

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

**Renato Ventura**

**Presidente La Tartavela ODV e Vice presidente Scacco Matto MI**

**Relazione al Convegno: La gestione del disagio psicosociale**

**16 settembre 2023**

**Fondazione LUVI con il patrocinio Comune di Milano Municipio 5**

**Cascina Brandezzata Via Ripamonti 428 Milano**

# Il dipinto di Bosch La Nave dei Folli

- La nave dei folli (*Stultifera navis* o nave degli stolti) è un'opera satirica del 1494 di Sebastian Brant molto diffusa nel Medioevo (l'Accademia dei Lincei la definisce un *bestseller* dell'epoca) che critica i vizi della società del tempo.
- Il dipinto di Hieronimus Bosch dello stesso anno riproduce in un quadro questo mondo medievale dove pazzia e vizio sono sulla stessa barca.
- Dopo qualche anno, nel 1509, Erasmo da Rotterdam pubblicherà *l'Elogio della Follia* che stimolerà la Riforma protestante (nel 1517 Martin Lutero pubblica le sue 95 tesi).

# Il dipinto di Bosch (1494)



# Il giardino delle delizie di Bosch



# Interpretazione del dipinto (1)

- “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...» .
- «Nella recente mostra al Palazzo Reale di Milano dal titolo *Bosch e un altro Rinascimento* viene rappresentato un microcosmo immaginario, dove ranocchie, uccelli, mostriciattoli, figure umane, paesaggi simbolici e immaginifici, si caricano di significati profondi e complessi». (Dalla presentazione)

## Interpretazione del dipinto (2)

- La collocazione della follia (e della diversità) appare in tutta la sua complessità: vizio e follia sono equiparate e allontanate dalla società (sono sulla stessa barca).
- Si confonde giudizio morale e pietà. Nel Medioevo però i folli erano fondamentalmente tollerati anche se isolati.
- Alla fine del Medioevo (scoperta dell'America nel 1492, il dipinto è del 1494) inizia quello che Foucault chiama il grande internamento.
- Prevalde il giudizio morale (moralistico): essere povero e folle comporta un (pre)giudizio negativo.

## Interpretazione del dipinto (3)

- Sull'albero della nave un uomo si arrampica afferrando un coltello per impossessarsi di un oca farcita, legata accanto alla bandiera. Il vessillo riporta una mezzaluna simbolo della follia. Di fronte ad un tavolo improvvisato, poi, due religiosi cercano di addentare del cibo appeso dall'alto. Un teschio incassato tra le fronde dell'albero ricorda all'umanità l'inevitabile morte...(Ado.it).
- Evidente il simbolismo e l'intento moralistico di critica al vizio e alla follia con personaggi grotteschi che popolano il quadro. Prevalso il vizio della golosità.

# Il giardino delle delizie terrene (1500-1505)

- Il tema è il destino dell'umanità.
- E' un trittico: nel pannello a sinistra Adamo ed Eva nel Paradiso, a destra l'Inferno, la parte centrale un falso paradiso terrestre lussurioso che rappresenta l'umanità nel suo aspetto vizioso e peccaminoso.
- Ho accostato i due dipinti perché illustrano bene la concezione medioevale della vita, del peccato, della morte... e della follia.
- Nel Medioevo grande era l'interesse per la vita spirituale con tentativo di conciliare ragione e fede, umano e divino...



# Michel Foucault e la storia della follia nell'età classica (1972)(1)

- Il primo capitolo descrive la Nave dei folli (*Stultifera navis o degli stolti*) e il trapasso dal Medioevo alla Riforma.
- 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 la follia è vista come debolezza dell'uomo e i pazzi vengono internati insieme a poveri, criminali, prostitute, libertini, omosessuali, eretici nei lebbrosari. E' il periodo del «grande internamento».

# Michel Foucault e la Storia della follia nell'età classica (1972)(2)

- “Nasce l'esperienza classica (XV-XVII sec.) della follia...Eccola solidamente ormeggiata in mezzo alle cose e alle genti. Trattenuta e tenuta ferma. **Non più barca ma ospedale.** I «folli ubriacconi», 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...*»
- L'hôpital général (1656) sarà il luogo dove internare folli, poveri, criminali, eretici e libertini: criminalizzazione e segregazione.

# Il grande internamento (1)

- «Si assiste a una grande riorganizzazione alla quale partecipa la chiesa ma prevale la preoccupazione borghese di mettere ordine nel mondo della miseria».
- «Desiderio di assistere e bisogno di reprimere, dovere di carità e volontà di punire....un equivoco da chiarire».
- «Il folle prende il posto del lebbroso...Il lebbrosario non aveva solo significato medico...(ma) politico, sociale, religioso, economico e morale...».

