WORKSHOP: PSICHIATRIA OGGI TRA BISOGNI CRESCENTI E RISORSE LIMITATE

Mercoledì, 21 agosto 2002, ore 15.30

Relatori:
Antonio Andreoli, Direttore Clinica Psichiatrica, Università di Ginevra; Marco Bertoli, Direttore Dipartimento di salute Mentale di Palmanova; Angelo Righetti, Direttore Servizi Sociali A.S.L. CE 2 di Caserta

Moderatore:
Giorgio Cerati, Primario Unità Operativa di Psichiatria di Magenta

Moderatore: Diamo inizio a questo incontro che è dedicato ai problemi della psichiatria oggi tra bisogni crescenti e risorse limitate. Cercheremo di affrontare alcuni aspetti della situazione della psichiatria oggi nel mondo. Non saremo certamente esaustivi, cercheremo di svolgere alcune considerazioni essenziali, e soprattutto di portare delle esperienze che derivino direttamente dalla pratica di lavoro che ciascuno di noi svolge. Faccio due o tre considerazioni per contestualizzare un po' questo incontro e poi passo la parola ai relatori. Il primo dato è che epidemiologicamente i tassi di frequenza attuali superano il 20% di persone adulte che in un anno hanno almeno una forma di disturbo mentale clinicamente significativo, almeno secondo le attuali classificazioni internazionali. Quindi sono fenomeni indubbiamente in crescita, quasi una emergenza sociale impressionante: almeno a prima vista possono sembrare questi dati. Teniamo presente che le ripercussioni di un disturbo psichico sulla vita di una persona sono molto variabili sia in termini di disabilità che di sofferenza individuale, di carico familiare, di costi economici e sociali. Andiamo da conseguenze pressoché trascurabili sulla vita quotidiana per le forme più lievi ad un impatto profondo e molto invalidante sul funzionamento complessivo della persona per le situazioni gravi. Funzionamento complessivo significa tutto, cioè gli affetti, il lavoro, le relazioni sociali, eccetera. Tra l'altro mentre per i disturbi di tipo schizofrenico, le forme più gravi non si è modificata molto nel tempo la frequenza, per i disturbi dell'umore e per certe nevrosi, per la depressione e anche per i disturbi della personalità sembrerebbe che ci sia una crescita del fenomeno. Ecco, dobbiamo pensare che se c'è una così larga diffusione del disturbo psichico sia in quantità sia con forme espressive anche abbastanza nuove, questo ci mette di fronte all'emergere di un bisogno di salute mentale che occorre comprendere ed accogliere. Per salute mentale noi non dobbiamo considerarla un affare anzitutto da specialisti ma coinvolge ogni uomo, l'umanità di ogni persona, la società, i mass media, la politica, il vivere, il vivere con i suoi aspetti socio-culturali esistenziali. Abbraccia insomma la qualità della vita, dei rapporti, la domanda di senso, il desiderio di felicità che ognuno, che ogni uomo ha, gli usi e i costumi di una popolazione, la progettualità, l'amore alla bellezza che ogni persona ha. Ecco, è

all'interno di questa visione d'insieme che la sanità, la medicina è interessata. A questi problemi che nascono nella vita di una persona. I servizi psichiatrici quindi sono coinvolti, ma limitatamente in fondo, soltanto il 10% infatti di questa percentuale che abbiamo visto prima, quindi circa il 2% della popolazione si rivolge in un anno a un servizio psichiatrico. Il che significa che la maggior parte, il 90% si rivolgono per i propri problemi o ai medici di base oppure anche a nessuno cioè non ritengono di dover chiedere un trattamento per lo meno in senso convenzionale. Ecco, siamo qui perché svolgiamo un lavoro appassionante anche se difficile, sempre imperniato su una relazione personale, su una relazione con un altro, un altro che ci interpella in continuazione direttamente o meno, chiedendo aiuto o rifiutandolo, gridando o ostinandosi nel silenzio, enfatizzando i propri problemi o negandoli, scappando o correndoti dietro. Ecco l'incontro di oggi vive proprio del contributo di psichiatri impegnati in questo modo in prima linea con le persone, con i loro bisogni e anche chiamati ad avere dei compiti di responsabilità in campo gestionale, in campo organizzativo, di programmazione. Sono nell'ordine cui interverranno: il prof. Antonio Andreoli che è direttore dei servizi psichiatrici degli ospedali universitari di Ginevra, il dott. Marco Bertoli che è direttore del dipartimento di salute mentale di Palmanova e il dott. Angelo Righetti che è direttore sanitario e sociale dell'ASL di Caserta. Ci vogliamo confrontare dicevamo prima su alcune questioni cruciali. Come facciamo fronte ai bisogni emergenti che abbiamo indicato prima. Veniamo da un modello, quello italiano, che è ben considerato nel, ma adesso fa i conti con un'altra logica, con la logica delle aziende sanitarie, con la logica delle risorse limitate, logica che coinvolge anche tutta la medicina perché al crescere e all'impazzimento della domanda spesso le risposte non sono mai sufficienti. Pensiamo che c'è un problema di distribuzione delle risorse per cui ad esempio in una ricerca lombarda si è mostrato che soltanto il 4% dei pazienti in carico concentrano il 48% dei costi del servizio. Quindi abbiamo una grossa responsabilità su come distribuire le risorse e spesso ci lamentiamo del fatto che spesso a fronte del fatto che la programmazione sanitaria nazionale individua un 5% di assegnazione del budget alla psichiatria, generalmente le regioni nelle aziende danno delle percentuali molto inferiori ai servizi di salute mentale. Dunque, in questo contesto che per altro è molto mutato negli anni al punto che oggi vediamo che i rapporti pubblico-privato non sono più certo quelli di vent'anni fa, c'è un coinvolgimento e un rapporto vivo tra il privato sociale spesso e il pubblico che fanno capire come sia non così lontano il passaggio da un welfare state a un welfare society come del resto in questi ambienti giustamente ci sentiamo ripetere. Veniamo a noi e veniamo alle domande che ci premono di più. Allora, quali sono secondo i relatori i bisogni e i problemi più attuali? Che tipo di risposte diamo a questi problemi nei nostri servizi? Come sono organizzati i nostri dipartimenti di salute mentale? Attuiamo delle scelte di priorità o assistiamo tutti allo stesso modo? Come viene accolta la domanda? Quale rapporto con il territorio e la rete di risorse formali e informali presenti? Pensiamo agli enti sociali, alle famiglie, al non profit. In sintesi, cosa pensiamo debba essere essenziale per un servizio psichiatrico oggi. Ecco, io do subito la parola al prof. Andreoli, direttore dei servizi psichiatrici degli

ospedali universitari di Ginevra e si occupa in particolare del servizio di emergenza. A te la parola e grazie della tua partecipazione.

