

Andrea Materzanini

Perché non bastano gocce e pastiglie

Se la salute mentale è data da casa, lavoro e rete sociale

Oggi domina un approccio biologico alla malattia mentale. Che considera i pazienti come corpi malati, e non come soggetti con propri bisogni e desideri. L'approccio biologico ritiene che bastino gocce e pastiglie per alleviare la sofferenza psichica, ma è una tesi contraddetta dalle evidenze scientifiche fatte proprie in questi anni dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità. Che evidenziano come tre siano i fattori in grado di modificare il decorso della malattia e produrre salute mentale: la casa, il lavoro, la rete sociale. Questi tre fattori determinano evoluzioni molto più di gocce e pastiglie.

Chi lavora nell'ambito della salute mentale è chiamato periodicamente a *riflettere* sui motivi per cui opera in un modo anziché in un altro.

Accade spesso di dare per scontati dei concetti e non pensarci più. O di considerare ovvia l'articolazione territoriale e ospedaliera dei servizi di salute mentale. In realtà, senza un esercizio costante del pensiero, il nostro agire terapeutico-riabilitativo rischia di perdere di efficacia oltre che di senso.

Per questa ragione, dedicherò un po' di tempo a riflettere sui motivi che ci spingono oggi a fare salute mentale in un certo modo.

Delle malattie mentali sappiamo ancora poco

Malgrado i progressi delle neuroscienze, occorre riconoscere che delle malattie mentali sappiamo ancora poco. Da dove derivano? È una domanda che mi faccio spesso. Del resto ogni medico non può non interrogarsi sull'eziologia, perché se conosce l'origine di un disturbo ha maggiori probabilità di curarlo. Noi che ci occupiamo di persone con problemi di salute mentale, cosa possiamo dire della loro eziologia?

* Questo testo rielabora la relazione tenuta nel giugno 2016 presso il Consorzio Cascina Clarabella di Iseo, all'interno di un percorso di ricerca-formazione realizzato con gli operatori della salute mentale.

Ancora troppi lati oscuri, nonostante i recenti studi

Il nostro organo encefalo mantiene ancora troppi lati oscuri, a differenza di altri organi come il cuore, di cui sappiamo tutto, tant'è che lo si trapianta da 50 anni. Il motivo è semplice: al di là del valore emotivo-simbolico, il cuore è stato molto indagato perché, fino al 1990, l'Organizzazione Mondiale della Sanità si era data una priorità: curare le malattie capaci di uccidere. Tutte le risorse e le ricerche sono così confluite sulle malattie maggiormente responsabili di mortalità: in primis quelle cardiovascolari.

Le malattie riguardanti il disagio psichico, collocandosi piuttosto in basso nella classifica (prima era la depressione, al 27esimo posto, in quanto causa di suicidi), sono state per questo meno studiate. Tant'è che il primo farmaco psichiatrico risale al 1952 e fu scoperto per caso. Nell'ambito di studi sugli antistaminici, i ricercatori notarono che ve n'era uno che provocava sonnolenza. Così pensarono: «Questo che per noi è un effetto collaterale, può essere un rimedio utile per chi cura i matti». Si diffuse così l'impiego della clorpromazina, utilizzata ancora oggi.

Poi è accaduto che l'OMS abbia cambiato il proprio mandato. Il criterio di rilevanza delle malattie non è più stato la loro capacità di uccidere, bensì quella di provocare giornate di assenza dal lavoro. Un cambiamento dettato da questioni economiche, perché allo Stato costa mantenere chi non può lavorare. E costa quanto più la malattia è invalidante, ossia fa perdere giorni di lavoro. Ora quali sono le malattie che tengono lontani dal lavoro? Al primo posto le malattie infettive, ma al secondo posto troviamo la depressione e tra le prime 12 ben cinque sono di origine psichiatrica.

Questa rinnovata attenzione ha prodotto evoluzioni nella farmacoterapia: non più soltanto farmaci sedativi, ma farmaci che migliorano lo stato di salute. Ricordo che, quando ho cominciato trent'anni fa, c'erano cinque-sei famiglie di neurolettici che avevano in comune l'effetto pesantemente sedativo. Oggi invece questo è visto come un effetto collaterale sgradevole. Oggi non vediamo più persone con la bava e tremanti; era invece la regola nei manicomi.