(Foucault: Storia della follia nell'età classica, 19729)

## Il grande internamento (2)

- «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».
- «L'imperativo che sostiene l'internamento è la condanna dell'ozio e del vizio».

# Il grande internamento (3)

- Con La Riforma luterana (1517) e il calvinismo il povero è un predestinato e le opere di bene non sono necessarie per la salvezza ma sono testimonianza di fede.
- Povertà significa maledizione e punizione di Dio e i folli sono poveri.
- Le città e gli stati si sostituiscono alla Chiesa nell'assistenza e la Chiesa trasforma i monasteri in ospedali.
- Al termine di questa evoluzione (la miseria e la follia come colpa) si svilupperanno le grandi case di internamento e la laicizzazione della carità...anche il mondo cattolico assumerà la prospettiva protestante.

# Il grande internamento (4)

- *La chiesa ha preso la sua decisione...ha diviso il mondo cristiano dalla miseria che nel Medioevo aveva santificato.*
- Ma c'è una povertà buona (di Dio) e una ribelle (del demonio)... l'internamento rivela un equivoco: beneficio o punizione.
- Nel XVII secolo la follia (come la miseria) è *desacralizzata...e la pazzia troverà ospitalità tra le mura dell'ospedale accanto a tutti i poveri.*
- Il massiccio fenomeno dell'internamento in Europa nel XVII secolo diventa affare di *police...prima di avere il senso medico che noi gli diamo...*

# L'anima del folle

- La seconda parte del libro si rivolge al problema che riguarda l'implicazione dell'anima nella follia, se questa sia da considerarsi o meno nel peccato.
- Ciò fa emergere il problema della dissociazione dell'anima e del corpo che in seguito, nel XIX secolo, porterà all'affermazione di una psichiatria spiritualista e una psichiatria materialista.
- Viene però fatta una distinzione tra **sragione** e **follia**, si contrappone **l'insensato all'alienato**.
- In una certa misura c'è una rivalutazione del folle.

# Dalla nave dei folli, all'Hopital général, al manicomio e all'Ospedale Psichiatrico

- Le proteste contro l'internamento si rivolgono alla promiscuità di folli e sani di mente.
- Nasce un grande movimento di riforma che alla fine del XVIII secolo, inizio del XIX, si concluderà con la nascita , cinquanta anni dopo, del primo manicomio o asilo moderno.
- La follia resta reclusa da sola, si libera di tutta quella massa indistinta di diseredati con cui condivideva l'internamento e diviene l'ambito di governo di una nuova scienza, la psichiatria.
- Poi verrà il tempo degli elettroshock, delle camicie di forza, delle lobotomie e, successivamente, quello degli psicofarmaci e della chiusura degli ospedali psichiatrici.



# Antipsichiatria, Basaglia e Comunità terapeutiche (1)

- Come è noto le comunità terapeutiche nascono in Inghilterra con l'antipsichiatria, movimento scientifico e politico fortemente critico nei confronti della psichiatria tradizionale.
- Resta ancora valida la critica alla psichiatria tradizionale priva di basi scientifiche e funzionale solo alla repressione dei comportamenti "devianti" dagli interessi del sistema sociale dominante attraverso la loro patologizzazione.
- In Italia, dopo Basaglia e la chiusura degli OP, presero importanza sempre maggiore le comunità terapeutiche come soluzione al problema del deviante e delle persone con disturbo mentale.

# Rapporto ISTISAN su Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive (settembre 2023)

- Dopo 45 anni dalla 180 (1978) le comunità terapeutiche hanno mostrato tutti i loro limiti riabilitativi e la tendenza a far cronicizzare.
- Del resto se tali strutture obbediscono alla logica dell'istituzione totale (spersonalizzano e uniformano) è logico pensare che in fondo si tratta di una versione moderna della nave dei folli.
- Il Rapporto ISTASAN considera le persone con Severe Mind Illness (SMI) e analizza le criticità e gli aspetti innovativi della strutture abitative supportate (SAS) (supported housing e housing sociale).
- Il Rapporto ISTSAN pubblicato nel settembre 2023 confronta lo studio ProgRes di oltre 20 anni fa con i dati SISIM del 2018.

# Dati critici significativi del rapporto ISTISAN

- l'incremento della durata del ricovero in strutture residenziali, che diventano in molti casi "case per la vita".
- l'insufficiente impiego dei trattamenti psicosociali,
- l'insufficiente dotazione di operatori formati all'impiego degli interventi riabilitativi per integrazione psicosociale e autonomia.
- il basso tasso di occupazione lavorativa.
- ambiguità nel modo di intendere e utilizzare le strutture residenziali, come *setting* assistenziale o abitativo: no al concetto di *continuum* assistenziale.