Antonio Andreoli: Signore e signori è un piacere e un onore per me essere qui con voi stasera e dovrei felicitarmi veramente di essere uno psichiatra perché a un'ora così tarda la sala è piena, mostra che forse il nostro mestiere e i nostri pazienti e noi stessi non siamo così stigmatizzati come avevamo l'abitudine di esserlo un tempo. Potremmo anche rallegrarci che le malattie mentali siano meglio riconosciute, che il loro peso nel campo della salute sia identificato, che i nostri budget si siano a poco a poco allargati se non gonfiati, che la psichiatria intervenga ormai ai quattro angoli della nostra società, che si occupi dei bambini, degli adolescenti, dei vecchi, che sia presente nella comunità, che sia presente negli ospedali generali, che abbia intrapreso in fondo un lungo cammino di ritorno nel quadro dell'istituzione medica dopo esserne stata allontanata dallo sviluppo scientifico della medicina. Questo bilancio senza dubbio positivo però non è senza aspetti almeno discutibili. E' un compito un po' difficile il mio perché sono certo italiano impregnato della nostra cultura, presente spesso a livello di dibattito scientifico e politico in Italia, però rappresento una psichiatria straniera. La mia esperienza fondamentalmente sul piano clinico è quella che di qualcuno che è impegnato su un altro fronte. Quindi vorrei chiedervi di considerare con un certo favore comunque quello che dirò che forse non si attaglia completamente alla realtà italiana ma che comunque si riferisce a qualche cosa che certamente vi tocca anche da vicino. Che cosa possiamo dire dello sviluppo della psichiatria nel corso degli ultimi anni. E quando dico gli ultimi anni dico in fondo nel corso della seconda metà del secolo che si è appena compiuto. Certamente c'è un certo numero di punti in cui senza dubbio dei progressi estremamente importanti sono stati fatti. Una grande battaglia che ha mobilizzato l'impegno di tante persone è stata quella di meglio riconoscere il paziente psichiatrico come una persona, come un essere umano. E' una battaglia cominciata all'inizio del secolo con la pubblicazione di memorie di pazienti che raccontavano la loro esperienza, che hanno profondamente commosso l'opinione pubblica mondiale e provocato l'intervento di tutta una serie di istituzioni; e l'altro momento certamente importante è stata la guerra, la resistenza, la presa di coscienza dell'enormità dell'esperienza dei campi di concentramento e quindi anche di tutti questi universi che esistevano intorno a noi e c'è stato un impegno molto grande per umanizzare le istituzioni psichiatriche, umanizzare le istituzioni, il rapporto col paziente, riconoscere la sua dignità. Dostoevskij aveva l'abitudine di dire che non si può curare qualcuno se non è prima restaurato nella sua dignità di persona e di cittadino, se non esiste intorno a lui un ambiente decoroso, se non può mangiare, se non ha una casa, se non ha un diritto al lavoro. E' inutile essere medici, a questo punto. E certamente il movimento socio-psichiatrico a cavallo della guerra e degli anni successivi ha operato e ottenuto dei risultati enormi semplicemente riponendo il paziente in un ambiente umano in cui le sue caratteristiche di persona erano di nuovo riconosciute. Però poi ci si è accorti che è una battaglia che non è mai vinta veramente perché ogni istituzione continua a secernere il suo universo "carcerale" intorno a sé. I pazienti in molti luoghi

continuano ad essere legati, continuano a essere isolati, e se questo non accade come fortunatamente è il caso nella città in cui io lavoro, però esistono delle forme di carceralità più insidiose come l'indifferenza o il fare finta di non vedere o l'incapacità di essere empatici con l'altro. E quindi, certo abbiamo fatto dei passi in avanti molto importanti ma fino a un certo punto. E questo problema diventa tanto più acuto quando noi abbiamo a che fare con dei pazienti che presentano dei quadri acuti che quindi sono violenti, sono insultanti, sono duri, sono confusi, sono di un accesso difficile, sono di un contatto particolarmente ripugnante in certi casi, anche per la persona normale o per la persona bene intenzionata. C'è poi un altro elemento ancora più sornione: è la perdita progressiva di motivazione, lo stato di demoralizzazione, quell'atmosfera particolare in cui si spegne il rapporto umano con l'altro perché si spegne il nostro interesse per l'altro come persona, quella spogliazione della storia di qualcuno che poi nei dossier si ritrova come il paziente cosiddetto stabilizzato ma la cui storia è stata dimenticata da tempo. Il secondo punto è stato lo slogan Leaving at home ("Vivere a casa"): il progetto di restituire non solo una dignità istituzionale ospedaliera al paziente, ma di reinserirlo nel contesto umano della comunità, di fare di lui di nuovo un membro attivo e a pieno diritto della società umana. E certamente enormi risultati sono stati ottenuti attraverso lo sviluppo di tutto un sistema di presa in carico di trattamento ex-ospedaliero che certamente ci permette oggi di curare nella comunità, nel quartiere, a casa dei pazienti che non hanno più bisogno di essere istituzionalizzati per poter essere curati. Però sono poi veramente nella comunità questi pazienti? Sono veramente dei membri attivi?, vanno al cinema?, sì forse ma ci vanno in gruppo; vanno alla piscina l'estate?, sì ma tutta la loro vita è un poco troppo organizzata. Spesso sono in circuiti paralleli, ricircolano attraverso istituzioni per ritrovarsi sempre al punto di partenza, cioè alla soglia di quell'ospedale di cui sono diventati dei frequentatori assidui se non degli ospiti permanenti. E quindi anche qui, una mauvaise conscience ("una cattiva coscienza"), è preziosa per gli psichiatri perché non c'è niente di peggio che uno psichiatra convinto di aver fatto bene perché è un mestiere un poco difficile il nostro. Il terzo punto estremamente importante è stato quello del diritto al trattamento ma anche del diritto al rifiuto al trattamento cioè della reinserzione della psichiatria e dell'ordine psichiatrico che è innanzitutto un ordine giuridico e amministrativo separato da quel resto della medicina all'interno dell'istituzione, dell'istituzione medica ordinaria e grandi passi sono stati fatti per riportare in un certo senso l'istituzione psichiatrica nel campo dell'istituzione medica. Ma è poi vero che il paziente è sempre il nostro partner attivo soprattutto quando è un paziente acuto? E' vero che noi siamo sempre capaci di metterci in una posizione di negoziazione in cui l'alleanza terapeutica viene prima della scelta del trattamento? E' vero che i nostri processi di decisione sono trasparenti, discussi coi pazienti, discussi con le famiglie? Sì, è quello che cerchiamo di fare però nella pratica è poi vero fino a un certo punto.

