppure dovrebbe essere ovvio che piuttosto che adattare il cliente a taglie preformate magari accorciandogli le gambe sia meglio adattare il vestito al cliente. E' inaccettabile piegarsi a qualsiasi tipo di "protocollo" : ce n'è uno che, lontano dall'indicare come evitare il ricorso alle contenzioni fisiche (da decenni non in uso in città) indica come effettuarle "correttamente" tanto che i servizi hanno acquistato le cosiddette "fascette" ("camicie di forza soft"). In Italia decine di servizi di salute mentale fanno lavorare senza contenzioni fisiche e con le porte aperte, esperienze che nel Veneto si stanno abbandonando anche nei pochi luoghi dove gli operatori le attuavano. Difendiamo i diritti del malato! Se la salute mentale è ridotta alla psichiatria come disciplina medica si rovescia la frase di Basaglia, che, nel documentario su Gorizia "I giardini di Abele" rispondeva così all'intervistatore Sergio Zavoli che gli chiedeva se fosse più interessato al malato o alla malattia: "al malato, decisamente".

A proposito di linee guida sanitarie va ricordato che la documentazione dell'efficacia dei trattamenti, anche tenendo conto dei loro effetti collaterali, deriva per lo più da una letteratura sovvenzionata dalle case farmaceutiche e non nata in una psichiatria di comunità con i nuovi servizi territoriali, ma in luoghi di ricerca lontani dalla concreta operatività quotidiana con i pazienti più gravi. Inoltre gli psicofarmaci, al di là della loro efficacia, influiscono sulla qualità della vita degli utenti psichiatrici e ne riducono l'aspettativa di vita.

Se il problema è solo applicare la medicina basata sulle evidenze, pur sapendo che le evidenze in psichiatria sono ben poche (e quelle è giusto applicarle), è facile pronosticare che quando i trattamenti medici tradizionali risulteranno inefficaci le persone saranno considerate croniche e indirizzate al mondo dell'assistenza come risposta al mandato di un semplice controllo sociale con porte ben chiuse alla città in strutture dove le persone dovranno essere confinate ed assistite (non più curate). Infatti la delibera della giunta Regionale 59 del 28/5/2018, "Programmazione del sistema di offerta residenziale extraospedaliera per la salute mentale" si inventa

moduli di 40 posti letto per “cronici ultra 45 enni” pagati per il 60% dalla quota sanitaria e per il 40% con quota sociale. Definire “cronico” un lungo assistito di 45 anni significa di fatto in questo caso rinunciare ad una presa in carico finalizzata, oltre alla riabilitazione, anche a prevenire ulteriori perdite di autonomia (alla cosiddetta prevenzione terziaria), cosa che per altre malattie (diabete, ipertensione) nemmeno ci si sognerebbe di poter fare consegnando i malati tout court alla mera assistenza (soddisfazione dei bisogni primari: v. ciò che facevano i manicomi). E ciò, di fatto, a vita. Quindi, non “cosa faccio con il paziente”, ma “dove lo metto”, se la psichiatria non è in grado di guarirlo, senza farsi la stessa domanda per tante altre malattie che la medicina non guarisce, ma non per questo smette di curare. Inoltre ci saranno ancora psichiatri che, continuando a pensare alla psichiatria esclusivamente come una mera disciplina medica, non vorranno darsi per vinti ma magari riproporranno trattamenti “eroici” come i trattamenti elettroconvulsivanti o ne inventeranno di nuovi (il solo psichiatra insignito del Nobel fu Egas Moniz, l’inventore della lobotomia, ma in tempi assai vicini nel servizio di Mestre, ben dopo la 180, si sperimentò la dialisi per la cura della schizofrenia).

Tutto fa brodo per certi psichiatri, pur di non incontrare il malato nella sua esistenza concreta, pur di non considerare la follia un’esperienza umana con cui confrontarsi.

Se, come detto, intervenire sulla salute mentale significa al contrario anche intervenire sul contesto, occorre anche lavorare sullo stigma ed il pregiudizio, sulla cultura e l’educazione, sull’offerta di opportunità, sulla scuola e sull’espressione artistica, sugli ambiti lavorativi e abitativi concreti. Occorre che ogni singola esistenza individuale abbia e veda riconosciuto un senso, senza il quale vivere o lasciarsi andare diventa indifferente. Salute mentale non è assenza di malattia mentale, ma benessere e piacere di stare al mondo. Se io non conto niente, posso anche non presentare sintomi come deliri o allucinazioni, ma forse dovrò farmi sentire comunque in qualche modo. Un giorno in un viaggio in vaporetto ho notato un bimbo che per l’intero percorso ha fatto ogni tipo di sceneggiata perché la madre, immersa nel suo smartphone, gli desse retta. Inutilmente. Dopo una decina di minuti si è gettato a terra, “meritandosi” a questo punto una sgridata della madre. Mauro Palma in una sua relazione qui a Venezia sui diritti delle persone private della libertà ha ricordato un analogo episodio in carcere, - un detenuto che rifiutava clamorosamente di rivestirsi per protesta - in occasione del quale la richiesta dello staff fu – facile indovinarlo - quella di sottoporre il detenuto a visita psichiatrica.

