

Indagine sulla malattia mentale nel territorio savonese

A cura dell'Osservatorio delle Povertà e delle Risorse

1. INTRODUZIONE.

L'indagine sulla malattia mentale non può prescindere dall'individuazione della rilevanza sociale che tale problematica assume; non può pertanto essere affrontata considerandone esclusivamente o prevalentemente il suo aspetto patologico.

La differenza principale tra la cura psichiatrica e la cura delle malattie fisiche nasce dal fatto che, nella stragrande maggioranza dei casi, il disturbo psichico non è una malattia che cambia il corso dell'esistenza ma è il cambiamento stesso del corso dell'esistenza: è dunque un'esperienza, un pezzo di vita, una crisi e una vicenda che mutano la persona.

La cura del disturbo mentale non può significare pertanto curare solo i sintomi, ma prendersi cura di problemi umani complessi che spesso si intrecciano dinamicamente con situazioni familiari seriamente compromesse, povertà economica, problemi lavorativi, problemi abitativi ecc.

La complessa contraddittorietà del vivere sociale, la competitività individualistica sono aspetti della società che rendono difficili e precari i meccanismi di conferma e più insicura la difesa quotidiana contro il disturbo mentale.

2. METODOLOGIA.

L'indagine è stata condotta sotto diversi piani: innanzitutto, proponendo una serie di domande agli operatori sanitari, sia pubblici (il Centro di Igiene Mentale e la Comunità Diurna dell'ASL 2 del Savonese) che privati in convenzione (la residenza Villa Ridente del complesso La Redancia).

Il complesso delle strutture e dei servizi esistenti è tuttavia in fase di profondo mutamento: per questo motivo non abbiamo voluto dimenticare la realtà del vecchio ospedale psichiatrico di Prato Zanino a Cogoleto, che è destinato ad essere gradualmente ridimensionato e trasformato in Residenza Sanitaria Assistita, ma che continua ad ospitare numerosi degenti.

Per conoscere più da vicino i problemi dei pazienti sono stati infine interpellati gli enti di volontariato che si occupano di rappresentare le istanze di quanti - famiglie e pazienti

stessi - vivono "sulla pelle" i risvolti sociali della malattia mentale: a tal fine abbiamo fatto riferimento alle esperienze dell'A.L.Fa.P.P. (Associazione Ligure delle Famiglie di Pazienti Psichiatrici) e dell'Associazione "Il Barattolo", composta da ex pazienti, familiari ed operatori del settore.

3. LA SITUAZIONE ATTUALE.

Per quanto riguarda l'entità numerica del fenomeno della malattia mentale, le cifre affermano che il territorio savonese non si discosta dalla media nazionale: nell'ultimo anno l'ASL 2 ha seguito circa 2700 casi, a fronte di un bacino territoriale che conta 280.000 persone, confermando così il dato - considerevole - che circa l'1% della popolazione soffre di psicopatologie.

Fra le forme più gravi di malattia, quelle prevalenti sono la schizofrenia ed i fenomeni cronici di delirio, le crisi maniacali e depressive gravi; stanno inoltre aumentando le cosiddette situazioni al limite fra nevrosi e psicosi (*borderline*), collegate a psicosi di tipo affettivo. Fra i disturbi meno gravi sono invece diffusi la depressione ed i disturbi della personalità, mentre vanno crescendo i casi legati a problemi dell'alimentazione. Un fenomeno nuovo, ancora circoscritto, deriva da alcuni casi di disadattamento negli immigrati extracomunitari.

Occorre tuttavia rilevare che la malattia si esprime (e viene interpretata) con sfumature diverse al mutare dei valori sociali e dei costumi. Questo deve riflettersi in un maggior sforzo dei medici: le moderne tendenze sono meno inclini ai riduzionismi ed alle generalizzazioni, e puntano ad affrontare ogni singolo caso interpretandolo secondo le cosiddette "dinamiche biopsicosociali", ossia esaminando il problema senza astrarlo dal contesto e dall'ambiente di vita in cui si verifica.

Per quanto riguarda i soggetti colpiti da fenomeni psicopatologici, la fascia di età coinvolta è molto ampia, comprendendo pazienti fra i 18 ed i 65 anni; la media si aggira intorno ai 35 anni.

Fra uomini e donne non risulta esserci un profondo divario numerico; una significativa differenza è invece riscontrabile nel tipo di servizi a cui i pazienti vengono ammessi. Infatti gli uomini sono presenti in percentuale maggiore nelle strutture residenziali, mentre le donne prevalgono numericamente nella fruizione di assistenza ambulatoriale.