E infine, non meno importante degli altri è la rivoluzione manageriale. Ci siamo accorti che l'efficienza è molto importante, che l'efficienza non deve essere disgiunta dalla qualità. E certamente le metodologie di gestione, il transfert di tecnologie, lo sviluppo della professionalità, la misura, la valutazione sono cose molto importanti.

Ma hanno anche portato con loro una serie di problemi, una specie di oggettualizzazione eccessiva del paziente, un'importanza eccessiva data al dato puramente economicistico e anche delle volte ad una perdita di motivazione. Quindi ci troviamo diciamo in un mondo che certo è stabile però non siamo certamente fuori dai problemi tradizionali della psichiatria, malgrado il nostro sviluppo. E c'è uno stesso problema che attraversa tutta la storia della psichiatria: cioè è veramente poi possibile mettere insieme il progetto clinico e scientifico della medicina, l'impegno sociale che è quello stesso di una missione di protezione della società e il problema morale che ci è posto dal confronto con la diversità radicale, l'alterità radicale della malattia mentale? Io penso di no. Penso che c'è sempre un limite che non è valicabile e in un certo senso possiamo cercare di avvicinarci a un'integrazione di questi tre imperativi che è più o meno buona, però c'è sempre qualche cosa che manca e questa cosa che manca ha un prezzo; e cercherò di mostrarvi come, molto rapidamente. E come la presa-incontro di questo limite può avere delle conseguenze molto importanti sulla qualità e l'efficienza di quello che noi facciamo. C'è infatti un nuovo malessere della psichiatria e non bisogna nasconderselo. E questo malessere si manifesta in modi diversi. Innanzitutto le malattie mentali sono molto cambiate. E' cambiata la società, sono cambiate le persone, sono cambiate anche le malattie mentali. Le malattie mentali erano qualcosa di estremamente rigido. Non è che Crepelin (?) fosse un cattivo psichiatra. Descriveva la malattia del suo tempo. Qualche cosa che sorgeva in apparenza come interamente costituito che evolveva in modo estremamente strutturato e rigido. Ma oggi le malattie non sono così. Oggi le malattie sono estremamente acute, cambiano da un giorno all'altro, cambiano almeno se le strutture in cui sono inserite non sono troppo rigide, se permettono a questa malattia di modificarsi come essa può farlo oggi. Sono cambiate anche le diagnosi. Per esempio quella malattia che certi psichiatri chiamano schizofrenia e può essere particolarmente devastante, quella sindrome come preferirei dire io, in realtà sembra essere in via di sparizione perché, certo noi abbiamo molti di questi pazienti nelle nostre istituzioni ma l'incidenza, il numero di nuovi casi che entrano nel pentolone delle nostre strutture diminuisce. Le ricerche epidemiologiche più recenti dicono che l'incidenza è diminuita di cinquanta volte. Negli ultimi quattro mesi, uno studio che noi abbiamo fatto mostra che c'era un solo paziente che presentava i sintomi classici giovanili di questa affezione. Tutti gli altri presentavano delle forme di psicosi atipica e molto più mobile. Invece noi siamo confrontati da sempre più disturbi emozionali, disturbi che sono legati all'uso delle droghe che sono una piaga della nostra società, 50%, 60% dei nostri pazienti presentano l'abuso di droghe. C'è una perdita di controllo delle emozioni molto spesso, l'impulsività, la violenza, eccetera, con dei quadri che sono legati al comportamento, con dei quadri che sono sempre più acuti in un certo senso. E sono soprattutto i disturbi affettivi che diventano sempre più frequenti. E' più difficile difendersi anche dalla malattia mentale. Sono pazienti che non possono aspettare, devono essere visti immediatamente, non si può dire a questi pazienti: venite fra una settimana. E dove vanno, dove li troviamo questi pazienti, tutti questi nuovi pazienti? Li troviamo all'ingresso degli ospedali generali dove si accalcano sempre più numerosi. E allora quello che accade è questo, detto molto