Il modello più adeguato è quello bio-psico-sociale

Eppure, dopo tutti questi anni di scannerizzazione del cervello, ancora non si è capito da dove derivino le malattie. Oggi il modello di comprensione e di intervento più adeguato sembra essere quello *bio-psico-sociale*. Purtroppo chi si occupa di psichiatria spesso commette il grave errore di scegliere uno di questi tre campi escludendo gli altri. È un atteggiamento riduzionista che non aiuta né a comprendere né tantomeno a curare.

Oggi vince il «bio» Un approccio esclusivamente *bio* si concentra sulle alterazioni del cervello, ritenendole responsabili di alterare sia il comportamento sia l'ideazione. Probabilmente fra 40 anni, quando le conoscenze sul cervello progrediranno ulteriormente, si scoprirà che è così, ma a oggi l'approccio bio non è sufficientemente

fondato. Di conseguenza, è discutibile l'idea che basti intervenire con le sostanze chimiche.

La stragrande maggioranza della psichiatria mondiale oggi è orientata all'approccio bio. Viviamo nel tempo delle neuroscienze e non stupisce che questo sia il credo prevalente. Del resto la storia mostra come la concezione della malattia e della sua cura vari in relazione alle culture dominanti.

Qualcuno ricorderà la malarioterapia. A fine '800 si scoprì il chinino, un farmaco antimalarico. Fino ad allora di malaria si moriva con grande facilità; con il chinino la malaria trovò la sua cura. Fu a quel punto che un medico austriaco, Wagner Von Jauregg, ebbe un'intuizione: «Uno dei sintomi della malaria è la febbre alta, che fa delirare il cervello. Se inoculiamo la malaria a uno che delira di suo, e dopo gli diamo il chinino, gli passerà la malaria, gli passerà il delirio». Geniale. Qualcuno l'ha mai vista fare? No, perché è una stupidaggine. Però la si è praticata per anni.

Con lo stesso principio tante altre cure sono state portate avanti. Pensiamo allo shock insulinico, inventato da Sakel nel 1932, che consisteva nell'iniettare una dose di insulina, tale da mandare in coma il soggetto. Per non dire dell'elettrochoc, utilizzato ancora oggi.

Lo «psico» e il «sociale», pur minoritari, resistono Poi ci sono quelli che dicono «no, bio non va bene, *psico*». E allora tutta la cura si fa con le psicoterapie, con la parola, con i colloqui. Freud è il genio del mondo, Bateson è il genio del mondo, e così via. Infine c'è chi si focalizza sulla dimensione *sociale*: «È la società che determina i problemi di salute mentale, non è l'individuo a esser malato». Non esiste la malattia, esiste la società che esclude e stigmatizza. E quindi né la farmacoterapia né la psicoterapia servono a nulla, bisogna curare la società.

Questi diversi approcci si sono contesi il primato nella storia della cura della malattia mentale. E – fatto importante – nessuno è mai stato in grado di dimostrare che gli altri avessero torto. Se parliamo con uno psichiatra biologico ci convincerà. Ma anche se parliamo con uno psichiatra psicoterapeuta o con uno psichiatra sociale facilmente diremo «hanno ragione anche loro». È la caratteristica della psichiatria, che si pretende scienza, ma non lo è.

Per questo è legittimo ritenere il modello bio-psico-sociale come quello più plausibile. Nell'eziologia, come nella cura, c'è una quota di bio, una quota di psico, una quota di sociale. Ognuna, in sé, non basta. Sono approcci che vanno integrati. Occorre dire: è necessaria una terapia farmacologica (bio) per la persona, ma gliela dobbiamo somministrare in modo che il suo rapporto con noi rimanga costruttivo (psico); nel contempo però dobbiamo creare un ambiente che le permetta di star bene (sociale).

Andare oltre la psichiatria per fare salute mentale

Assumere il paradigma bio-psico-sociale ci porta a fare una considerazione molto importante. Noi non ci occupiamo di psichiatria, ci occupiamo di salute mentale. Che è diverso, concettualmente diverso. È una scelta di campo.

Prendere in cura la persona dentro il suo ambiente

Mi spiego meglio. Nel momento in cui decidiamo di occuparci di salute mentale, il nostro obiettivo non è solo curare una malattia, ma *prendere in cura una persona dentro il suo ambiente*. A noi non interessa più identificare una persona col nome della sua malattia, perché la persona non è la sua malattia. A noi interessa prenderci cura della salute di Ivan, di Roberto, di Maria, ecc. Persone la cui salute non dipende solo dalla loro malattia, ma dal loro ambiente di vita.

