

L'integrazione socio sanitaria nella assistenza a domicilio e in Residenze Leggere per i Cittadini con disturbo mentale

Renato Ventura

Presidente di La Tartavela ODV e Vice presidente Scacco Matto MI

Relazione al Convegno "La gestione del disagio psico sociale"

Milano 16 settembre 2023

Fondazione LUVI con I patrocinio del Comune di Milano Municipio 5

Cascina Brandezzata Via Ripamonti 428, Milano

Partirò apparentemente da lontano, da Foucault e dal dipinto do Bosch e dall'opera satirica la "Nave dei Folli" di Sebastian Brant, per passare poi, attraverso l'esperienza di Geel in Belgio ("la città dei matti") quale esempio di ospitalità diffusa dei "matti", alla situazione attuale e al problema della loro integrazione sociale con lo strumento dell'abitare supportato (SAS o soluzioni abitative supportate, secondo la terminologia usata nel recentissimo Rapporto ISTISAN 23/9 pubblicato nel mese di giugno di quest'anno con il titolo: "Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive", sotto la direzione di Starace). Farò anche un rapido cenno alla esperienza di Scacco Matto Mi, di cui sono vice presidente, che mi sembra allineata a quanto viene proposto nel documento ISTASAN.

Piccola digressione terminologica. Ho usato il termine "matti" (dal tardo latino *matus* o *mattus* ubriaco) e folle (dal latino *follis* "sacchetto di cuoio, mantice", per traslato poi "testa vuota") che definiscono la condizione di persona fuori (o uscito) di senno, fuori di testa, impazzito, malato di mente, pazzo, squilibrato (Treccani) perché qui parliamo della Nave dei Folli e della città dei matti. Nel linguaggio popolare matto e folle si usano indifferentemente. Nella c.d. letteratura scientifica invece si parla di malattia mentale e di schizofrenia.

Si dice che le parole sono pietre (è il titolo di un libro di Carlo Levi). In questo caso sono macigni contundenti che stigmatizzano il disturbo mentale come malattia (condizione tutta da dimostrare trattandosi non di una malattia nel senso comune

del termine) o, peggio, viene definita schizofrenia una condizione di alterazione mentale con deliri e allucinazioni sulla base di un costrutto esclusivamente psicologico (la c.d. dissociazione mentale di E. Bleuler) che non ha alcuna base neuro-patologica o funzionale.

Nella letteratura anglosassone non si trova, o lo si trova raramente, il termine *disease* che significa malattia, a proposito di disturbo mentale. In genere si parla di *mental illness*, ove *illness* si traduce con malessere, disturbo, infermità, privilegiando la soggettività del disagio. Nel DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) si parla di *mental disorder*. Credo se, come dice Moretti, le parole sono importanti, che non sia un caso questo uso anglosassone più sorvegliato, meno impegnativo sotto il profilo diagnostico e meno stigmatizzante, per definire i disturbi psichici.



Il dipinto di Jeronimus Bosch La nave dei folli (1494)

Vi propongo il dipinto La nave dei folli e il quadro più noto di Bosch (Il giardino delle delizie) perché ho visitato recentemente la mostra di Palazzo Reale su Bosch e gli artisti che a lui si sono ispirati. La mostra mi ha lasciato una vivida impressione e nel preparare queste note ho pensato che potesse introdurre il discorso sul posto del folle nella società.

Nella presentazione della mostra si dice.

“Tema centrale delle opere di Bosch sono i vizi e le virtù umane, la dannazione e la possibilità di salvezza, i sogni, le paure e le ambizioni umane, sempre raccontate e ragionate attraverso le sembianze fantastiche di esseri ibridi e creature simboliche...La follia diventa lo strumento implicito attraverso il quale rieducare il sistema sociale e attraverso la pittura si configura come

una rappresentazione della diversità.”

L’opera satirica La nave dei folli (*Stultifera navis o nave degli stolti*) di Sebastian Brant (del 1494), alla quale probabilmente si è ispirato Bosch per il suo dipinto, era molto diffusa nel Medioevo. Secondo l’Accademia dei Lincei *conobbe un successo travolgente e fu più volte stampata, anche con traduzione latina, la lingua*

Il giardino delle delizie di Bosch



internazionale dell'epoca, tanto da rappresentare un vero e proprio bestseller. Fu anche tra le più importanti fonti di ispirazione per l'Elogio della follia di Erasmo da Rotterdam, di poco posteriore (1509) dove la follia si oppone alla razionalità del saggio e, in particolare, alla saggezza dei chierici. Prelude alla Riforma luterana.

L'opera è nota soprattutto per il ricco apparato iconografico che in moltissime xilografie racconta il folle viaggio di una comitiva di pazzi. A bordo di una nave questi strani personaggi cercano di raggiungere *Narragonien*, (il Paese dei Pazzi), dopo aver attraversato *Schlaraffenland* (il Paese della Cuccagna).