rapidamente. Cioè in fondo il numero dei disturbi acuti sta aumentano in modo spaventoso. Ma la psichiatria non è pronta a affrontare questo, perché la psichiatria è abituata a vivere in istituzioni secolari, in cui c'è sempre il tempo per fare le cose, in cui ci sono dei muri, degli infermieri, in cui il contatto con il paziente è mediato da tante altre cose. Lo psichiatra non è abituato a essere in prima linea, ha scelto questo mestiere perché è un intellettuale spesso un po' accentrato su di sé, gli piacciono le teorie, voleva fare filosofia e ha paura del sangue. E quindi non gli piace andare all'ospedale generale. E poi bisogna oggi essere interessati alla gente, alla folla, perché arrivano in folla, arrivano a dieci, a quindici alla volta tra mezzogiorno e le due. Bisogna essere pronti a lavorare fino a mezzanotte, avere orari supplementari, però invece gli psichiatri che sono in professione privata, non so come sia in Italia, cominciano sempre più tardi e smettono sempre più presto che è una necessità della vita contemporanea. Le vacanze si allungano e allora tutta questa patologia che poi è legata anche al malessere della civiltà perché siamo sempre più soli, sempre più isolati, non abbiamo ricorso a quella famiglia terribile che è la famiglia patriarcale, ma che era lì sempre però pronta un po' a coprire le nostre difficoltà, e allora i disturbi mentali acuti hanno preso l'ascensore e a Ginevra, almeno dove li contiamo si sono moltiplicati per quattro o per cinque nel corso degli ultimi anni. E chi sono questi pazienti? E' come vi ho detto: i disturbi schizofrenici diminuiscono e cosa aumentano: gli abusi di sostanze, dei disturbi psicotici atipici, pazienti instabili, immaturi che prendono delle droghe, delirano per qualche giorno ma poi passa tutto però non sono inseriti nella società, non sono motivati a venire alle istituzioni, aumenta tutto il disagio legato alla migrazione, la diversità, la differenza. Pazienti che sono meno malati forse di altri ma che non sanno usare il sistema terapeutico. Pazienti marginali, non vengono alle consultazioni dei servizi territoriali, bisogna andarli a cercare, bisogna andarli a trovare dove sono. Li vedono i medici che si occupano di medicina comunitaria: disturbi dell'umore, disturbi alimentari, cose nuove, disturbi di personalità, pazienti instabili con dei problemi d'identità, giovani, adolescenti, sempre più numerosi e cosa fare con tutta questa popolazione. Il sistema è scoppiato, è nuovo, è diverso. Gli psichiatri sono in generale sempre quelli di un tempo. Un altro problema importante è che la psichiatria si è modificata enormemente nel corso degli ultimi anni, perché ci hanno raccontato che le neuro-scienze avevano dei progressi giganteschi e che quindi bastava aspettare qualche anno e avremmo avuto delle molecole che risolvevano tutto. Quindi i socio-psichiatri sono stati allontanati dai centri di potere, rimpiazzati con dei manager oppure con degli psichiatri cosiddetti biologici. Però in realtà non sono venute queste molecole miracolose, anzi ne sono venute alcune che delle volte complicano le cose e questo ha creato Bernaut (?) nell'équipe, perché questo nuovo tipo di gestione, questi nuovi padroni della psichiatria non hanno molto interesse per l'équipe, non hanno molto interesse per quello che succede alla base. Fanno una psichiatria per diagnosi in cui purtroppo il rigetto è molto più facile, e in cui fare finta è molto più facile, e in cui l'interesse per la malattia grave purtroppo si è ridotto.
Il terzo punto è che certo il management è una cosa molto importante. Io stesso mi considero in fondo soprattutto un esperto di riorganizzazione. Però se i servizi non

hanno un'anima, il management è come nell'industria, non serve a nulla se non c'è uno spirito di corpo, se non c'è una mobilizzazione e purtroppo qui c'è qualche cosa che veramente non va. Se alle undici di sera lasciate il vostro studio e fate due passi in una istituzione psichiatrica e cercate di mettervi al posto dei pazienti e riflettete a cosa succede: spesso potete porvi delle domande preziose sulla distanza che esiste tra la bellezza e il senso delle cose, tra i nostri ideali e le piccole faccende di ogni giorno che pure sono così importanti. E' sullo iato che si scava tra queste due dimensioni del nostro essere. E infine, scusate perché non mi ricordo, c'è un problema morale perché davanti a tutto questo la qualità morale e sottolineo morale di colui che interviene ha un ruolo fondamentale perché la reazione morale è una reazione che si può acquisire e mantenere solo se c'è una disponibilità umana ma anche una grande professionalità. Non c'è niente di peggio che gli zorro, oppure le persone benpensanti e quelli che usano il buon senso purtroppo, perché c'è qualche cosa nella reazione delle persone normali rispetto alla malattia mentale che è terribile e ci vuole la forza per confrontarsi con quel che essa rappresenta veramente. Allora, se il nostro moderatore mi dà due minuti io vorrei mostrarvi un solo problema specifico. Se sono due minuti è un po' poco ma comunque… Concerne semplicemente la depressione. Abbiamo parlato di risorse, abbiamo parlato di mezzi in questo quadro generale. Come fare allora? Perché riduciamo le risorse per i malati gravi per occuparci di questa massa di pazienti acuti, non è possibile. Continuiamo a mantenere dei servizi che si occupano solo delle malattie di una volta, questo anche non è possibile. Quindi bisogna avere, l'unica soluzione è delle terapie più efficienti degli altri modi di intervento. Questo è possibile per certi tipi di intervento come la depressione. Perché scelgo la depressione? Scelgo la depressione perché la depressione è la malattia psichiatrica che comporta più perdita di giornate lavorative, è la più frequente, è quella che costa di più finalmente alla società. E noi ci siamo occupati di studiarla in termini di efficienza. Costa soprattutto in termini di giornate di ospedalizzazione. Questo è quello che accade in sei anni. Hanno accolto dei pazienti per cui si era intervenuti con un trattamento extra-ospedaliero. Sono pazienti che non hanno sintomi citotici, che non hanno dipendenza a droghe. Sono delle depressioni moderate o gravi, sono le persone come voi che siete qui e me quando facciamo la depressione. E c'è il 15% della popolazione generale che fa questo tipo di incidenti nel corso della vita. Vi accorgerete che un paziente su due viene ospedalizzato e nel corso del tempo il consumo di giornate di ospedalizzazione è veramente impressionante. Però dipende molto da tanti fattori, è una specie di esercizio di stile che faccio con voi per dirvi che c'è una certa speranza nella tecnica, a mio avviso. Per esempio le cose dipendono dal tipo di struttura in cui il depresso poi è curato; può essere operato in un ospedale standard, può essere curato in un'unità specialistica che funziona per diagnosi, questi sono dei costi, oppure può essere curato in un centro in cui si fa un intervento di crisi, dove si cerca di combinare la psicoterapia ed il trattamento farmacologico, e poi è semplicemente una questione di fare i due trattamenti che sono veramente necessari. Vedete che le cose possono cambiare enormemente. Non voglio dire chi ha ragione, cerco solo di mostrare che ci sono dei cambiamenti enormi secondo quello che gli psichiatri fanno.