Un motivo di tale distinzione può riscontrarsi nel fatto che a livello ambulatoriale si curano anche forme patologiche leggere, come la depressione media o lieve, più diffuse fra le donne. Tuttavia a questo dato si può dare pure una motivazione di tipo sociologico: poiché agli uomini la società chiede ancora una posizione di piena autonomia, quando questa non sia raggiunta è più facile che per essi ci si rivolga a strutture terapeutiche di tipo residenziale, mentre nel sentire comune è più facile avere in casa una donna con problemi psichici.

La rilevanza sociale della malattia mentale si esprime anche nelle implicazioni che essa comporta in termini di "povertà", in senso sia morale che materiale. Infatti, la presenza di psicopatologie può avere come conseguenza non solo l'emarginazione del soggetto da parte della società "normale", ma può comportare, anche da parte della famiglia stessa, la difficoltà, se non il rifiuto, ad accettare la condizione dell'individuo colpito. In quest'ultimo la povertà relazionale si manifesta perlopiù in forme di chiusura: la prima difesa del malato psichiatrico è la diffidenza.

Per quanto riguarda la povertà materiale, questa si manifesta nel 50% dei casi; occorre però rilevare che chi ha maggiori mezzi economici si rivolge più raramente al servizio

pubblico. Tale forma di povertà costituisce un problema rilevante anche per la difficoltà ad affrontare progetti di recupero: la reintegrazione in una vita "normale" è più difficile per chi non è autosufficiente economicamente.

4. LE RISPOSTE ESISTENTI.

Dalle interviste realizzate emerge un dato positivo circa la presenza di strutture sul territorio savonese. Risulta infatti che la nostra Provincia offra un buon livello di servizi rispetto alla media nazionale: l'ASL ha quattro presidi ambulatoriali sul territorio (a Savona, Carcare, Finale ed Albenga), oltre a comunità residenziali a Savona, Carcare, Pietra Ligure ed Albenga.

Carenze si registrano tuttavia dal punto di vista delle strutture ospedaliere: il reparto di psichiatria dell'ospedale San Paolo, con i suoi 20 posti-letto, risulta essere sottodimensionato; i pazienti di Albenga sono costretti a rivolgersi alle strutture di Imperia. Nei prossimi due anni questa situazione è però destinata a migliorare: non solo è previsto l'ampliamento del reparto savonese, ma è anche in programma la realizzazione di una struttura ricettiva al Santa Corona.

Per quanto riguarda le strutture private convenzionate con l'ASL, ve ne sono diverse sul territorio: dal complesso "La Redancia", presente ad Albissola Marina, Varazze, Sassello e Mioglia, alla residenza di "Praellera" a Cairo, a quelle di Loano e Montezemolo.

Le risposte che il Servizio di Igiene Mentale dell'ASL realizza tendono ad offrire un sistema integrato: dal punto di vista terapeutico si va dai ricoveri al servizio di day hospital, dalle visite ambulatoriali a quelle psicoterapeutiche. Molte sono anche le terapie riabilitative utilizzate, che hanno pure una valenza di risocializzazione: dalla psicoterapia di gruppo alla psicomotricità, fino all'utilizzo di arte, musica e video; occasioni di reintegrazione vengono anche dall'animazione sportiva e dall'attività in contesti "normali", con gite ed incontri aperti.

Per quanto riguarda le associazioni di volontariato, esse svolgono un ruolo di supporto fondamentale, favorendo anche il collegamento fra i medici ed i congiunti dei pazienti psichiatrici. Caso emblematico è quello dell'A.L.Fa.P.P., associazione che, oltre a svolgere un'azione diretta di volontariato, ha il duplice scopo di dare ascolto ai problemi dei familiari dei malati e di rappresentarne le istanze presso gli enti pubblici.

Di diversa natura è l'associazione "Il Barattolo", composta da ex pazienti, congiunti, volontari, medici ed operatori del settore, ed avente la finalità di realizzare un impegno diretto, prima che economico, nei confronti dei malati psichiatrici.

5. GESTIRE LA TRANSIZIONE: DAL MANICOMIO ALLE RESIDENZE ASSISTITE.

La legge n. 180 del 1978 ha rappresentato una svolta nella tutela della salute mentale: a partire da essa, infatti, si è espresso il principio del superamento delle vecchie strutture manicomiali, a favore della realizzazione di residenze sul territorio.

Tuttavia è passato molto tempo prima che le innovazioni della normativa fossero recepite ed attuate, anche per la difficoltà a gestire la trasformazione di un sistema; ancora oggi vi è una forte disparità di livello nella risposta fornita dalle varie Regioni italiane.

Sul nostro territorio si trova il vecchio ospedale psichiatrico di Prato Zanino, che sta progressivamente chiudendo: entro il giugno del 1998, dei cinque padiglioni rimasti (se ne chiude uno ogni due mesi), solo uno resterà in funzione, poiché sarà trasformato in Residenza Sanitaria Assistita. A parte circa 80 pazienti, che resteranno in zona, gli altri vengono gradualmente inviati ad altre strutture: gli anziani alle case di riposo, i disabili nelle idonee residenze ed infine, "ultimi fra gli ultimi", come sottolinea il dottor Cosimo Schinaia, attuale responsabile amministrativo della struttura, i malati psichici nelle RSA del Savonese ed a Quarto.