Nel libro i personaggi sono l'espressione di specifiche "follie" dell'uomo – la cupidigia, il gioco d'azzardo, la crapula, l'adulterio, le chiacchiere, gli studi inutili, l'usura, la voluttà, l'ingratitude, la bestemmia, eccetera. Anche nel dipinto di Bosch *La Nave dei folli* una folla di personaggi, stretti su una piccola imbarcazione, è intenta a sprecare la propria vita nei vizi. Domina il peccato di gola, ma ci sono molti elementi simbolici: sul vessillo la mezzaluna simbolo della follia, un gufo e una ciliegia simboli del peccato, due monaci si contendono il cibo (allusione alle crapule nei conventi e alla chiesa compromessa dal possesso dei beni materiali?), due persone nude in acqua sembrano i dannati dell'inferno, un teschio sull'albero ricorda l'inevitabile morte...Evidente l'intento moralistico della condanna del peccato, ricorrente nelle opere dell'artista fiammingo.

Ricordiamo che secondo l'accezione più diffusa il Medioevo è il periodo compreso fra la caduta dell'Impero Romano d'Occidente (476) e la scoperta dell'America (1492). Il dipinto di Bosch è del 1494. Di lì a poco ci sarà la Riforma luterana del 1517, nata dallo scandalo delle indulgenze di papa Leone X, che cambierà il volto

all'Europa e condannerà una volta per tutte le ricchezze sperperate dalla Chiesa di Roma. Non solo veniva messa in discussione l'autorità del Papa ma veniva valorizzata la ricerca della fede e il dialogo diretto con Dio con ciò mettendo al centro la persona e non l'autorità della chiesa: la salvezza dell'anima dipende dalla fede e non dalle opere di carità (le indulgenze papali acquistate per "comprare il paradiso").

Il folle, nel Medioevo, era appartenuto alla sfera del sacro, una manifestazione di Dio o del demonio, una maschera del mistero, la personificazione della lotta tra Bene e Male. Alla fine del XV secolo si osservano i segni di un cambiamento della gestione della follia e dell'affiorare di una visione che la poneva non più nella sfera mistico-religiosa, ma in quella delle manifestazioni terrene. La follia non viene più vista come una realtà oscura del mondo, ma come una debolezza dell'uomo, connaturata alla fragilità della sua condizione.

La collocazione della follia (e della diversità) appare in tutta la sua complessità: nel dipinto di Bosch come nel libro di Brant, vizio e follia sono sostanzialmente equiparati ed è evidente che affidarli a una nave è un modo di allontanarli.

Prendo spunto da questa rappresentazione per due considerazioni: la prima riguarda la confusione fra giudizio morale, pietà e tolleranza nel Medioevo nei confronti del diverso: sono sulla stessa barca. La seconda è l'emarginazione delle persone folli o devianti socialmente: metterli su una barca alla deriva.

Non è che oggi le cose siano molto cambiate. Nel 2023 nel Regno Unito il governo Suniak, incapace di gestire gli arrivi ha pensato a una soluzione simile, cominciando a stipare gli immigrati in attesa di verdetto sulla richiesta d'asilo su un'enorme chiatta lunga quasi cento metri che potrà ospitare fino a 500 persone, tutti maschi adulti. Dice Suniak che non saranno detenuti, perché saranno liberi di andare e venire. Dove si possa andare e dove si possa venire in una nave in mezzo al mare è un segreto che il governo britannico non s'è preso la briga di raccontare. Forse i veri naufraghi (moralì) in questo tempo siamo noi sulla terraferma.

Il Giardino delle Delizie terrene (1500-1505)

E' la creazione più complessa ed enigmatica di Hieronymus Bosch. Sebbene il trittico, oggi conservato al Museo del Prado non sia firmato, la sua attribuzione a Bosch non è mai stata messa in dubbio. La datazione dell'opera, tuttavia, è oggetto di un considerevole dibattito.

Il tema generale del *Giardino delle Delizie* è il destino dell'umanità.

La narrazione procede da sinistra verso destra: nel pannello di sinistra sono raffigurati Adamo ed Eva in Paradiso mentre nel pannello di destra è descritto

l'Inferno. La scena del pannello centrale rappresenta un Paradiso che inganna i sensi, un falso Paradiso caduto nella tentazione della lussuria...Nel pannello centrale, da cui il trittico prende il nome, Bosch ha incluso un gran numero di figure umane nude, con l'eccezione della coppia in basso a destra, che di solito viene identificata come Adamo ed Eva dopo l'espulsione dal Paradiso. Uomini e donne, bianchi e neri, sono generalmente raffigurati in gruppi o coppie, mentre intrattengono relazioni amorose (alcune di natura proibita) con una potente carica erotica che si riferisce al tema preminente del pannello, il peccato di lussuria. (Tratto da Arte.it)

Ho messo accanto i due quadri perché illustrano bene la concezione medioevale della vita, del peccato, della morte...e della follia.