Questo vuol dire andare oltre la psichiatria (intesa come quella «branca della medicina che si occupa di disturbi mentali») e fare salute mentale. La salute mentale lavora sul dentro e sul fuori della persona: sul suo ambiente di vita, che è un determinante di salute molto importante.

Quanto determina l'ambiente la vita di una persona: il clima affettivo e relazionale dentro cui cresce, le esperienze di vita che fa? Siamo tutti d'accordo: influisce. Oggi gli studi dicono che il 60% della salute mentale è dato dalla genetica, il 40% dall'ambiente. È facile pensare che un bambino che cresce in una coppia di tossicodipendenti che si picchiano, si prendono a bottigliate e si bestemmiano in faccia non cresca sereno. Dunque la genetica conta, ma contano anche le esperienze che sul patrimonio genetico vanno a innestarsi.

Occorre rendersi conto della portata di questa affermazione per noi operatori della salute mentale. Perché nel momento in cui ci prendiamo cura di una persona, diventiamo il suo ambiente. Noi operatori siamo l'ambiente per chi è residente in comunità terapeutica, per chi frequenta il centro diurno, per chi lavora in cooperativa sociale.

È un punto sul quale, secondo me, dovremmo fare più di una riflessione.

Quanto conti l'ambiente era evidente nel manicomio

Quanto conti l'ambiente nel promuovere lo star bene o lo star male, era molto evidente nel manicomio. Ed è bene non dimenticarlo, se non vogliamo correre il rischio di riprodurlo nuovamente. È un rischio che si verifica quando non si siano vissute in prima persona certe esperienze. Come la guerra: oggi non sappiamo che cosa sia e rischiamo di caderci dentro. A volte, sì, vediamo le immagini, sentiamo i racconti, ma non siamo mai scesi di notte nel rifugio con le bombe che ci fischiano sulla testa, non abbiamo mai perso tutto da un giorno all'altro.

Lo stesso per il manicomio. Ricordo quello di Brescia: arrivava a tenere nei periodi di massima affluenza 1.800 persone. Mille e ottocento persone è un paese, organizzato in padiglioni numerati: c'erano sezioni, maschili e femminili, in cui i degenti venivano suddivisi in diverse categorie: sudici, tranquilli, semi-agitati, agitati e furiosi. Si classificava per custodire, controllare, contenere.

Non avendo strumenti neurochimici a disposizione, anche i sistemi di cura rispondevano a questa logica: c'erano le camicie di forza, con le maniche lunghe per impedire il movimento delle braccia. C'erano le docce gelate, usate per calmare; c'erano vasche riempite di acqua fredda, dotate di coperchi di legno con un foro

per la testa, nelle quali venivano immerse le persone in stato di agitazione. C'era l'elmo del silenzio, che bloccava il mento e impediva di gridare...

Poi c'erano anche strumenti più raffinati: ricordo un infermiere all'ospedale psichiatrico di Brescia che la mattina preparava otto mucchietti di paglia intorno a un tavolo, in ciascuno di questi mucchietti sbriciolava una sigaretta, mischiando il tabacco alla paglia, e poi diceva agli otto pazienti psicotici: «Quando avrete tirato fuori tutto il tabacco dalla paglia io vi rifaccio la sigaretta, così voi potrete fumarla».

Quando gli chiesi «scusi ma cosa fa?», lui mi disse «dottore, ma è perfetto!». Perché perfetto? «Intanto perché questi fumerebbero tutto il giorno e così per quattro ore non fumano. Poi perché così non fanno casino, sono occupati. Perfetto!». Nella sua logica aveva ragione lui: era perfetto. Quando gli feci la domanda «scusi, ma se lo facessero a lei?». «Be', ma io son mica matto!». Fine della logica.

Questo accadeva a Brescia non tanto tempo fa. In quell'ospedale si sono incatenate le persone al letto fino al 1978. E risale agli anni '90 il caso di un ragazzo trovato legato nella stalla. Aveva un'oligofrenia importante, i genitori non sapendo cosa fare lo avevano incatenato con le mucche. Quando venne portato in reparto, impiegammo mesi per riuscire ad avvicinarci. Era terrorizzato, in casa era stato preso a bastonate, non si fidava di nessuno.

In quel periodo facemmo grandi riflessioni su quanto bisognasse costruire una cultura sul territorio. Perché se una famiglia arriva a comportarsi così è un problema che interroga tutti. I suoi genitori ammisero che non sapevano cos'altro fare con quel figlio: «O 'l cope...» mi disse il suo papà, «o lo uccido...» o lo lego.