Attualmente a Prato Zanino ci sono 250 persone, di cui 150 malati mentali. I pazienti sono in maggioranza di sesso maschile: questo per la maggior capacità di indipendenza, manualità ed autonomia delle donne, ma anche per il motivo sociologico che la patologia nell'uomo, nel momento in cui egli non è più in grado di essere autosufficiente, viene gestita con più difficoltà.

Difficile stabilire un'età media. Un tempo venivano ricoverati anche i bambini di 3-4 anni pericolosi a sé ed agli altri: vi sono così persone dell'età di 30-40 anni che hanno passato tutta la loro vita a Prato Zanino.

Difficile è anche stabilire quale sia la patologia prevalente: nei casi di lunghe degenze, infatti, si verifica quella che in termini medici è definita "sindrome da istituzionalizzazione", per cui si registra una omologazione dei sintomi patologici individuali.

Per quanto riguarda le attività svolte all'interno della struttura, fino a pochi anni fa i pazienti venivano tenuti segregati nelle stanze; oggi si punta, dove possibile, alla risocializzazione del soggetto. Nel tempo sono stati organizzati corsi di scuola elementare, di ballo, di ginnastica, ceramica e cucina. Nel giugno scorso si è tenuta una festa con 2000 persone, nel corso della quale sono state offerte le torte realizzate dai pazienti.

La riabilitazione passa inoltre attraverso il lavoro agricolo: all'interno della struttura esistono stalle e campi che verranno mantenuti in futuro insieme alla RSA, mentre il resto verrà venduto (fra i progetti c'è la creazione di un parco scientifico per ragazzi).

Per quanto riguarda la collaborazione con il volontariato, questa è sempre stata forte: AVO, A.L.Fa.P.P. e Agesci sono fra gli enti che più hanno dato il loro apporto. Più complicato il rapporto con le famiglie: in molti casi, infatti, data l'età dei pazienti, le famiglie non ci sono più. Inoltre, anche quando i nuclei d'origine ci sono ancora, non sempre c'è stata partecipazione o consapevolezza del proprio ruolo al fianco del congiunto.

Da ultimo, bisogna ricordare che alla fine dello scorso anno è uscito il libro *Dal manicomio alla città - L'altro presepe di Cogoleto*, ed. Laterza, 1997, prezzo £.38.000. Il libro è stato scritto dal dottor Cosimo Schinaia, e l'incasso verrà devoluto alla realizzazione di servizi per i pazienti. Nel volume si illustra l'esperienza della costruzione di un Presepe, visitabile all'interno dell'ospedale, in cui, oltre alla Natività realizzata a grandezza naturale, vengono riprodotti alcuni scenari della vita in manicomio, sia passata che presente: dalla stanza dei bambini al refettorio, dal giardino recintato (oggi al posto delle grate sono state messe delle fioriere) alla lavanderia, fino alla stanza dell'elettroshock, pratica che oggi sembra essere ripresa, seppur in rarissimi casi e comunque con efficacia discutibile. Il presepe è stato realizzato da Bruno Galati, ex operaio, con l'aiuto di Tommaso Molinari, ex infermiere, e di alcuni degenti.

6. I PROBLEMI DA AFFRONTARE.

Dalle risposte fornite emerge innanzitutto la problematica dei rapporti fra malati e famiglie.

Un primo aspetto correlato a questo problema riguarda la risocializzazione dei pazienti: spesso infatti il passaggio dalle strutture protette al reinserimento nel tessuto sociale non è caratterizzato da quella gradualità che sarebbe indispensabile per dare a tale processo le caratteristiche di sicurezza e solidità capaci di renderlo definitivo. Con la conseguenza che spesso in questi casi si vanifica il cammino percorso fino a quel momento dal malato, che spesso deve ricominciare dall'inizio l'iter terapeutico, con un evidente sperpero di risorse umane e finanziarie.

Un altro aspetto del problema riguarda l'assistenza domiciliare. Sono abbastanza frequenti i casi in cui si segnala il mancato intervento del personale sanitario nel momento in cui si verifica una situazione di crisi: questo rende problematici i rapporti con le famiglie, che si trovano così da sole a dover gestire adeguatamente tali situazioni.

Un secondo problema è quello rappresentato dalle risposte degli enti locali. Dalle associazioni di supporto viene denunciata l'oggettiva difficoltà a sensibilizzare i Comuni, soprattutto quelli più grandi, sull'opportunità di fornire un sostegno socio-economico nelle fasi che caratterizzano il processo di reintegrazione, per esempio attraverso la forma delle borse-lavoro.