Motivo centrale del pensiero medioevale è la grande questione del rapporto fra la ragione e la fede: ragione e fede, scienza e religione, filosofia e teologia, corpo e anima, spirito e materia, conoscere e credere, ricerca e dogma sono opposti da conciliare. Fondamentale il rapporto tra bene e male, Dio o Satana e si deve scegliere sapendo che "l'intelligenza di Dio è di gran lunga superiore a quella umana e se un uomo si ribella pecca di superbia".

Appare ovvio che all'interno di queste concezioni religiose e metafisiche il folle non è che un peccatore o un eretico.

Semplificando: la cultura e la filosofia medievale si caratterizza per "...l'emergenza assoluta della domanda di Dio o della *domanda teologica*. L'uomo medievale ...vive infatti sé stesso e il mondo che lo circonda...a partire dalla domanda teologica...La riflessione medievale appare così raccolta tra lo statuto e i diritti della fede e lo statuto e i diritti della ragione." (Storia del pensiero occidentale a cura di E. Severino, Mondadori 2020).

Michel Foucault e la storia della follia nell'età classica

Farò ora un breve cenno a Michel Foucault e alla sua poderosa (800 pagine) *Storia della follia*. (1972, Editions Gallimard, R.C.S. Rizzoli, B.U.R. 1976) riprendendo qualche concetto che mi appare in continuità con l'opera di Brant e il dipinto di Bosch. Accennerò solo ai primi due capitoli dell'opera.

Nella nota di copertina si legge: *Foucault costruisce la fenomenologia storica e strutturale della follia nella fase cruciale di trapasso dal tardo Medioevo ai prodromi della rivoluzione industriale. Nell'età medievale, infatti, il folle, pur incarnando con la sua patologia devianza e trasgressione, era nondimeno ammesso ai margini della comunità. Ma al declino del Medioevo i pazzi cominciano a essere rimossi dalla comunicazione sociale con le comunità dei savi che producono, obbediscono o comandano. Da questo momento si costituisce la 'criminalizzazione' della follia, la sua segregazione e repressione nel manicomio.*

Foucault nella sua tesi dottorato (tale era originariamente l'opera pubblicata nel 1961) fa un affresco della storia della follia che parte dal tardo Medioevo e arriva all'età classica. Foucault per età classica intende l'ambito culturale francese che va dal XV al XVII secolo, concludendosi nella Rivoluzione.

Stultifera navis (nave che porta gli stolti) è il titolo del primo capitolo.

Il folle viene separato **dalla comunità dei "normali", affidandoli a gente di mare:** allusione al libro di Brant. Nello stesso capitolo Foucault precisa che la "nave dei folli" non era, poi, totalmente un parto della fantasia. Al contrario, era piuttosto comune la prassi di **allontanare i "matti"**.

Scrive Foucault: *«Sparita la lebbra, cancellato o quasi il lebbroso dalle memorie, resteranno queste strutture. [...] Poveri, vagabondi, corrigendi e "teste pazze" riassumeranno la parte abbandonata dal lebbroso... Con un senso tutto nuovo e in una cultura differente le forme resisteranno: soprattutto quella importante di una **separazione rigorosa che è esclusione sociale ma (anche tentativo ndr) di reintegrazione spirituale.**»*

Foucault prende le mosse da un'analisi dei lebbrosari nel Medioevo e di come gli affetti dalla malattia di Hansen venissero ghettizzati nella società del tempo. Al posto dei lebbrosi, venivano internate, oltre i folli, le persone che oggi definiamo devianti ed emarginati socialmente: poveri e senza dimora (questo è fondamentale), omosessuali, libertini e prostitute, eretici (!)...e folli.

Già abbiamo detto che nell'antichità e nel Medioevo la follia non ha un'esistenza autonoma e si confonde con le manifestazioni del sacro. La convivenza quotidiana con la dimensione magico-religiosa della realtà instaura un profondo legame tra follia e forze divine o demoniache. Nel Medioevo il folle è ancora tollerato ai margini della società, né integrato né escluso del tutto, poiché in lui si riconosce un 'segnato da Dio'. Per quanto lo estrometta e lo releghi tra i reietti della società, infatti, la cultura medievale accorda al folle il ruolo di portatore di verità "non ortodosse", gli concede uno status di straordinarietà che gli consente di parlare senza censura (come i giullari), ne fa una figura importante della propria immaginazione popolare e artistica. Il folle è visto come il possessore di un sapere oscuro e impenetrabile, che può accedere a realtà impercettibili all'uomo comune, realtà superiori che nascondono segreti misteriosi o rivelazioni religiose: *"il folle, nella sua innocente grullaggine, possiede questo sapere così inaccessibile e così temibile... lo porta in una sfera intatta: questa palla di cristallo, che per tutti è vuota, è piena ai suoi occhi di un sapere invisibile"*. (Foucault, *Op. cit.*).

