
Quando la mente va in tilt

Autore: Aurora Nicosia

Fonte: Città Nuova

A trent'anni dalla legge Basaglia, che portò alla chiusura dei manicomi, sono molti gli interrogativi aperti e i problemi da risolvere.

Vivere col malato mentale in casa. Un'odissea per tante famiglie che devono cavarsela sostanzialmente da sole. Come non invocare il ritorno ai manicomi, dove insieme al malato venivano rinchiusi tutte le angosce dei cosiddetti sani?

Almeno fino a quando, e siamo nel 1978, Franco Basaglia, psichiatra veneziano, non si mise in testa una convinzione: "La salvezza del malato mentale è quella di restare nelle nostre case, coinvolgendo nella sua problematica la nostra vita reale, e per far questo sono necessarie strutture terapeutiche vicine a lui, psichiatri a domicilio, organizzazioni comunitarie in cui possa sentirsi protetto, luoghi di lavoro dove possa trovare un ruolo, una funzione che giustifichi - davanti a sé stesso - la sua presenza nel mondo". Ne era talmente convinto da far approvare dal Parlamento quella che è passata alla storia come Legge Basaglia, appunto, meno nota come Legge 180.

Doveva portare e, di fatto portò negli anni seguenti, alla chiusura dei manicomi, fino ad allora l'unica risposta al disturbo mentale. La persona che aveva questo tipo di problemi era infatti considerata fonte di pericolo oltre che di vergogna e dunque, per proteggere la società, bisognava isolarla in nome appunto della sicurezza altrui, di quelli che stavano fuori. Entrare in manicomio equivaleva però a ricevere una condanna definitiva che comprendeva la mortificazione completa della dignità personale del malato sotto tutti i punti di vista. Maltrattamenti, mancanza di igiene, di cure, di qualsiasi tentativo di recupero ne facevano più che altro dei luoghi di reclusione. Con la Legge Basaglia prese corpo una vera e propria riforma dell'assistenza psichiatrica che prevedeva la nascita di servizi territoriali con l'obiettivo di prevenire, curare e riabilitare l'ammalato all'interno del suo contesto familiare e sociale. L'accento non veniva più messo sulla pericolosità dell'ammalato, ma sulla promozione della sua salute.

Già nel '78, quando la legge venne approvata, si aprì un dibattito fra i favorevoli e i contrari. Agli uni e agli altri non mancavano argomenti da addurre per sostenere le loro tesi. Di fatto le dimissioni in massa dai manicomi che seguirono l'entrata in vigore della 180 gettarono nel panico gli ammalati stessi, non abituati a star fuori, e le loro famiglie, incapaci di accoglierli in attesa dei necessari supporti territoriali che sarebbero dovuti venire. Né si può sottovalutare l'aspetto della volontarietà del ricovero, la cui gestione in questi casi può essere più complessa che in presenza di altre malattie. Come sostiene Laura Zardini, fondatrice e presidente dell'Arap (Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica), "obbligare a curarsi è difficile, ma esiste la possibilità di persuadere, se si crea un rapporto col medico. Il fatto è che il trattamento sanitario obbligatorio (ancora oggi previsto

in certi casi, ndr) è troppo breve. Pochi giorni in reparto, dove più che osservare la patologia si somministrano dei sedativi e dopo, un malato, anche aggressivo, torna a casa. Ci sono dei bravi operatori nei dipartimenti di salute mentale, ma quanto è difficile farli venire a casa per una visita, quanti se ne stanno seduti dietro una scrivania, mentre le famiglie restano sole!". Affermazioni di qualche mese fa, a dimostrazione che, dopo trent'anni, la situazione non può dirsi risolta.

Accompagnati da due medici psichiatri abbiamo cercato di fare una valutazione di questo provvedimento e di quello che ne è conseguito. Il dott. Giuseppe Auriemma, dell'Asl Napoli 1, ci spiega come "Franco Basaglia smascherò quella che veniva definita la menzogna terapeutica, perché il manicomio non aveva niente di curativo, esisteva per rassicurare i normali. La 180, che ha avuto certo un effetto dirompente dal punto di vista culturale e politico, rimaneva però nell'ambito dei principi; tant'è vero che poi ci sono voluti i piani - obiettivo nazionale per dare corpo alle trasformazioni organizzative".

Può essere ancora un punto di riferimento?