Dipende anche dal tipo di intervento. Qui avete una curva che mostra quanti pazienti sono in remissione e che hanno questo tipo di depressione nel tempo e dieci settimane possono essere moltissime come in questo caso in cui vedete che ci sono soltanto il 23% dei pazienti che hanno ancora il loro episodio depressivo o possono essere ancora molto pochi che sono in remissione. Qui ce ne è ancora il 60%. In questo caso si era fatto un intervento di crisi, quindi è molto più rapido e se è molto più rapido c'è molto meno consumo di giornate di ospedalizzazione ma anche molte meno giornate di lavoro che vengono perdute e le cose cambiano notevolmente. Soprattutto le cose cambiano moltissimo secondo che voi facciate o no della psicoterapia, non della psicoterapia complicata, una forma di psicoterapia adatta a questi pazienti relativamente semplici. Queste sono le due curve: consumo dei giorni di ospedalizzazione con psicoterapia e senza psicoterapia.
Quindi le cose possono cambiare in modo enorme e nel tempo. C'è una domanda che tutti gli addetti ai lavori si pongono in questi giorni e qui concludo: con tutta questa situazione talmente complessa, cosa fare di tutti questi pazienti in crisi, disperati che arrivano? La risposta è semplice: mettiamoli in un ospedale, questa è la grande trovata che c'è sempre. Io non vorrei che questa idea continuasse ad esistere. Tutto quello che ho cercato di dirvi è dimostrarvi quanto le cose sono complesse e quanto sia inattuale risolvere le cose in questo modo: li prendiamo dall'ospedale generale li spediamo in un qualche luogo che forse non si chiama più asilo come un tempo perché chi è che manderebbe… il 70% dei pazienti sono dei depressi, costerebbe moltissimo avere degli asili! Sapete che sono stati deistituzionalizzati soprattutto per il costo potenziale che avevano se si fosse dovuto farli funzionare come ospedali veramente? E d'altra parte nessuno ci vorrebbe andare, è impossibile mantenerci i pazienti. Quindi, che lo si voglia o no bisognerà forse che la psichiatria impari un po' più a gestire la sua complessità ed a confrontarsi con il problema tecnico e morale che la caratterizza. Ma in fondo mettere insieme scienza e morale non era la sfida alla modernità? E su questo vi ringrazio della vostra attenzione.

Moderatore: Grazie al professor Andreoli per il panorama che ci ha offerto e anche per gli stimoli e i paradossi con cui ci ha stimolato alla fine della sua relazione. Passo la parola al dottor Bertoli che ha anche un'esperienza molto ricca, molto importante da presentare a tutti. A te la parola.

Marco Bertoli: Io questa sera non parlerò, vi ho portato un video che ho cercato di tagliare, quindi tecnicamente non è il massimo.
Riparto dalle due parole finali del professo Andreoli: che cosa fare? Nel mio dipartimento, nell'azienda bassa Friulana abbiamo cominciato a fare delle cose per dei pazienti che sono, si possono classificare come pazienti gravi e il tema di questa sera è un tema che dice, parla del bisogno e delle risorse. Io credo che non si possano definire le risorse senza interrogarci sul bisogno e quindi io parto… sostanzialmente dirò una brevissima parola su questo bisogno. La mia esperienza è un'esperienza di medico che ha cominciato a fare insieme con le persone che curo, e a fare insieme con queste persone ed insieme ad una équipe in cui ci sono infermieri professionali e

c'è un privato sociale. Facciamo insieme perché più di tante psicoterapie, più di tanti usi di farmaci più o meno moderni, ci siamo resi conto che il bisogno dell'ammalato è lo stesso nostro bisogno, è il bisogno essenziale di felicità e la felicità non è qualche cosa di teorico, passa attraverso l'amore, attraverso il lavoro, attraverso la famiglia o delle relazioni importanti che si stabiliscono fra gli uomini. Allora, se il titolo di questo Meeting è il sentimento delle cose, la contemplazione della bellezza, c'è un Salmo che dice che "La gloria di Dio è l'uomo che vive". Ecco, a me interessa come professionista… io non so più bene che cosa sono. Ho cominciato come essere psichiatra e adesso tante volte girando e portando l'esperienza che stiamo facendo a Palmanova, mi definisco come un allevatore di trote e dopo capirete perché. Il bisogno di essere felici è il bisogno di qualche cosa che capiti nella nostra vita e che sia bello e buono e questo bisogno, che è il mio bisogno, mi interessa, e rispetto a questo bisogno io vengo interrogato dalle persone di cui mi prendo cura. C'è il mondo dei tecnici, il mondo degli psichiatri, qualche cosa che è pervaso secondo me da una sorta di sfiducia ed è una sfiducia che, a mio parere, nasce da una imbecillità ed è l'imbecillità di non stare di fronte al bisogno dell'altro, l'imbecillità di dare risposte sempre stereotipate e sempre le stesse. Queste risposte generalmente sono sanitarie e quindi tendono a spegnere proprio il bisogno dell'altro.
Il malato mentale di cui io mi occupo ha bisogno di vita, della mia stessa vita soddisfatta. L'imbecillità è quella di ripercorrere strade che non portano né ad un benessere e né ad una guarigione ma ad una sfiducia. Sentiamo, io sento dire spesso negli ambienti psichiatrici, ma soprattutto dalla parte dei tecnici: "uno schizofrenico non può guarire". Nel video sentirete raccontare alcune storie. Se questi sono schizofrenici e lo sono, se questi che vedrete sono malati inguaribili, allora io non sono più né uno psichiatra, né un allevatore di trote, ma sono Napoleone.
Può partire il video.

Proiezione del video.