*“Nasce l’esperienza classica della follia...Eccola solidamente ormeggiata in mezzo alle cose e alle genti. Trattenuta e tenuta ferma. **Non più barca ma ospedale.** I «folli ubriaconi», i «folli senza memoria e intelletto», i «folli apatici e mezzo morti», i «privi di cervello». Tutto questo mondo di disordine viene racchiuso in un ordine perfetto: l’internamento succede all’imbarco...”.*

Il grande internamento (secondo capitolo)

Emblema delle nuove strutture dedicate all’isolamento è l’Hopital General di Parigi, fondato nel 1656, che viene definito da Foucault "il terzo stato della repressione". Si tratta appunto di uno dei primi ospedali destinati ad accogliere e "correggere" i folli e gli alienati, ma è in realtà l’emanazione di un’autorità assoluta che il re crea ai limiti della legge tra la polizia e la giustizia. Fin dall’inizio è evidente che non si tratta di un’istituzione medica, ma di una sorta di entità amministrativa dotata di poteri autonomi, che ha diritto di giudicare senza appello e di applicare le sue leggi all’interno dei propri confini. Servirà da luogo d’internamento per folli, ma anche per poveri, criminali, eretici e libertini.

Foucault dedica speciale attenzione al modo in cui lo status di folle evolve dalla figura accettata — se non addirittura "riconosciuta" — nell’ordine sociale medioevale che fondamentalmente attribuiva al folle una sua dignità che derivava dall’essere in fondo espressione del divino, a quella che nei secoli successivi (e anche attualmente) diventa la figura dell’escluso, malato da rinserrare tra quattro muri.

Uno dei problemi sollevati da Foucault è la confusione fra follia e altre condizioni che provocano emarginazione. L’altra considerazione è la tendenza a isolare queste persone dal contesto sociale: La nave dei folli e gli “asili” riservati ai folli. Infine si tratta anche di separare un atteggiamento caritatevole (ben presente nella mentalità dell’epoca per il grande fervore religioso, rispetto alla società odierna dominata dalla logica mercatistica) da quello repressivo. Non indifferente infine una motivazione economica. Le persone che non producono reddito sono mantenute negli asili ma messe fuori dal consorzio civile.

Altri capitoli sono dedicati a esplorare altri aspetti della follia, ad esempio la gestione sociale e amministrativa (a chiedere l’internamento non era il medico ma il giudice) e la medicalizzazione della follia. La monografia di Pinel, il *Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la manie* (1801), descrive il **trattamento morale**. In realtà, è essenzialmente un castigo dei folli, perché imparino a comportarsi normalmente: sono costretti effettivamente a comportarsi in modo perfettamente sottomesso e conforme alle regole accettate utilizzando docce gelate e camicie di forza. Foucault

ravvisa in tali metodi una mera brutalizzazione reiterata del paziente, in cui si rievoca la struttura del giudizio e della punizione.

*“L'internamento è insieme ricompensa e castigo, secondo il valore morale di coloro cui lo si impone. I buoni poveri ne fanno un gesto di assistenza; i cattivi la trasformano in un'iniziativa di **repressione**. L'opposizione tra poveri buoni e cattivi è essenziale alla struttura e al significato dell'internamento. La follia stessa è ripartita secondo questa dicotomia, tanto nella categoria della beneficenza quanto in quella della repressione. Ogni internato è posto nel terreno di questa valorizzazione etica.*

*Se nel XVII secolo la follia è come **desacralizzata**, ciò deriva anzitutto dal fatto che la miseria ha subito questa specie di decadenza che la fa concepire ormai nel solo orizzonte della morale. È nata una nuova sensibilità nei suoi riguardi: non più religiosa, ma sociale. Il folle spiccherà sullo sfondo di un problema concernente l'ordine degli individui e dell'ordinamento pubblico. Egli erra, effettivamente, ma non più sulla strada di uno strano pellegrinaggio; egli turba il buon ordine dello spazio sociale. Decaduta dai diritti della miseria e spogliata della sua gloria, la follia appare ormai molto seccamente nella dialettica immanente degli stati.”(Foucault)*

*E più avanti: “Prima di avere il senso medico che noi gli diamo, ciò che ha reso necessario l'isolamento è un imperativo di lavoro. La nostra filantropia vorrebbe volentieri riconoscere i segni di una benevolenza verso la malattia, là dove spicca solo la condanna dell'ozio. I folli vanno puniti conformemente alle leggi e vanno messi nelle case di correzione. I locali dell'Hôpital général serviranno a mettere al chiuso i **disoccupati**, i senza lavoro, i vagabondi. Ogni qualvolta si produce una crisi è il numero dei poveri si moltiplica, le case di internamento riprendono almeno per qualche tempo il loro primo significato economico.”*

Prendendo spunto da Foucault pongo ora una serie di domande alle quali non so dare risposte certe.