Tali forme di intervento esistono già a livello statale, anche se con grossi limiti. Infatti le borse-lavoro offerte dallo Stato, pur eliminando ogni onere economico a carico dell'imprenditore che assume un paziente psichiatrico, prevedono un orario massimo di lavoro di nove ore settimanali per tali soggetti, con la conseguenza che la relativa retribuzione non può assicurare una indipendenza economica neppure elementare.

Anche le disposizioni che favoriscono l'inserimento lavorativo dei malati nelle cooperative arrivano a coprire soltanto gli oneri previdenziali, lasciando alle cooperative stesse l'intero peso della retribuzione.

Un ultimo problema riguarda il comune modo di rapportarsi alla malattia mentale. Se da una parte infatti esiste una difficoltà oggettiva dei pazienti ed ex pazienti a reinserirsi nel tessuto sociale, dall'altra non si possono ignorare radicati e diffusi atteggiamenti di rifiuto e di chiusura nei confronti della malattia mentale, più di quanto non ne sia dato di riscontrare nei confronti di altre "diversità".

Proprio tali pregiudizi e paure, che hanno storicamente giustificato la "reclusione" dei pazienti psichiatrici in strutture chiuse quali i manicomi, finiscono per ricreare quella logica nella società stessa, isolando il malato e impedendogli di fatto ogni possibilità di effettiva risocializzazione. Al contrario, dovrebbe prevalere una visione più aperta della malattia mentale, con l'effetto di facilitare il reinserimento a pieno titolo dei malati nel tessuto sociale.

7. LE PROPOSTE.

Una riflessione sulle attività da promuovere può partire proprio dalla necessità di garantire la risocializzazione dei pazienti psichiatrici: in questo senso un ruolo determinante potrebbe essere svolto dal volontariato. Come si rileva dalle interviste, non si fa riferimento solo ad operatori specializzati, dotati di un approccio tecnico o professionale alla problematica delle malattie mentali, ma anche e soprattutto a forme di volontariato in grado di offrire un contesto di "normalità" ai soggetti in cura, attraverso attività, incontri, occasioni di reale integrazione con l'ambiente circostante.

Il fatto che il volontariato costituisca uno strumento indispensabile non deve tuttavia fraintenderne la funzione: è in questo senso fondamentale che esso non vada a colmare lacune che spetta al settore istituzionale riempire.

In quest'ottica sarebbero una valida risposta gli interventi volti ad aiutare i pazienti psichiatrici ad affrontare problemi fondamentali come il reperimento di una casa e di un lavoro, esigenze che per chi esce da strutture protette sono molto difficili da soddisfare, e che costituiscono condizioni prioritarie per un'effettiva risocializzazione.

A questo proposito va segnalata un'iniziativa di collaborazione che si sta realizzando fra le strutture sanitarie e lo IACP, che dovrebbe contribuire a risolvere il problema della ricerca di alloggi attraverso la creazione di una sorta di "corsia preferenziale" nell'assegnazione di appartamenti: a tal fine si potrebbero prevedere per gruppi di pazienti forme di agevolazioni analoghe a quelle previste per i nuclei familiari.

A proposito dei problemi collegati all'occupazione sarebbe opportuna una maggior utilizzazione, da parte degli enti locali, dello strumento della borsa-lavoro. Con tali tipi di intervento, particolarmente elastici ed adattabili, i Comuni potrebbero finanziare iniziative e progetti a carattere locale creati specificamente per risolvere esigenze contingenti, ed insieme renderebbero più facile un reinserimento graduale ed effettivo dei malati in una vita normale, sia dal punto di vista relazionale che da quello umano e sociale.

Per dare maggior peso e concretezza all'azione delle cooperative che coinvolgono le cosiddette "fasce deboli", un'associazione di supporto ha poi indicato un obiettivo che, seppur molto ambizioso, potrebbe davvero costituire una risposta importante alla ricerca di un ruolo preciso da parte di queste realtà occupazionali: il progetto è quello di realizzare una sorta di centro commerciale che costituisca un punto di vendita comune dei prodotti delle cooperative di tipo B presenti sul nostro territorio.

Un'ultima osservazione merita un aspetto che è fondamentale ai fini della risocializzazione dei pazienti psichiatrici: la reintegrazione infatti non può prescindere dalla rinnovata capacità del tessuto sociale ad accogliere una forma di "diversità" che fa ancora molta paura, e che occupa sempre poco spazio nell'informazione.

Per questo motivo, prima ancora di garantire il rientro dei malati di mente nella società, è necessario rieducare quest'ultima a saper integrare i soggetti considerati "a rischio": in questi termini, la "povertà" degli uni è fortemente legata a quella degli altri.