Io volevo solo dirvi che questo film è stato girato alcuni mesi fa e che Flavio e Michele hanno messo i denti, e sono belli, e Michele un mese e mezzo fa mi ha chiesto – Michele è quello delle macchie: lo psichiatra voleva che lui vedesse qualcosa in queste macchie – mi ha chiesto: "Dottore, avete fatto tanto per me. Vorrei che poteste fare qualcosa anche per mio fratello". Io credo che l'aspetto della guarigione sia il riconoscimento dell'altro. Michele ha chiesto un aiuto per il fratello e da alcuni giorni vive in un appartamento nel suo paese, a Cervignano, e tra un po' di tempo sarà raggiunto da suo fratello che tra l'altro è un paziente in cura di disassuefazione dalla droga con il metadone. È ancora un rischio che però in questo contesto di risposta al bisogno, sapendo, l'altro può darci, il malato può darci qualche cosa di importante, questo rischio vogliamo prenderlo.
Io concludo il mio intervento ricordando quanto diceva Van Gogh: in una lettera a suo fratello Theo dice che lui si sentiva prigioniero di una gabbia orribile, orribile, spaventosamente orribile e alla fine della lettera dice che l'unica possibilità di

rompere questa gabbia è un moto di simpatia, di umana cordialità. Questa è l'esperienza che io faccio con i miei collaboratori a Palmanova. Vi ringrazio.

Moderatore: Grazie Marco, adesso la parola al dottor Righetti cui ho dovuto chiedere un pochino di sintesi anche per dare la possibilità di rivolgere almeno una domanda da parte del pubblico visto che abbiamo promesso questo oggi, e oggi ogni promessa va mantenuta.

Angelo Righetti: Cercherò di contenermi sottolineando semplicemente alcuni aspetti che in modo molto modesto il dottor Bertoli non ha sottolineato. Queste cose che voi avete visto non sono le sole che ci sono in quel territorio. Va tenuto presente che in quel territorio - e Bertoli aveva il dovere di informarvi - è una delle poche esperienze di lavoro psichiatrico dove non c'è un servizio di diagnosi e cura; dove non c'è nessuna struttura privata o convenzionata, dove per intero il carico della salute mentale di quella popolazione grava sui servizi strutturata in un modo alternativo all'ospedale, con due centri di salute mentale di cui uno funzionante ventiquattro ore e l'altro funzionante dodici ore e strutture di accoglienze e condivisione che sono in parte quelle che avete visto e anche molte altre basate su appartamenti di civili abitazioni, su nicchie economico-sociali dove le persone possono acquisire una formazione lavoro, avere domani un reddito, contare su personale che direttamente lavora con loro all'interno spesso della stessa cooperativa di cui gli utenti stessi sono padroni e ne fanno parte.
Io non so, ci sarebbero molte cose da dire, ma di una ci terrei in modo molto particolare: io non credo che la psichiatria si sia ancora liberata dall'essere prevalentemente uno strumento di oppressione, di discriminazione e di serializzazione dei pazienti. Non credo che questo sia già avvenuto e non credo che sarà facile che avvenga quindi sono poco interessato a vedere se ulteriori e future scoperte sulla biologia molecolare, sulla genetica o sui nuovi preparati o sulle nuove tecniche di psicoterapia renderanno possibile una migliore cura per queste persone. Io credo che anche se dovesse essere scoperto tutto lo scopribile, rimarrà sempre una parte di popolazione discriminata, esclusa, manipolata o direttamente come è successo nella storia della psichiatria fino ad oggi, o indirettamente come sta succedendo tutt'ora.
La psichiatria ha fornito strumenti per questa operazione e li ha sempre forniti. A suo tempo li ha forniti per giustificare l'eliminazione dai villaggi, dai contesti sociali, dai contesti familiari delle persone non produttive o non adattive. Oggi io credo che abbia scoperto un'altra cosa invece molto interessante: è riuscita a rendere produttivo l'improduttivo. Oggi una persona con disabilità anche grave o con molti anni è una persona improduttiva ma che è stata trasformata in persona produttiva e produttiva per altri, è produttiva per organizzazioni di vario genere comprese organizzazioni non lucrative di utilità sociale, e remunerativa per una grande quantità di remunerazioni di potere e sociali.
Ci sono regioni in Europa nelle quali alla mattina, questa mattina si sono svegliate duecento persone legate al loro letto, malati di mente; se ne sono svegliate altre

cinquemila legate al loro letto: anziani con problemi psicogeriatrici, ne sono stati immessi con trattamenti sanitari obbligatori circa un centinaio questa mattina e circa duemila persone con malattia mentale aspettano il giorno che non verrà mai, all'interno di microstrutture da venti, da moduli di venti o di quaranta posti letto gestiti prevalentemente da cooperative senza nessuna prospettiva né di integrazione sociale, né di integrazione lavorative, né di riconoscimento di un minimo di diritti. In compenso sono sicuramente molto produttivi per le organizzazioni che li governano e per i loro complici istituzionali. Questa regione d'Europa è l'Emilia Romagna. Non serve andare molto lontano per rendersi conto che molte cose sembrano cambiate ma probabilmente non sono cambiate, probabilmente sono meglio nascoste, probabilmente sono meglio confuse ma la sostanza rimane quella. È una sostanza che attraversa il problema della psichiatria da molto tempo così come il problema di tutte le organizzazioni che hanno nel sistema di aiuto il loro sostanziale compito. Ed è una dialettica tra istituzioni e persone a dire che più le istituzioni sono forti, più le persone sono deboli, più le istituzioni sono possenti e più le persone scompaiono.
La malattia mentale ha molti aspetti di istituzione, molto pochi aspetti di conoscenza. Noi sappiamo in termini istituzionali molto, ma non conosciamo quasi nulla. Questo rapporto, io credo in questo come in tante altre regioni di Italia e di Europa, è troppo squilibrato sul versante delle istituzioni. Non dico che questa dialettica deve essere abolita, io dico che questa dialettica deve essere ragionevole, deve permettere alle persone di crescere nella loro contrattualità e nel loro potere soprattutto quando queste persone hanno proprio nel loro corpo stesso segnato la mancanza di contrattualità e di potere e questo molto spesso è all'origine della loro prevalente sofferenza.
Io non credo che si possa fare a meno di continuare a rendere la bilancia un po' più pesante, un po' più contrattuale, un po' più condivisa sul versante delle persone e un po' meno strapotente, straorganizzata, stratutto sul versante delle istituzioni.
Come fare questo? Come riequilibrare questo? Bene, come ha fatto vedere Marco Bertoli credo che sia una strada e credo che il fatto che sia riuscita è segno che allora è proprio vero, che allora è possibile, non importa se non sarà esteso o se sarà esteso in altri modi a seconda dei colori che assumono i territori, i loro legami, le loro caratteristiche culturali e personali. Il punto centrale è sempre lo stesso: laddove esiste un impegno costante, serio e anche professionale a garantire l'aumento del potere delle persone, le istituzioni si modificano, le persone riacquistano contrattualità e ciò che ieri ci sembrava impossibile, diventa possibile. Questa è una cosa che si ripete sempre, una cosa in più probabilmente insegna questa esperienza di Bertoli: che l'aumento del potere delle persone non lo si fa attraverso un aumento di attributi o un aumento di danaro o un aumento di consumo di prestazioni sanitarie o psichiatriche, lo si fa attraverso uno strumento che qui viene dettato come strumento principale in questa esperienza che è l'affettività, in sostanza l'amore anche un po' scandaloso che si vede per persone dalla cui faccia stessa si legge che non occupano certamente nella scala sociale una particolare appetibilità. Io credo che queste siano le due cose che insegnano queste esperienze e che questi siano problemi generalizzabili invece in tutte le esperienze psichiatriche.