- La medicalizzazione del disturbo psichiatrico è stato un progresso?
- La chiusura degli Ospedali Psichiatrici, con l'abbattimento dei muri esterni, ha anche abbattuto quelli che chiamo i “muri interni” del pregiudizio e della stigmatizzazione delle persone affette da disturbo mentale?
- Le Comunità Terapeutiche, sorte in gran numero in Italia, hanno sostituito i manicomi ma sono forse una versione moderna della nave dei folli?

- Oggi con il TSO e la contenzione, ancora assai diffusa, anche se spesso viene usata quella farmacologica che è solo in apparenza meno violenta e degradante, le cose sono molto cambiate circa la violenza repressiva nei confronti di chi soffre di disturbo mentale?
- Oggi è aperto un grande dibattito circa la detenzione in carcere di persone affette da disturbo mentale e i frequenti suicidi in carcere di queste persone, che sono spesso la manifestazione evidente del loro disagio. Questo utilizzo del carcere (qualcuno ha detto di buttare la chiave) non ripropone le stesse logiche medioevali della nave dei folli e degli asili ove venivano ricoverati poveri, prostitute, omosessuali, folli, criminali e libertini?
- Nel considerare malattia mentale, come nel DSM, ogni deviazione del comportamento che si pone in antitesi o marginalmente rispetto a quanto socialmente accettato, è un progresso?
- Il DSM è effettivamente credibile quando elenca i disturbi mentali o non è che la versione moderna di un tentativo classificatorio di derivazione entomologica linneiana e enciclopedica, senza base scientifica, che risponde alla medesima logica di isolare i comportamenti devianti e disturbanti in una sorta di nave dei folli questa volta psicologicamente definiti e incasellati (disturbi alimentari, abuso sostanze (alcol), ecc. con gli stessi personaggi della nave: il goloso, l'ubriacone,
- Veramente pensiamo di rieducare le persone che hanno comportamenti antisociali (tipicamente i *borderline*) mettendoli in carcere?
- Le terapie farmacologiche sono efficaci nel curare il disturbo mentale o semplicemente mascherano e stravolgono il disagio con il loro effetto fondamentalmente sedativo?
- La psicoterapia e l'approccio psicologico che posto hanno nella cura del disturbo mentale? Quale è oggi la posizione della psicoanalisi freudiana in psichiatria?

Credo che ci sia ancora molto Medioevo nel modo di trattare e pensare al disturbo mentale e che sopravviva, nella sua concezione, non tanto la valorizzazione della diversità (L'elogio della follia, la sacralità che segnava il folle) e della misericordia che

spetta ai “folli” e agli emarginati, quanto una tendenza alla medicalizzazione stigmatizzante e ghezzante che rimanda alla nave dei folli.

Geel, la città dei matti



“Matti” – nel tempo: fatui, ossessi, furiosi, invasati, lunatici; mentecatti, pazzi, folli, alienati, dementi, maniaci; poi anormali, malati di mente, e oggi, infine, disturbati psichici – erano le migliaia di donne e di uomini portati a Geel – borgo delle Fiandre – e qui accolti, ospitati, affidati alle famiglie del centro e del contado, fino alla guarigione o alla morte. “Matti” però anche, per gli altri belgi, gli abitanti di Geel, che per sette secoli hanno praticato quello che sarà definito “trattamento familiare della follia”. Legata originariamente al culto salvifico di una santa – Dimpna, principessa irlandese vittima di incesto –, questa esperienza unica ha riguardato decine di migliaia di malati e minorati, ha resistito a guerre, riforme, rivoluzioni, per poi essere regolamentata dallo Stato e diventare, ancora nel XXI secolo, un’attività diffusa, protetta e regolata fino all’attuale Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZ; Centro pubblico di cura psichiatrica), un modello di accoglienza eterofamiliare

sostenuto e raccomandato dall’Organizzazione mondiale della sanità. Il libro per la prima volta in assoluto, basandosi su una ricchissima documentazione archivistica e medica, ma anche giornalistica e letteraria, ricostruisce l’intera vicenda, un capitolo importante ma poco noto della psichiatria, che nell’Ottocento si trovò al bivio: fare come a Geel o confinare i malati di mente nelle istituzioni chiuse, ovvero nei manicomi (dalla presentazione del libro di Renzo Villa)

Il modello che ispira la pratica dell’accoglienza in famiglia di persone con problemi psichiatrici ha un’origine precisa e molto antica. La storia risale a una leggenda che si è diffusa dal XIII secolo nell’odierno Belgio e si rifà a una vicenda ancora più antica, svoltasi nel VII secolo.

Si narra che Dinfna fosse una principessa irlandese cristiana il cui padre, re Damon, fosse impazzito a causa della morte dell'amata moglie. Per colmare il vuoto causato dalla perdita, Damon voleva sposare la figlia che, per evitare l'incesto, fuggì con il suo confessore in Belgio, precisamente nell'attuale città di Gheel. Ma qui il padre la trovò e, di fronte al suo rifiuto, la decapitò.