Offrire opportunità per promuovere soggettività

Fare salute mentale vuol dire lasciarsi alle spalle la logica del contenimento e dell'intrattenimento. Una logica che riappare oggi in forme più suadenti e intelligenti di un tempo. Pensiamo a quelli che vengono definiti i «laboratori espressivi».

Dove si nasconde oggi la logica dell'intrattenimento

Ci sono luoghi di cura in cui all'arte è attribuito un valore terapeutico enorme. Si ritiene che qualunque malattia mentale grave possa trarre beneficio da forme artistiche di espressività dell'io. In questi luoghi si dipinge tantissimo, si usa la pasta di riso, si manipola la creta...

Poi ci sono altri luoghi dove è l'ippoterapia a essere molto in voga: l'interazione con l'animale, la progressiva capacità di gestirlo, il controllo del corpo: a tutto ciò si riconosce valore riabilitativo ed educativo. In altri luoghi è la danza a essere al centro: lì si pratica la danzaterapia perché aiuta a regolare le emozioni. E così via...

Cosa non va in queste pratiche? In fondo sono pratiche dolci, che promuovono l'espressività. In realtà è la logica sottesa che rischia di essere arbitraria, quando non impositiva. Perché chi propone queste pratiche le riveste di significati senza negoziarli con le persone. Senza chiedere se anche loro attribuiscono il medesimo

valore, la medesima significatività che attribuiamo noi. Se sono interessate a praticare quel tipo di attività o vorrebbero invece farne un'altra.

Sono pratiche che dipendono da chi lavora come operatore in quel servizio: se c'è l'operatore esperto di teatro avremo sicuramente la teatroterapia. Se c'è il laboratorio espressivo invece si dovrà dipingere e si farà anche la mostra finale.

Diverso, a mio parere, è offrire opportunità: è tutto un altro film. Perché significa chiedere: «Ma tu cosa vorresti fare? Perché io vorrei poterti aiutare in questo». Cambia radicalmente la logica. È la logica di un ambiente che riconosce l'altro come persona: con i suoi bisogni, le sue preferenze, i suoi desideri. Il discorso non è più «si fa arteterapia perché fa bene dipingere». Perché io posso anche essere d'accordo che fa bene dipingere, ma se mi piace, se no è una rottura di scatole! Io posso dire che è bello suonare, ma se l'altro odia la musica per lui sarà un martellamento di timpani.

Rendersi capaci di chiedere all'altro che cosa vorrebbe fare

Si tratta allora di entrare nell'ordine di idee che un servizio di salute mentale dovrebbe rendersi capace di chiedere alla persona che cosa vuol fare. E attrezzarsi per farlo con lei o mettendo insieme le persone interessate a farlo. Senza imporre a nessuno di fare ciò che piace agli operatori.

Del resto, proviamo per un solo istante a indossare i panni del paziente. Dico: «A me piacerebbe suonare la chitarra». E l'operatore risponde: «Eh ma io son bravo nell'acquerello, perché non facciamo una pittura?». «Ma ti ho detto che vorrei suonare la chitarra». «Sì, ma io t'ho detto che son bravo a dipingere». Se trasponiamo questo dialogo fra due persone «normali», suona assurdo.

L'obiezione in questi casi è: «Sì, sarebbe bello avere nei nostri servizi, diurni o residenziali, un ventaglio di proposte tali da poter offrire opportunità. Ma ci scontriamo col fatto che mancano i soldi, mancano le competenze, e poi per una persona sola mica si può mettere in piedi un'attività!». Tradurre questo principio nella pratica appare insomma troppo complicato. Condivisibile certo, ma inattuabile. E allora, come fare?

Intanto credo sia importante chiedere alla persona il *perché*. Perché è vero, non abbiamo risorse infinite, le esigenze sono tante, quindi una motivazione serve. Occorre dedicare del tempo con la persona a capire che cosa vuol dire per lei suonare la chitarra. E se alla fine vediamo che il suo desiderio è reale, a quel punto possiamo chiederle: «Ma *tu* cosa faresti per imparare a suonare la chitarra?».

È una domanda decisiva. Perché ci fa uscire dall'ottica che, siccome io operatore di chitarra non ne so nulla, ti faccio fare un'altra attività. Ma anche dall'ottica per cui sta a me operatore (e a me solo) dare risposta al tuo desiderio. Con questa domanda invece coinvolgiamo l'altro nella ricerca della risposta, lo mettiamo in posizione attiva. E magari possiamo scoprire, con una ricerca fatta insieme in internet, che all'oratorio del paese vicino fanno lezioni di chitarra. E intanto io sono stato con lui, abbiamo visto insieme come si fa una ricerca in internet, sto facendo riabilitazione.