In questa seconda osservazione ci sta anche il fatto che non credo che possiamo affrontare, non potremo mai affrontare il problema delle risorse sul versante della psichiatria o della salute mentale, immaginando e costringendo le persone ad immaginare una equivalenza che è falsa, ovverosia che più psichiatri facciano più salute mentale. Nel nostro settore questo non è vero. Questo non è assolutamente vero. Molto spesso più psichiatri fanno più malattia mentale e questo credo per una serie di ragioni sia che riguardano il corpo dottrinario della psichiatria sia che riguardano le modalità organizzative delle istituzioni. Allora che cosa ci vuole di più? Credo che questo video abbia indicato quali sono le cose che bisogna aumentare e in che modo farlo, e penso che questo sia una lezione molto importante per la psichiatria nel suo complesso, soprattutto nella speranza che possa finalmente liberarsi degli aspetti più disgustosi, oppressivi e di sfruttamento, che ancora esistono, delle persone con malattie mentali e considerare di essere un ragionevole strumento di aiuto, di aumento della contrattualità delle persone, dei loro contesti e delle loro situazioni oggettive. Ed è l'ultima cosa, nelle situazioni oggettive che sono state presentate un elemento non può sfuggire: intorno alla devastazione di questi corpi, l'ambiente che è stato ricostruito è un ambiente bello, un ambiente dove gli attributi degli oggetti sono belli ed io credo che, al di là di tutto, visto che sono stato abituato fin dall'inizio della mia carriera professionale ad occuparmi di come distruggere i manicomi, e avendo notato sempre che la fondamentale terapia all'interno dei manicomi così come all'interno degli ospedali civili nei servizi di diagnosi e cura, così come all'interno dei servizi territoriali, c'è un tipo di terapia che è prevalente su tutte: è la terapia del brutto. Ambienti schifosi, modalità schifose, arredi schifosi sono esattamente quello che c'è all'interno della attuale ambientazione della psichiatria, di solito questo. Quando non sono schifosi e sono invece perfetti, sono come le sale veterinarie dove si operano gli animali, molto sterili, molto anonime, molto organizzate, molto svizzere… naturalmente non riferendomi al professor Andreoli ma riferendomi proprio alla Svizzera che i manicomi mai li ha eliminati e mai li eliminerà perché è una cultura fondamentale per il loro sistema di potere. Questa è naturalmente la mia opinione. Questo ultimo aspetto credo che sia un altro aspetto che va sottolineato perché la bellezza degli oggetti o degli ambienti o dei contesti da ricercare, da costruire, da garantire è un veicolo straordinario di relazione con le persone, e riattribuisce il valore e la dignità delle persone. Se noi diamo dignità alle persone lavoreremo molto più spesso a fare in modo che gli oggetti, gli ambienti che lo circondano siano improntati alla bellezza piuttosto che alla terapia del brutto a cui siamo profondamente abituati nelle nostre periferie, nelle nostre città così come nei nostri servizi soprattutto quando si tratta di persone con malattie mentali. Questo è un altro, l'ultima cosa molto interessante che ho visto e mi ha fatto venire in mente una frase di Solženicyn che diceva più o meno: se noi immaginiamo l'albero della vita formata da tre rami (il senso, la direzione e la bellezza), il senso e la direzione sono stati tagliati e rimane solo quello della bellezza e sarà il caso che lo nutriamo a fondo per ritrovare il vigore all'albero e il senso della vita.

Moderatore: Ci dovrebbe essere un microfono che è stato preparato qui in centro. Poi concludiamo entro comunque l'ultimo termine assegnatoci.
Professoressa a lei la parola.