Dopo questo fatto, secondo la leggenda, numerose persone con problemi di salute mentale ottennero una miracolosa guarigione da Dinfna che divenne, con il passare del tempo, la santa protettrice di chi ha questo tipo di problemi.

La sua fama si diffuse e un numero sempre maggiore di malati cominciò ad affluire nella cittadina belga. A questo punto, le autorità dovettero istituire una struttura psichiatrica, che però era insufficiente a far fronte a tutte le richieste. Così, si chiese agli abitanti di ospitare un malato in famiglia. Al tempo questa soluzione era una novità e un'anticipazione di quella che poi sarebbe stata l'inclusione delle persone con problemi di salute mentale nella società. Ancora oggi Gheel, che è una città di 70mila abitanti, porta avanti questa tradizione e attualmente circa 200 famiglie danno ospitalità a chi soffre di disturbi psichici.

Il modello Scacco Matto

Il modello di RL di Scacco Matto, di cui sono vice presidente della sede di Milano San Donato, deriva dalle esperienze anglosassoni di comunità terapeutica e di autogestione di persone affette da disturbo mentale.

Il modello Scacco Matto si basa sulla *recovery*. Come è noto la *recovery*, è un processo elaborato dai movimenti per i diritti civili e l'inclusione sociale. che coinvolge le persone promuovendone l'autonomia.

Parte centrale del Modello Scacco Matto è costituita dalle cosiddette Club House che sostanzialmente è un centro diurno, senza operatori socio sanitari e con volontari e utenti esperti come facilitatori, aperto per 12 ore per 360 giorni all'anno.

Come richiamato nelle Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale (Conferenza Unificata 20 marzo 2008), Scacco Matto ha predisposto delle strutture residenziali supportate: si tratta di strutture intermedie con la funzione di sostenere e accompagnare le persone con disagio o sofferenza psichica nella difficile riappropriazione della propria dignità e autonomia. Tali soluzioni abitative non vanno concepite come permanenti. Tali strutture sono quindi lo snodo cruciale nella rete dei Servizi per la Salute Mentale e devono quindi sapersi differenziare e modulare in base alle esigenze degli Utenti.

Ricordo che Scacco Matto MI è una attività in *franchising* di Scacco Matto Ferrara. E' una Impresa Sociale Srl (senza fini di lucro) costituita da un piccolo gruppo di familiari con versamento di una modesta quota sociale (E. 500). Il resto del capitale sociale deriva da un finanziamento oneroso che, con grande difficoltà, stiamo cercando di restituire alla banca.

I punti di forza di Scacco Matto MI sono a mio parere:

- Assenza sostanziale di aspetti burocratici-amministrativi nella gestione del quotidiano.
- L'assenza di medicalizzazione e sanitarizzazione nella organizzazione della struttura mancando professionisti *psy*. Questa mancanza permette e incoraggia l'autogestione.
- Flessibilità dei progetti legati alla possibilità di personalizzare i percorsi di emancipazione.
- Utilizzo di personale di supporto fundamentalmente volontario a livello di coordinamento e supervisione.
- Forte impegno per l'autogestione con utilizzo di utenti esperti formati e retribuiti e valorizzazione effettivo dell'*empowerment*.
- Importante riduzione dei costi con reinvestimento degli utili e assenza di remunerazione del capitale.

Tutti questi elementi positivi sono ovviamente anche i punti deboli del progetto in quanto:

- La retta è pagata dall'utente o dai famigliari. La retta è il puro costo ma, nel caso dell'uso dell'appartamento, non è indifferente (circa E.1200 comprensive di alloggio, utenze, frequenza della Club House e pasti).
- Non essendo struttura accreditata i sevizi sociali hanno difficoltà a sostenere economicamente la spesa anche se in compartecipazione con l'utente.
- La gestione delle crisi è affidata a operatori non professionisti (volontari e ESP) che devono fare riferimento al CPS, non sempre disponibile a intervenire e alla capacità e tolleranza del gruppo in funzione mutuo-auto-aiuto, non sempre in grado di gestire le situazioni di crisi.
- Difficoltà legate allo stigma che rende talora difficile l'acquisizione degli appartamenti e l'integrazione nel territorio.
- Analoga difficoltà per possibile (e necessario) inserimento lavorativo.

Nonostante tali difficoltà la "scommessa", così l'ho definita e continuo a definirla, per ora prosegue e con ottimi risultati per alcuni che hanno trovato una collocazione

prima impossibile o rifiutata (espulsione dalla famiglia, peregrinazioni in varie Comunità Terapeutiche, emarginazione sociale...).

La soluzione Scacco Matto è per molti l'ultima spiaggia...