# Obiettivi generali

- Implementare un numero limitato di strutture residenziali h 24.
- predisporre percorsi di cura flessibili (superando gradualmente il concetto di strutture residenziali sanitarie estensiva verso il potenziamento delle SAS).
- monitorare attentamente le strutture residenziali che operano collocazioni a lungo termine: verificare loro idoneità a *recovery*.
- Limitare la de-territorializzazione.
- Individuare area DSM riabilitativa che includa privato sociale e associazionismo.
- Intervenire sui rispetto dei diritti umani nelle strutture segreganti.

# Raccomandazioni del rapporto ISTISAN

- Il diritto alla vita indipendente e alla partecipazione sociale è indipendente dalla causa e dalla tipologia della disabilità.
- Va impostata una politica di riequilibrio della spesa da SR a SAS.
- Adozione del BdS con personalizzazione progetto di vita.
- Valutazione multidimensionale del progetto di vita.
- Co-produzione e co-gestione dei progetti con terzo settore.
- Sperimentazione progetti innovativi. Housing First, co-housing, case per recovery, inserimento eterofamiliare supportato (IESA)

# Modelli innovativi

- Housing First: negli USA utilizzato per gli *homeless* dal 1950.
- Domiciliarità sostenuta dal BdS.
- Cluster Housing: insieme di appartamenti con assistenza comune.
- Gruppi Appartamento: abitare condiviso connesso a reti di aiuto.
- Programmi di accoglienza di genere: per donne maltrattate.
- Case per *recovery*: per giovani psicotici per riduzione farmaci.
- Reti di *self-help* supportate: coabitazione e servizi comuni.
- Inserimento eterofamiliare supportato con famiglie formate.

# Il modello Geel (la città dei matti)

- La leggenda (VI secolo) narra della principessa Dinfna che fugge dal padre impazzito per la morte della moglie che vuole sposarla.
- Fugge a Geel in Belgio dove il padre la trova e la decapita.
- Dopo di allora persone con problemi di salute mentale guarirono nel culto di Dinfna che divenne santa protettrice di queste persone.
- Per il grande afflusso di persone si istituì una struttura psichiatrica.
- Essendo insufficiente a ospitare tutti i richiedenti si chiese alla cittadinanza di ospitarli in famiglia. Oggi sono 200 le famiglie ospitanti e un migliaio le persone ospitate e integrate nella comunità.
- Questo modello è un bell'esempio di inclusione sociale.

# 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 (fallimentari) di comunità terapeutica e di autogestione di persone affette da disturbo mentale (Laing e Cooper). E' una Impresa Sociale Srl senza fini di lucro in *franchising*.
- Parte centrale è la Club House, aperta 12 ore e tutti i giorni dell'anno.
- Alla CH si affiancano appartamenti con il supporto notturno di un volontario.
- Assenza di figure professionali. Presenza di volontari e ESP.
- Autogestione e inserimento lavorativo interno come ESP.



# Modello Scacco Matto MI: i punti di forza (1)

- 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.
- Atteggiamento di condivisione e di supporto tra pari nei problemi della vita quotidiana e nelle «crisi»

# Modello Scacco Matto MI: i punti di forza (2)

- Flessibilità dei progetti legati alla possibilità di personalizzare i percorsi di emancipazione.
- Utilizzo di personale di supporto fondamentalmente 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.

# Le criticità di di Scacco Matto MI (1)

- La retta è pagata dall'utente o dai familiari. La retta è il puro costo ma, nel caso dell'uso dell'appartamento, non è indifferente (circa E.1200/1500 comprensive di alloggio, utenze, frequenza della Club House e pasti).
- Non essendo struttura accreditata i servizi 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.

# Le criticità di di Scacco Matto MI (2)

- 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.
- Difficoltà di fare convivere persone con diverso grado di disabilità e con problemi diversi che spesso richiedono interventi personalizzati.
- Difficoltà/impossibilità di richiedere integrazione e supporti di tipo psicologico e psicoeducativo ai CPS quando necessari o alla famiglia.

# Addendum: dalla diagnosi psichiatrica alla disabilità

- Va superato il concetto di diagnosi psichiatrica (DSM) in quanto poco fondato su base scientifica e stigmatizzante.
- L' ONU all' art. 14 della Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD) (2006), cita il diritto all'abitare indipendente e alla partecipazione alla comunità (art. 25 della stessa Convenzione).
- L'accesso alla casa, anche per chi ha bisogno di assistenza per poterne pienamente usufruire, è un elemento di valore per la coesione sociale e diritto fondamentale sancito dalla Convenzione e la propria identità.
- La valutazione della idoneità a una RL prescinde dalla diagnosi.
- l'alloggio è un fattore chiave nella promozione dell'inclusione sociale e della cittadinanza