«Sì però i preti di quell'oratorio mi stanno antipatici». Obiezione legittima. «Perché ti stanno antipatici?». Affronto con lui anche questo tema. E magari arriviamo a dirci che sì i preti sono antipatici, ma non così tanto da impedirgli di andare a lezione di chitarra. E in questo modo aggancio il paziente a un altro luogo, avvio un percorso terapeutico che non dipende solo dalle mie risorse, neanche solo dalle mie capacità.

I fattori che influenzano la prognosi

Veniamo ora al punto cruciale. Quali sono i fattori che influenzano la prognosi? Quando alle lezioni di specializzazione faccio questa domanda, la risposta degli studenti è «le medicine». Non è vero. Se influenzare la prognosi vuol dire modificare il decorso di una malattia, i fattori sono tre: casa, lavoro, rete sociale.

Casa, lavoro, rete sociale

Quando nei convegni tocco questo punto, si scatena un brusio. Degli psichiatri «bio» soprattutto. Eppure tutti gli studi riconosciuti importanti nel trattamento delle malattie mentali gravi dicono questo. Ma basterebbe anche solo far riferimento alla nostra personale esperienza. Avere una casa, avere un lavoro, avere una rete sociale sono elementi fondamentali per il nostro benessere.

Ipotizziamo un caso estremo: supponiamo che un operatore del Dipartimento di salute mentale venga sorpreso a usare violenza su una paziente legata nel letto. Cosa succede? Per prima cosa verrà sospeso dal lavoro e probabilmente licenziato. Avendo perso il lavoro finirà per non riuscire più a pagare il mutuo della casa, che gli verrà portata via. La moglie e gli amici dubito staranno vicino a un uomo che ha commesso simile violenza. Così, nel giro di poco, si troverà senza lavoro, senza casa, senza rete sociale. Al di là del fatto che sia colpevole, sarà un uomo distrutto.

Questo per dire che lavoro, casa, rete sociale sono i bisogni essenziali della nostra vita. Se li assumiamo come fattori che influenzano la prognosi, cioè che modificano il decorso della malattia, capiamo bene che il discorso non è più «è bello dare un lavoro», ma il lavoro al pari della casa e della rete sociale diventano parte costitutiva dei percorsi di cura.

Quante persone conosciamo che, inserite in percorsi lavorativi e risocializzanti, hanno trovato una vita compatibile con la loro condizione di malattia. Magari non saranno guarite, ma comunque riescono a condurre una vita al di fuori della condizione di malattia. Quante persone conosciamo che da anni non vengono più ricoverate in SPDC per il fatto che hanno trovato sostegno in un gruppo appartamento. Tante. Persone che in assenza di un lavoro e di una vita sociale se ne starebbero a casa, a gravare magari su famiglie già provate da lunghi anni di convivenza.

Molto più di gocce e pastiglie

Questi tre fattori determinano cambiamenti nei pazienti molto più di gocce e pastiglie. Ma riescono a determinarli laddove sia il Dipartimento di salute mentale a

riconoscerne il valore e ad attrezzarsi per offrirglieli. Si tratta insomma di sviluppare un approccio concettuale molto diverso, che non si accontenta del controllo del sintomo, ma persegue qualità della vita.

Se come medico o come infermiere io miro unicamente al controllo del sintomo, probabilmente mi bastano gocce e pastiglie. Ma è un approccio riduttivo. Lo dico spesso ai giovani operatori della salute mentale che vengono a lavorare con me: «Se pensi “non delira più, quindi ho finito”, sei nel posto sbagliato». Perché io do per scontato che si arrivi a controllare il sintomo. Ma quello è il punto di partenza, non di arrivo. Da lì inizia il lavoro di cura, che è fatto di ricerca di casa, di lavoro e di costruzione di una rete sociale.

A proposito di rete sociale. C'è un segno clinico che cerco quando incontro oggi un giovane paziente. Come l'internista ausculta i polmoni, io una delle prime cose che chiedo è «quanti contatti hai sul cellulare?». Perché è dal numero di contatti che possiamo farci una idea della rete sociale della persona. Se cominciamo a vedere che a fronte di una media che va dagli 80 ai 200 contatti, un ragazzo di 20 anni ne ha cinque – mamma, casa, CPS, «uno che non so chi è ma me l'ha dato» e lo zio, fine – questo ci dà una idea della gravità di malattia. Scattano subito dei campanellini. È importante cercare questi segni, perché sono quelli su cui dobbiamo poi lavorare.