Ci sono forti dubbi sulla possibile tenuta del progetto per ragioni economiche (assenza di finanziamenti pubblici e/o privati che possano aiutare a sostenerlo; per molti dei nostri ospiti abbiamo fatto rette ridotte che non ci permettono di sostenere i costi) e di compatibilità di persone con grave disturbo mentale che rende assai difficoltosa la possibilità di integrarsi in un gruppo e che necessitano, oltre alla socializzazione garantita dalla frequenza della Club House, interventi individualizzati di tipo psicoterapeutico e/o di riabilitazione psico sociale che, ovviamente, Scacco Matto non può fornire a meno che non vengano pagati a parte. L'assenza sostanziale di una progettualità condivisa con le strutture psichiatriche di competenza che dovrebbero farsene carico con un *budget di salute*, sostenendo un progetto riabilitativo psicosociale e lavorativo (quando esistono i presupposti minimali con la possibilità di poter avere una retribuzione) rende assai precario e spesso insostenibile la prosecuzione di una esperienza che potrebbe fornire una base sicura per persone spesso alla deriva e senza prospettive avendo perso la fiducia in stesse e che spesso si sentono irrimediabilmente cronicizzate dalle cure psichiatriche (psicofarmacologiche), troppo spesso invalidanti.

Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (settembre 2023) "Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive".

Questo rapporto appare come un lavoro di ricognizione e messa a punto dell'attuale condizione della residenzialità psichiatrica raccoglie anche le possibili prospettive della collocazione abitativa delle persone con disturbo mentale grave sulla base di esperienze diffuse di abitare supportato. Appare infatti fondamentale, se si vuole affrontare il problema della riabilitazione psicosociale e dell'inclusione sociale delle persone affette da grave disturbo mentale, dare risposta a questo bisogno fondamentale.

Come ho accennato sopra Scacco Matto potrebbe soddisfare questo bisogno di inclusione sociale.

Nel rapporto tali persone sono definite con l'acronimo di SMI (Severe Mind Illness, cioè affette da grave sofferenza mentale). E' fondamentale di queste persone che il rapporto si occupa.

Riporto integralmente l'introduzione.

*Il Rapporto presenta dati quantitativi e qualitativi sul sistema delle strutture residenziali in salute mentale in Italia, partendo dal primo studio sistematico, lo studio ProgRes, condotto oltre 20 anni fa su tutte le 1370 strutture residenziali allora presenti in Italia, e comparando i dati quantitativi e qualitativi con il rapporto prodotto in base al Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) 2018, che riporta il numero delle strutture a 1850. Sia lo studio ProgRes che le elaborazioni condotte sui dati del SISM nel 2018 evidenziano significative differenze tra le Regioni, e persino all'interno delle singole Regioni, nel numero e nelle caratteristiche strutturali e funzionali delle strutture residenziali. A distanza di circa 20 anni tra le due rilevazioni, si evidenziano tuttavia alcune caratteristiche costanti: – l'incremento della durata del ricovero in strutture residenziali, che diventano in molti casi "case per la vita"; – l'insufficiente impiego dei trattamenti psicosociali, a fronte di evidenze scientifiche robuste sull'efficacia di specifici interventi psicoterapeutici e riabilitativi, da soli o in associazione al trattamento farmacologico; – l'insufficiente dotazione di personale, in particolare di psichiatri e psicologi clinici e in generale di operatori formati all'impiego degli interventi riabilitativi mirati a favorire l'autonomia e la partecipazione alla struttura sociale; – il basso tasso di occupazione lavorativa e scarsa progressione dei pazienti verso sistemazioni di vita indipendenti. È proprio questo ultimo aspetto che richiede la massima attenzione: **i dati evidenziano quale tratto distintivo la prevalenza marcata nel sistema residenziale italiano di strutture residenziali ad elevata intensità assistenziale, con una forte protezione dei pazienti residenti, che non favoriscono il raggiungimento di una maggiore autonomia in termini di acquisizione di abilità e competenze per vivere una vita più indipendente. La stabilità residenziale può considerarsi positiva per una limitata quota dei pazienti, in particolare per quelli originariamente dimessi dagli ospedali psichiatrici, e per quella relativamente piccola proporzione di pazienti con disturbi mentali gravi e cronicizzati nel tempo.** Per queste persone, le strutture residenziali possono rappresentare effettivamente delle "case per la vita" e la stabilità residenziale, ossia l'adattamento a uno specifico contesto di vita pur se tutelato e limitato nella relazione con l'esterno, può essere considerata come un esito positivo, soprattutto laddove i progetti di dimissione possono trasformarsi nell'abbandono del paziente. **Tuttavia, come chiaramente discusso nel Rapporto, l'aumento della stabilità residenziale di lungo periodo generalizzata che emerge con chiarezza da tutti i dati disponibili non sembra adeguata per la maggior parte dei pazienti che afferiscono oggi ai servizi di salute mentale. Questi lunghi tempi di permanenza comportano il rischio per gli ospiti di un'ulteriore riduzione della loro autonomia personale, e di un approfondirsi della distanza tra essi e la loro comunità, già favorita dallo stigma verso la condizione di malattia mentale. Come ben esplicitato***

