

Aspetti pastorali del problema dei malati mentali

Si pubblica, per documentazione, la Nota preparata congiuntamente dalla Consulta Nazionale per la Pastorale della Sanità e della Consulta Ecclesiale delle Opere Caritative e Assistenziali sul delicato problema dei malati mentali.

La Nota, con allegati alcuni dati sul problema dei malati mentali in Italia, è stata inviata ai Vescovi con lettera n. 270/90 del 9 aprile 1990.

Di fronte al complesso problema dei malati mentali e alle loro spesso angosciose condizioni di vita, la comunità cristiana è chiamata ad assumere alcune responsabilità:

a) Partecipare alla sofferenza dei malati e delle loro famiglie, secondo l'indicazione di S. Paolo: "Gaudere cum gaudentibus, flere cum flentibus", nella luce della partecipazione alla Passione redentrice di Cristo e alla sua Risurrezione.

b) Assicurare ai residui istituti psichiatrici, che ospitano ancora un numero rilevante di malati, un'assistenza religiosa efficace.

I medici cattolici che operano in questo campo osservano che spesso per l'assistenza agli istituti psichiatrici sono assegnati religiosi non in grado, per vari motivi, di svolgere in maniera soddisfacente tale delicato incarico.

c) Sostegno alle famiglie che hanno a carico un malato mentale.

Ciò significa promuovere la solidarietà tra le famiglie stesse, incoraggiare le religiose a dedicarsi a questo tipo di servizi, in rispetto ed attuazione del loro specifico carisma, orientare il volontariato a questo campo, sollecitare gli enti pubblici responsabili — Regioni e U.S.L. — ad organizzare i servizi sul territorio che siano anche di supporto alle famiglie.

d) La presenza del volontariato nell'area psichiatrica è storicamente carente. Ciò è dovuto a molte cause: il timore verso persone che appaiono imprevedibili e anche pericolose; la tendenza a legare l'assistenza ai malati mentali a istituzioni chiuse e difficilmente accessibili come erano i manicomi; le difficoltà di rapporto che presenta il malato mentale: l'handicappato fisico suscita spontanea compassione, desiderio di essere di aiuto; il malato mentale pone problemi, non si capisce o non si sa che cosa fare, si teme di provocare reazioni; spesso non è docile, rifiuta i suggerimenti, non mostra gratitudine: quanto basta per scoraggiare l'intento del volontario che desideri anche un po' di gratitudine e non voglia trovarsi in situazioni di imbarazzo per non sapere che cosa fare.

Oggi il volontariato ha modo di esprimere la sua solidarietà in molte situazioni, sia come aiuto alle famiglie che come supporto nelle piccole comunità alternative, nelle cooperative di lavoro, nella animazione dei gruppi sia negli ospedali psichiatrici che nei servizi ospedalieri.

Occorre però che sia adeguatamente preparato e che possa essere sostenuto, quando necessario, da consulenza di specialisti.

e) Dare sostegno spirituale agli operatori che lavorano nei servizi psichiatrici, perché più esposti allo scoraggiamento, al ripiegamento nella routine, a sentirsi emarginati con gli emarginati.

f) Porre dei segni esemplari, come piccole comunità di accoglienza, che siano insieme testimonianza di carità, indicazione di strade percorribili e stimolazione alle istituzioni pubbliche.

A queste scelte dovrebbero orientarsi anche le comunità religiose in conformità ai loro carismi.

g) Promuovere con gesti concreti una cultura di accoglienza dei malati mentali in tutta la comunità.

Gli specialisti in questo campo ritengono che la presa in carico di un paziente, affetto da grave psicosi che si prolunga nel tempo, non può essere compito esclusivo né degli operatori professionali, né della famiglia, né della comunità. Gli aspetti multiformi del disturbo psicotico e la compromissione che esso determina a vari livelli, la difficoltà di tollerare la vicinanza della psicosi da parte del familiare sano ed anche dell'operatore, portano alla conclusione, che è di valore teorico e pratico, che vi deve essere una presa in carico comune e articolata della persona sofferente di malattia mentale.