"È una lettura che ha ancora oggi una sua validità ma che non può essere esaustiva della malattia mentale che, secondo me, ha bisogno di un approccio multidimensionale. Abbiamo a che fare con l'individuo, coi suoi aspetti psicologici, biologici, genetici, col suo contesto sociale, familiare, lavorativo. La cura, poi, non può andare disgiunta dalla prevenzione e dalla riabilitazione, occorre un progetto attorno al paziente. È la comunità che deve rendersi capace di integrare l'ammalato, dargli la possibilità di rimettere in moto la sua capacità di partecipazione".

Come si può migliorare la legge?

"Un'eventuale modifica dovrebbe fare entrare nella gestione dell'aspetto globale della salute mentale anche le famiglie dei pazienti".

Si parla tanto dell'importanza dei dipartimenti di salute mentale. Quale il loro compito e, soprattutto, funzionano? |

"Il dipartimento ha la capacità di collegarsi con tutte quelle agenzie che possono produrre un progetto attorno al paziente, da quelle del comune per l'assistenza sociale a quelle sanitarie, alle strutture produttive per un accesso facilitato al mondo del lavoro. Certo, anche il dipartimento poi si trova a confronto con la filosofia manageriale dell'azienda sanitaria, e lì le cose si complicano".

Come si ottengono i risultati migliori?

"Quando si riesce a lavorare insieme attorno ad un progetto che nasce dalla persona e non solo dalla prospettiva biologica o farmacologica, solo riabilitativa o sociologica o economica. Quando questi aspetti si integrano attorno al paziente, possiamo fare qualcosa di valido".

Con il dott. Roberto Marchioro, della Asl di Parma, affrontiamo l'aspetto della relazione medico-paziente che con la 180 ha subito un cambiamento. "Sì, è cambiato moltissimo - ci conferma - perché prima il medico era più autoritario. La frase tipica a cui faceva ricorso era: O fai così o ti ricovero. Possiamo ancora farlo contro la loro volontà, tramite il trattamento sanitario obbligatorio; ma cerchiamo soprattutto di stabilire una sorta di alleanza, di trovare un accordo che sia accettabile anche dall'altro. C'è dunque il tentativo di rendere protagonisti i pazienti".

Come si fa con questa tipologia particolare di persone?

"Intanto bisogna capire che hanno delle parti sane della mente a cui ci si può sempre agganciare. Non sono dementi che non capiscono nulla, alcune cose le capiscono; si parte da quelle, dai loro interessi (soldi, lavoro, affetti) per poi arrivare alla cura vera e propria. Cura che non è solo farmacologica, come certe tendenze della psichiatria moderna vorrebbero far credere; c'è anche l'aspetto psicologico che è importante, aiuta e apre delle strade di incontro e comprensione".

Perché ancora oggi c'è chi invoca il ritorno al manicomio? Ci sarebbe un'alternativa?

"Le famiglie, quando si crea un serio allarme, non ce la fanno più a reggerlo e quindi si rivolgono al sistema sanitario la cui risposta, coi soli farmaci, non è sufficiente. Allora la soluzione più facile, comoda e tranquillizzante è quella di rinchiudere queste persone in strutture protette, in nome della sicurezza. Dalla nostra esperienza in Emilia Romagna, vediamo che funzionano dei piccoli gruppi-appartamento dove con gli operatori si riproduce uno stile di vita familiare. Qui ognuno può essere protagonista della sua vita, delle sue scelte, può dire di no, assumere un compito importante in casa, far da mangiare, lavorare, uscire la sera. Cerchiamo cioè di ricreare il più possibile le condizioni di normalità con l'aiuto di qualche operatore che stia loro vicino. Questo per i casi più gravi. Per quelli meno gravi tendiamo a farli rimanere nella propria casa, aiutando il resto della famiglia con un supporto psicologico. In seguito alla Legge 180 si è registrato in Italia lo sviluppo a macchia di leopardo di una organizzazione territoriale adeguata".

Lei che esperienza ha?

"Mi sembra che al Nord funzioni bene, il resto non saprei. In Emilia, ad esempio, la Regione investe bene nei servizi sociali e sanitari e questo ci dà la possibilità di dedicare ad ogni paziente il tempo di cui ha bisogno. In qualche regione vicina, invece, hanno investito tanto nel settore privato, e questa conduzione più manageriale, per la quale un medico deve produrre ogni giorno tot visite, incide negativamente sui risultati".

LA PAROLA AI LETTORI

Dopo trent'anni il problema dell'assistenza psichiatrica resta complesso. Cari lettori, a voi la parola. Scrivete a: segr.rivista@cittanuova.it con oggetto Legge Basaglia.