*nel Rapporto, le criticità documentabili nel sistema residenziale psichiatrico italiano necessiterebbero dell'adozione di una vera prospettiva di "sistema", che comprenda soluzioni residenziali appropriate e individualizzate secondo i bisogni e le scelte delle persone, sul modello delle Soluzioni Abitative Supportate. A questo proposito, il Rapporto presenta e discute esperienze innovative, adottate in alcune nazioni e in atto anche in diverse Regioni italiane. Queste esperienze mirano **ad una maggiore flessibilità della residenzialità, e includono soluzioni abitative all'interno di percorsi terapeutici differenziati erogati dal personale del Dipartimento di Salute Mentale anche supportate da strumenti quali il Budget di Salute, esperienze di cluster housing, inserimento etero familiare supportato di adulti, esperienze di coabitazione con condivisione di servizi e risorse supportate, supporto tra pari, case per il recupero.** Si tratta di soluzioni alternative che favoriscono la possibilità dell'inclusione sociale e lavorativa: un aspetto fondamentale per esempio in gruppi di pazienti psichiatrici giovani con forte potenziale di recupero. Prezioso nel Rapporto il riferimento alle linee guida internazionali, quali quelle della WHO (World Health Organization) e del NICE (National Institute for Health and Care Excellence), che ponendo l'accento le prime in particolare sull'aspetto dei diritti umani, le seconde sulla qualità delle procedure e la valutazione delle strutture, evidenziano il valore innovativo dell'abitare assistito e la sua attualità come modello esportabile in diversi contesti.*

Dalla diagnosi psichiatrica al concetto di disabilità

L' ONU all' art. 14 della Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD) (United Nations, 2006), cita il diritto all'abitare indipendente e alla partecipazione alla comunità (art. 25 della stessa Convenzione).

Bisogna superare il concetto nosografico (diagnostico) del disturbo mentale, quello, per intenderci, dominato dal DSM, per orientarci nel senso della disabilità e dell'importanza della valutazione funzionale che va oltre quello sanitario e assistenziale.

Spesso nella valutazione dell'idoneità all'abitare supportato si fa riferimento alla diagnosi psichiatrica. Tale modo di operare appare assolutamente inidoneo e fortemente penalizzante per le persone che soffrono di disturbo mentale. Si dice ad esempio che i *borderline* non sarebbero idonei a vivere in appartamento protetto. Ma l'alternativa è spesso il carcere e, se più fortunato in REMS. Spesso l'uso di droga risolve il problema con l'"autoterapia" e lo spaccio, il carcere e il suicidio...

Quando si affrontano i temi dell'abitare e del lavoro e dei necessari supporti io credo che sia opportuno lasciare le diagnosi e le classificazioni in secondo piano e valutare

come e con quali difficoltà il singolo individuo si rapporta al sociale in termini di inclusione e quali siano le necessità di ognuno in termini, anche, di budget di salute, per non essere emarginato.

Nel 2006 la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite (CRPD, Convention on the Rights of Persons with Disabilities) afferma che il concetto della disabilità è “in evoluzione”. Tale mi sembra anche lo stato attuale.

Per millenni le persone con limitazioni funzionali sono state gravate di uno stigma sociale negativo che le considerava indesiderabili, malate, da nascondere o segregare in luoghi speciali, di cui avere pietà, insomma un peso sociale, al punto che Hitler intendeva sterminarle perché inquinavano la purezza della razza umana, prima di tutto ariana. (G. Griffò)*

“Dal 1981, anno internazionale dedicato dall’ONU alle persone con disabilità, con il **modello di handicap proposto dall’OMS (1980)**, poi seguito dalle Regole standard delle Nazioni Unite che applicavano le pari opportunità anche alle persone con limitazioni funzionali (1993), fino al modello bio-psico-sociale proposto dall’ICF¹, che identificava nella relazione tra ambiente e caratteristiche delle persone gli elementi facilitatori o ostacolanti la partecipazione, l’evoluzione dei modelli è stata progressiva”.

La Convenzione (CRPD) del 2006 ha uno scopo preciso: “**promuovere, proteggere e garantire il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità**” (art. 1), andando quindi oltre una prospettiva meramente sanitario-assistenziale e, aggiungeremo noi, diagnostica.

Nella Convenzione, documento internazionale giuridicamente vincolante ratificato dall’Italia nel febbraio del 2009 e dall’Unione europea nel dicembre del 2010, si consolida l’uso dell’espressione **persona con disabilità**.

Ogni ragionamento sull’abitare e sul lavoro dei disabili (nel nostro caso disabili psichici) deve partire da qui.

*Coordinatore del Comitato tecnico-scientifico dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità.

¹ L’ICF fa parte della Famiglia delle Classificazioni Internazionali dell’OMS insieme all’ICD congiuntamente al quale deve essere utilizzati