Cura è riabilitazione

Alla luce delle cose dette, si capisce che quando parliamo di riabilitazione, che è fatta di lavoro, casa e rete sociale, noi in realtà stiamo parlando di cura. La riabilitazione non è una tecnica, ma è l'essenza della cura.

Far sì che la disabilità non sia un handicap

Questo allora è il senso del nostro operare nella salute mentale: costruire percorsi di normalità che facciano sì che una persona con disabilità possa avere un bassissimo handicap. La disabilità – lo sappiamo – non è l'handicap. Diventa un handicap se l'ambiente è privo di supporti adeguati, se non offre opportunità di inclusione, se è stigmatizzante. Per questo oggi occorre creare condizioni di diritto per le persone, contesti sociali ospitali e non espulsivi.

Abbassare l'handicap significa includere la disabilità. E lo si può fare in tanti modi: facendo cultura nel territorio, creando attività imprenditoriali che producano non solo reddito per le persone inserite, ma anche valore sociale per il territorio. Penso a questo proposito all'esperienza di Cascina Clarabella ⁽¹⁾, che è sede di una comunità riabilitativa e di un centro diurno. Ma è anche sede di un agriturismo in Franciacorta, di attività didattiche, di una cantina che produce dell'ottimo vino, di un centro convegni e di molto altro.

1 | Per ogni informazione sono consultabili i siti del dipartimento di salute mentale di Iseo (www.dsmi-seo.it) e di Cascina Clarabella (www.cascinaclarabella.it).

Ai bambini delle scuole che vengono a trascorrere una mattinata in fattoria didattica o ai turisti che frequentano l'agriturismo, poco importa se abbia o meno la schizofrenia chi tiene in ordine le camere, chi impasta il pane con loro, chi parla di prodotti biologici o di energia pulita. Essenziale è essersi trovati bene. E aver visto che si può fare un'impresa economica sostenibile, capace di moltiplicare i legami sociali e le opportunità di vita per aiutare le persone a ritrovare se stesse. Questi luoghi (e in Italia ce ne sono) vanno oggi promossi e difesi. La loro costitutiva fragilità richiama tutti noi a un'assunzione di responsabilità.

Difendere ciò che abbiamo conquistato

Vorrei chiudere proprio riaffermando il valore di quanto costruito in questi anni in molti luoghi d'Italia nel campo della salute mentale.

Benedetto Saraceno, per 18 anni direttore del Dipartimento per la salute mentale dell'OMS, ha recentemente presentato una mappa di come nel mondo sono trattate le persone con problemi di salute mentale. L'85% – ha detto – non ha nessun trattamento. Vuol dire che se un ragazzo incontra la schizofrenia in tante regioni dell'Africa, della Cina, del Sud America, del Centro-America, molto probabilmente non avrà nessuna cura.

In questa percentuale sono compresi anche tutti quelli che vivono nel mondo occidentale e non accedono ai servizi. Non dobbiamo pensare solo al contadino nelle risaie cinesi, ma anche alla famiglia che risiede nella pianura padana e dice «mio figlio non è matto».

Rimane un 15%. Di questo 15% la metà sarebbe meglio non avesse nessun trattamento. Perché se la risposta del Nicaragua al problema della salute mentale è costruire un manicomio dove gli internati sono malmenati, bombardati di farmaci e legati, meglio sarebbe essere ignorati.

Rimane un 7%. Di questa minoranza il 6% ha un trattamento decoroso: ossia una corretta somministrazione di farmaci, una corretta impostazione del percorso di cura. Ma solo l'1% gode di un trattamento di qualità.

Ora credo che molti servizi di salute mentale in Italia appartengano all'1%. Non dobbiamo dimenticarlo. Questo fatto dà a chi porta avanti questi servizi, queste cooperative, queste esperienze, oltre che un motivo di orgoglio, anche un carico di responsabilità. Perché è un attimo tornare indietro.

Franco Rotelli dice sempre «conquistate e difendete. Ma difendete quello che avete conquistato». Perché la logica dell'elmo del silenzio è sempre in agguato. Allora mantenere e migliorare ciò che abbiamo costruito in questi anni è l'impegno a cui siamo oggi chiamati.