Domanda: Spero di essere rapidissima anche se vedete con me un quaderno. Sono la voce dell'utenza secondaria. I relatori hanno parlato dell'utenza primaria, dei pazienti psichiatrici. Io sono la voce dell'utenza secondaria, dei familiari.
L'impegno a divulgare conoscenza e non allarme, a divulgare informazione e non pregiudizio ideologico onde alcuni elementi e oscurantismi medioevali lascino finalmente il posto ad una seria politica psichiatrica, ci coinvolge ormai da anni come Associazione di Familiari Psiche Lombardia.
Purtroppo i mass media parlano della malattia mentale quasi sempre solo in occasione di episodi in cui i pazienti psichiatrici sono stati protagonisti come assassini o come omicidi. Purtroppo il filmato delle iniziative del dottor Bertoli non riesce ad andare presso i mass media. Ultimamente questi casi sono stati numerosi ed hanno creato non poche angosce nei familiari o in chi è coinvolto direttamente o indirettamente nella gestione di un paziente psichiatrico.
Immaginate quanta paura hanno creato nell'opinione pubblica e di come abbiano aumentato lo stigma contro il malato di mente. Questi casi non possono essere dimenticati, non possono essere archiviati come casi limite, casi rari, casi unici, no! Purtroppo sono la dolorosa e drammatica conferma che i servizi territoriali psichiatrici oggi non funzionano bene.
Non sono qui per fare per l'ennesima volta l'elenco delle strutture mancanti per sottolineare l'assenza di operatori, l'assenza di un pronto intervento psichiatrico nelle grandi realtà metropolitane. Voglio cogliere questa occasione per sottolineare ancora una volta le difficoltà insormontabili che deve affrontare una famiglia che si trova coinvolta in questo dramma, anche nel caso fortunato in cui il proprio congiunto sia curato discretamente dai servizi psichiatrici perché la famiglia rimane etichettata, emarginata, evitata, temuta.
Dunque, bisogna aiutare la famiglia. Rapidamente tre indicazioni:
come rovesciare l'attuale movimento autoriproduttivo del manicomio, dove è l'utenza che deve recarsi al centro psicosociale? E come creare le condizioni perché invece sia il centro psicosociale che si senta motivato ad andare verso l'utenza?
Bisogna che i reparti cosiddetti di diagnosi e cura siano meno infernali, lasciatemi passare questo aggettivo. Non possono essere il contenitore di tutto e di qualunque disagio della società e soprattutto non possono essere il luogo dove sempre più viene usata la contenzione fisica.
Ultimo punto, e qui vorrei qualche chiarimento. In psichiatria viene adoperata per i famigliari la parola magica "riabilitazione". È una parola che pare risolvere tutto, quindi si parla di percorsi riabilitativi ma qui ci sono due cose da chiarire: primo, chi è fortunato ad entrare nel cosiddetto percorso riabilitativo? Molto spesso sono promossi al percorso riabilitativo i migliori, e i più deboli dei deboli vengono esclusi, selezionati, dispersi nel campo anche del percorso riabilitativo.

Secondo punto, e il paziente che ha superato, concluso il periodo riabilitativo dopo due anni, tre anni, ma che ancora non riesce a godere del circuito comunicativo e non riesce a riappropriarsi del diritto di cittadinanza, chi lo cura? Di chi è la responsabilità?
Certo, per aiutare le famiglie occorrono molte risorse non solo materiali ed economiche ma soprattutto culturali, sociali ed affettive.
Ritornando al concetto iniziale nonostante queste tematiche che vi ho sottolineato desidererei ringraziare questa occasione che mi viene data e soprattutto ringraziare di aver posto la tematica della malattia mentale in un Meeting, in un contesto così importante dal punto di vista sociale, culturale, economico, politico in maniera da far sperare che questa sia la strada della vera integrazione. Grazie.

Moderatore: Grazie davvero. Prima di concludere io credo che proprio l'intervento della professoressa Rocca ci darà occasione, ci deve dare occasione per aprire o per riaprire il fronte di questi problemi che riguardano l'assistenza psichiatrica e soprattutto che riguardano la salute mentale di cui questa sera è uscito uno spicchio della varietà con cui possono essere affrontati e presentati, e credo che nel nostro lavoro anche questa diversità possa e debba essere intesa come una ricchezza. Io credo che abbiamo tempo soltanto per raccogliere un paio di spunti.
Noi ci siamo posti il problema di questo rapporto tra bisogni crescenti e risorse limitate e credo che uno dei punti emersi un po' da tutti è la necessità di rimotivare anzitutto gli operatori ad occuparsi delle persone, a comprendere i bisogni delle persone, a valorizzare le loro risorse, ad intessere delle relazioni personali con chi ha bisogno.
Il secondo aspetto, proprio per disporre meglio di queste risorse limitate, è quello di fare dei progetti individualizzati a seconda del tipo di problema che abbiamo di fronte perché il bisogno è differente, lo diceva anche all'inizio Andreoli molto giustamente: è ben diverso parlare di una psicosi grave piuttosto che un disturbo depressivo o piuttosto che di una crisi acuta. Credo che questo è l'altro grosso compito che in un momento di risorse limitate noi abbiamo davanti, ma credo che, concludendo, io debba veramente sottolineare anche questo aspetto della dialettica che Righetti sottolineava tra istituzione e società. La nostra vita individuale, la nostra vita comunitaria è qualche cosa che ha a che fare con la salute mentale. Noi possiamo essere partecipi della costruzione di un progetto di salute mentale, non c'è una dialettica irresolubile tra persone e comunità. Sono due realtà che si sostanziano reciprocamente. Sono, faccio parte di te, io sono parte di questo corpo sociale, la ferita che tu hai dentro è la mia ferita. Se c'è una realtà che la 180 ha portato è il movimento di identificazione che in qualche modo ci ha costretto a portare verso il diverso, poi dobbiamo riscoprire queste cose, questa cultura dell'accoglienza come una possibilità nuova di andare incontro al bisogno, anzitutto al bisogno con gli strumenti che oggi ci sono e che certo sono anche degli strumenti rinnovati e raffinati, e non tutto va bene ma la relazione è fatta anche di aspetti tecnici, giustamente lo ricordava Andreoli. Ma, concludo, il problema è allora quello che questo appello al fatto che ci sono nella nostra società dei soggetti diversi, questo ruolo sottolineato da

Righetti e da Bertoli ancora una volta della presenza dei soggetti sociali dentro il tessuto sociale è l'esperienza della sussidiarietà.
Allora la sfida è che questa sussidiarietà sia un contributo reale, positivo per la salute mentale. Anche questa idea detta dal piano sanitario nazionale di un patto per la salute mentale che metta d'accordo i diversi soggetti, che li costringa a coordinarsi ed integrarsi attorno ad un tavolo, siano soggetti pubblici o privati, siano realtà di aiuto come "La Porta" o siano delle cooperative o delle comunità o siano dei servizi pubblici, siano i Comuni o le Aziende Sanitarie, ecco, io credo che questa grande alleanza noi possiamo e dobbiamo portarla avanti a tutti i livelli in cui siamo presenti.
Grazie dell'attenzione.