A Venezia si sente con forte disagio la carenza del sociale, e quindi del Comune, quando la salute mentale non può – come riconosciuto dalle stesse norme regionali – che essere un’area a forte integrazione socio-sanitaria. Si sente in particolare per gli adolescenti il disagio dell’isolamento e della solitudine, tanto che alcuni operatori sostengono che per i giovanissimi più ancora che di nuove risorse sanitarie (anche se mancano purtroppo figure in grado di “accudire”) si sentirebbe il bisogno di un “centro sociale” da istituire ad esempio con un bando che sappia offrire musica, ballo, cucina in comune.

Proposte operative:

- 1) Intercettare le risorse disponibili in città (girano molti soldi, ci sono molte offerte culturali, la storia del suo artigianato è ricchissima) per metterle in rete con i Servizi e fare interagire sani e matti per effettuare una vera prevenzione e ri/abilitazione;
- 2) *Questione abitativa*: interloquire sulla assegnazione delle case, confrontarsi con inquilini e condomini facendo leva per quanto possibile sulla solidarietà e l’accettazione;
- 3) *Questione lavorativa*: far leva sull’impresa sociale proponendo non lavori dappoco ma al contrario molto qualificati, magari approfittando della difficoltà dei migliori artigiani di trovare allievi che possano portare avanti la loro attività;
- 4) *Questione ambientale e della socialità*: sempre attraverso l’impresa sociale essere presenti nella riqualificazione delle isole abbandonate, nell’agriturismo, nel turismo minore, coinvolgendo la popolazione: si realizzino, al posto delle comunità psichiatriche, il più possibile Inserimenti Eterofamiliari Supportati di Adulti (IESA): *adozioni* del malato di mente (progetti già sperimentati in Italia: ad esempio a Torino, Lucca, Pisa, Treviso..);
- 5) Attingere, attraverso specifici progetti, al Fondo sociale Europeo, approfittando delle competenze di attori, registi, intellettuali interessati alla città;
- 6) Rapporto con la magistratura: interloquire sul destino delle persone sottoposte a provvedimenti di sicurezza facendo riferimento al protocollo del

Consiglio superiore della Magistratura a seguito del confronto con Psichiatria Democratica; riaprire la questione Amministrazione di sostegno.

- 7) Effettuare un'indagine epidemiologica valutativa sui servizi, condotta non *sui* ma *con i* pazienti, cioè:
 - Grado di soddisfazione delle cure
 - Assenza di pratiche costrittive (contenzioni, porte chiuse, sedazione farmacologica pesante)
 - Efficacia dell'inserimento abitativo, lavorativo, qualità della socializzazione
 - Accessibilità 24 ore dei presidi sul territorio – non CSM col portone chiuso e inaccessibili da mezzogiorno del sabato
 - Accessibilità alle cure (ticket su farmaci e indagini cliniche- tempi di attesa)
 - Percentuale dei Trattamenti Sanitari Volontari (TSV) e dei Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (TSO)
 - Quantità di istituzionalizzazioni nelle 24 ore nel territorio veneziano e al di fuori dello stesso
 - Ricorso a cliniche private
 - Indagine sulla frequenza delle malattie indotte dalle cure farmacologiche
 - Confronto tra l'aspettativa di vita dei pazienti psichiatrici e della popolazione generale
- 8) Coinvolgimento delle risorse del territorio precedentemente elencate, rafforzando le reti sociali presenti e creandone di nuove dove deboli o assenti.
- 9) Risposte a specifiche forme di sofferenza: gestione dell'aggressività, autismo, auto aiuto -uditori di voci -, disturbi del comportamento alimentare, ricorso a sostanze psicoattive come rifugio sostitutivo a un disagio più profondo (il brutto termine "doppia diagnosi")
- 10) Per realizzare quanto elencato è indispensabile un'accelerazione della definizione delle risorse per la messa in opera dei singoli progetti anche attraverso una rapida realizzazione di un nuovo Piano di Zona per l'area della salute mentale.

Siamo molto preoccupati perché gli operatori, anche ma non solo per via delle collocazioni in quiescenza, si riducono di numero ed i nuovi (insufficienti a coprire le uscite) se anche possono avere un'ottima formazione scolastica spesso di fronte ai casi gravi non sanno che cosa fare, perché nelle sedi universitarie non ne hanno incontrati.

In conclusione: ringrazio i numerosi operatori che mi hanno concesso delle interviste, quasi sempre trasformatesi in piacevoli confronti di opinioni, a partire dalle quali ho potuto stilare questi appunti. Ho anche chiesto alla Azienda ulss via mail e con raccomandata di poter disporre dei dati ufficiali sul numero e le tipologie degli operatori della salute mentale attualmente in servizio, ma non mi è ancora pervenuta alcuna risposta. Grazie