Ogni ente, servizio, persona, si deve far carico delle proprie competenze e condividere la responsabilità dell'assistenza. L'integrazione dei servizi socio-sanitari, la terapia, l'assistenza generica e specifica, il supporto economico, l'inserimento lavorativo e occupazionale, la disponibilità di servizi, strutture polimorfe, intermedie, alternative, residenziali o semiresidenziali, debbono offrire risposta alle varie situazioni. Solo in alcuni luoghi questo è stato realizzato e neppure completamente. In molte Regioni d'Italia la situazione è gravemente scadente.

Questo richiede però una disponibilità in tutte le componenti della comunità ad accogliere il malato mentale, ad interessarsi di lui, a fare qualche cosa per lui. Nella educazione a questa sensibilità ed a questa cultura la comunità cristiana, per i valori di cui è portatrice, può dare un contributo di grande significato.

* * *

ALCUNI DATI SUL PROBLEMA DEI MALATI MENTALI IN ITALIA

1. - *La situazione della psichiatria in Italia*

Secondo i dati forniti dal Ministero della Sanità (v. documentazione statistica allegata al Piano Sanitario Nazionale) al 31-12-1984:

- a) risultavano nel nostro Paese 1399 servizi e presidi di varia tipologia e denominazione; di essi il 48,2% costituito da presidi psichiatrici territoriali identificabili con il centro di salute mentale (CSM), il 21,3% da strutture intermedie, residenziali e semiresidenziali, il 16,9% da servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) istituiti dalla legge 180 negli ospedali generali e il 13,5% da strutture tradizionali di ricovero (ospedali psichiatrici, case di cura e cliniche universitarie di psichiatria);
- b) la distribuzione dei presidi sul territorio nazionale è disomogenea, con il 53% dei presidi collocati a nord, il 20% nelle regioni del centro e solo il 27% in quelle del sud;
- c) i *Centri di salute mentale* (1 ogni 84.688 abitanti contro il parametro ottimale di 1/50.000) risultano assenti in 132 USL, pari al 20% delle USL italiane. Di queste 132, ben 100 sono collocate nel sud. All'interno dei centri di salute mentale si è potuto riscontrare che 45 unità su 100 sono nettamente al di sotto del dato medio complessivo per caratteristiche di funzionamento ed efficienza (misurata attraverso dati strutturali, di personale, di prestazioni e stile di lavoro) mentre solo 32 su 100 presentano uno standard di efficienza tendenzialmente soddisfacente (medio-elevato);
- d) i *servizi psichiatrici di diagnosi e cura* (1 ogni 242.000 abitanti contro il parametro ottimale di 1/200.000) presentano a livello nazionale un tasso di posti letto per 100.000 abitanti pari a 5,4. Sia il centro Italia che il sud continentale fanno registrare un tasso di 4 posti letto per 100.000 abitanti. Solo un terzo degli SPDC esistenti presenta inoltre uno spettro completo di operatori;
- e) le *strutture intermedie, residenziali e semiresidenziali*, costituiscono il punto più carente della rete. Esse risultano complessivamente 298, di cui solo 50 semiresidenziali (centri per l'attività di riabilitazione-socializzazione e day hospital per l'attività terapeutica in senso stretto). Solo il 19,4% di queste strutture sono presenti al sud, mentre 66 su 100 sono collocate al nord. Nell'insieme del Paese ben il 78,5% delle USL risultano sprovviste di strutture intermedie alla data del censimento. Le 248 strutture residenziali comprendono strutture protette e se-

miprotette; quelle protette, con la presenza di operatori 24 ore su 24, sono circa 100, mentre quelle con minore presenza di operatori (almeno 8 ore di 1 operatore) e quindi maggiore autogestione sono circa 75. Nel complesso i posti assicurati sono 3.800.

- f) rispetto all'istituzione di una *organizzazione dipartimentale dei servizi di salute mentale*, la situazione del Paese si presenta assai insoddisfacente.

Alla data del 31.12.84 solo 11 delle 696 USL dispongono dell'intero complesso di servizi (Centro di Salute Mentale, SPDC, strutture intermedie). L'integrazione gerarchica del lavoro (che è garantita dall'esistenza di un unico organo e un'unica responsabilità di direzione sui gruppi di lavoro delle diverse unità o servizi psichiatrici) è presente in una minoranza delle USL; è inoltre frequente l'eccezione per l'O.P., che mantiene spesso una autonomia gerarchico funzionale rispetto al dipartimento psichiatrico. Infine è ovunque molto debole l'integrazione funzionale del lavoro tra i servizi. Basti pensare che più della metà dei centri di salute mentale (52,1%), ha con gli SPDC solo scambio di informazioni sull'utente o, comunque, "incontri sporadici od occasionali per la definizione di programmi terapeutici comuni", mentre solo il 16,6% di tali servizi gestiscono direttamente il SPDC e possono così fare da filtro per i ricoveri in maniera efficace e quindi assicurare la "continuità terapeutica";

- g) gli *Ospedali psichiatrici* ammontano al 31.12.1984 a 103 (di cui 11 privati convenzionati) con 36.700 ricoverati. Un indicatore delle carenze di questi servizi è dato dallo scarso uso di interventi alternativi o integrativi a quello farmacologico praticato negli ex O.P. L'attività terapeutico-riabilitativa dentro e fuori questa struttura non trova facile attuazione sia per la carenza di operatori specifici e di opportunità esterne sia per l'elevata età media dei ricoverati.

2. - *Situazione legislativa*

La legge n. 180 sulla chiusura dei manicomi supponeva e richiedeva l'attuazione della legge n. 833 di riforma sanitaria che doveva garantire una rete di servizi sul territorio per i malati mentali.

Purtroppo la 833 per questo aspetto, come per altri, quasi ovunque non è stata attuata. Di conseguenza la condizione dei malati mentali e delle loro famiglie è divenuta drammatica: una parte considerevole è rimasta nei manicomi in condizioni talvolta peggiori di prima, gli altri sono stati "scaricati" sulle famiglie o abbandonati a se stessi, un consistente numero di progetti di legge che tendono a riformare la 833 per il settore psichiatrico giacciono in Parlamento. Il Piano Sanitario Nazionale, non ancora approvato dal Parlamento, prevede un apposito Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale.

3. - *Situazione scientifico-culturale*

Per comprendere le implicazioni pastorali del problema dei malati mentali occorre tener presente l'evoluzione che c'è stata nei confronti della malattia mentale sia nel campo scientifico terapeutico, sia nella cultura comune.

Secondo una iniziale concezione positivista, organicistica della malattia mentale, la malattia sarebbe derivata unicamente da una lesione organica prodotta da bacilli o da anomalie anatomiche o da degenerazioni dei tessuti nel cervello; tale concezione portò con sé i concetti di inguaribilità e di separazione; ci fu una delega totale da parte della società e delle famiglie alla istituzione psichiatrica e ai suoi operatori, che presupponeva un affidamento a lungo termine, forse definitivo.

La strutturazione dei manicomi fu la logica applicazione di questa cultura scientifica, che rispecchiava ed informava la cultura prevalente della popolazione.

La ricerca sul funzionamento della psiche normale e patologica mise in evidenza l'importanza delle relazioni interpersonali, l'influenza che hanno sull'equilibrio mentale le circostanze della vita e gli eventi stressanti, la valenza terapeutica della comunità, la possibilità e la necessità della prevenzione, la possibilità e la doverosità della cura per un ricupero almeno parziale.

Di qui la tendenza al mantenimento o al reinserimento dei malati mentali nei normali ambiti di vita.

Anche l'atteggiamento della popolazione è parzialmente cambiato: dalla paura, dalla vergogna e dalla rimozione si è passati alla parziale accettazione.

Ciò che ha notevolmente ostacolato questa evoluzione culturale è stata la mancata attuazione dei necessari servizi di supporto, che ha causato situazioni drammatiche.

Per i riflessi pastorali occorre anche tener presente che la scienza ha dimostrato infondato il pregiudizio, ancora diffuso, che il malato mentale non soffre.

I malati mentali soffrono quanto e in alcune situazioni più degli altri malati. Chi ha sperimentato stati di ansia e di angoscia sa quanta sofferenza comportino, talora insopportabile e disperante.

Lo stato di depressione è talora così opprimente da portare il malato a pensare al suicidio come unica soluzione. Il senso di colpa così lacerante da indurre al crimine per averne punizione. Il terrore della vita può essere tale da indurre all'omicidio "per amore" con la soppressione dei figli più cari.

Alla sofferenza dei malati è da aggiungere la sofferenza delle famiglie. Oggi una parte delle famiglie, specie quelle che hanno un membro affetto da psicosi a lungo decorso, si sentono caricate da un peso insopportabile, il peso di un malato difficile o impossibile da gestire.