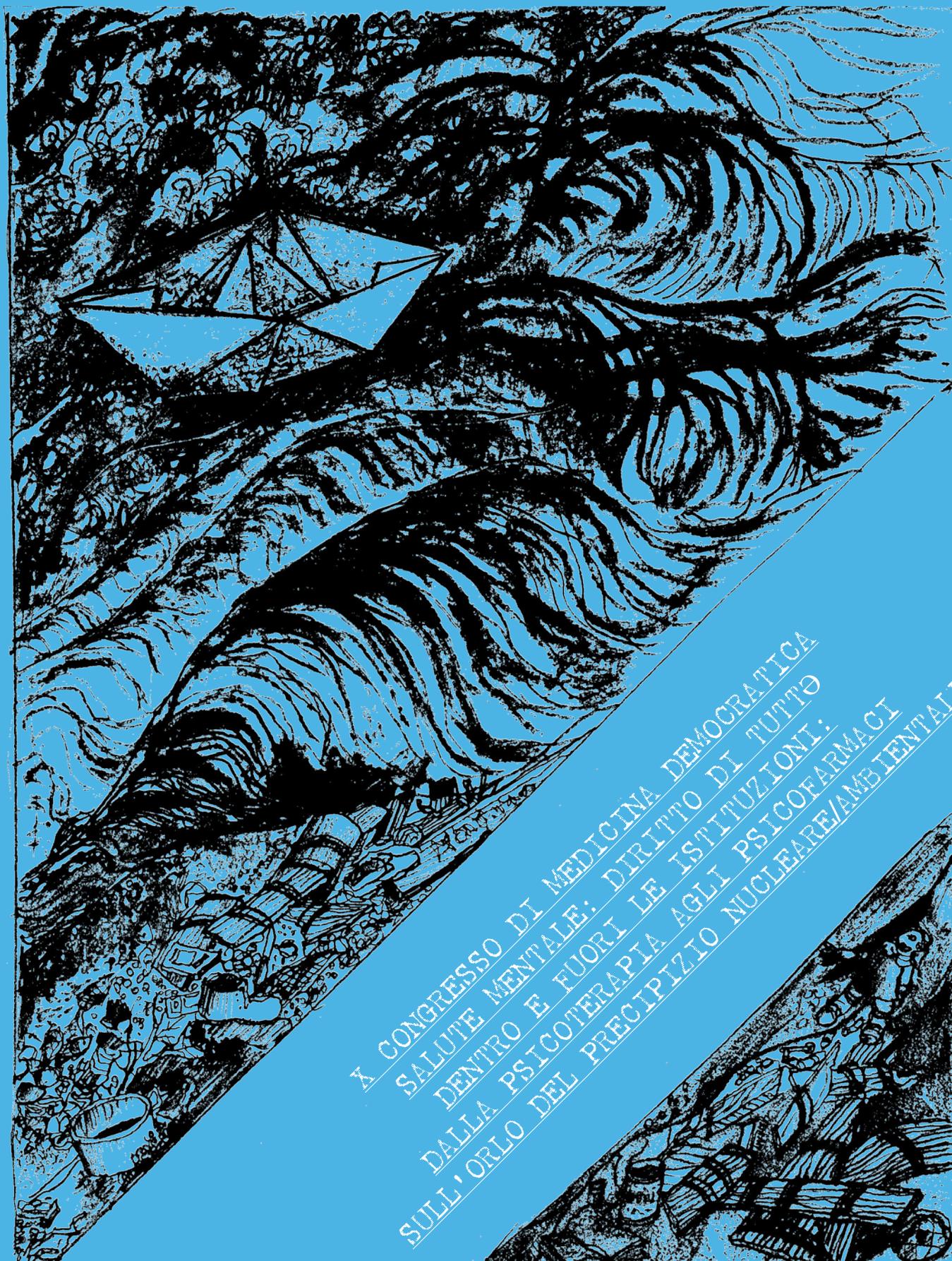


Medicina 253-254 Democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



X CONGRESSO DI MEDICINA DEMOCRATICA
SALUTE MENTALE: DIRITTO DI TUTTO
DALLA PSICOTERAPIA FUORI LE ISTITUZIONI:
SULL'ORLO DEL PRECIPIZIO NUCLEARE/AMBIENTALE

BIMESTRALE
N° 253-254 gennaio-aprile 2023
Autorizzazione del Tribunale
di Milano n° 23
del 19 gennaio 1977

Iscritta al Registro
Nazionale della Stampa
(Legge 58/81 n° 416, art 11)
il 30 ottobre 1985
al n° 8368317, foglio 657
ISSN 0391-3600

EDIZIONE:
Medicina Democratica
Movimento di Lotta
per la Salute - O.n.l.us.
Tel. 02-4984678
Fax 02-48014680
20100 Milano

REDAZIONE:
e-mail:
medicinademocratica@alice.it
Fax 0331-501792
Via Roma, 2
21053 - Castellanza (VA)

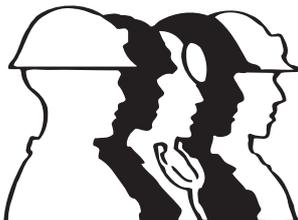
PER SOTTOSCRIZIONE
della quota associativa annua:
ordinaria € 35,00
sostenitrice € 50,00
e per le DONAZIONI
bonifico bancario
IBAN:

IT31D0503401708000000018273
presso la Banca Popolare di Milano
oppure con bollettino postale
su c/c 001016620211 intestato a
"Medicina Democratica -
O.N.L.U.S." Milano
Via dei Carracci 2, 20149
indicando la causale

Spedizione postale
STAMPA:

MODEL GRAFICA DUE S.n.c.
Via De Gasperi, 27
20094 Corsico (MI).

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



Medicina Democratica

Sede Nazionale e Sede Amministrativa Via dei Carracci, 2 20149 Milano

Nonostante in nostri sforzi, non siamo riusciti a recuperare la differenza temporale delle uscite della rivista. Ciò produce una distopia tra gli interventi pubblicati e il periodo di riferimento del fascicolo.

Pertanto, abbiamo deciso di "saltare" due anni per riallineare le uscite.

Ce ne scusiamo con i lettori.

Non vi sono comunque conseguenze sul ricevimento della rivista, in quanto i numeri sono stati gestiti con la progressione numerica e non con le cadenze temporali.

La Redazione

5 per 1000

È possibile versare nella prossima dichiarazione dei redditi il 5 per 1000 dell'IRPEF all'Associazione "Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.", in breve "Medicina Democratica O.N.L.U.S.". Come è noto, si tratta di un'associazione autogestita che opera senza fini di lucro attraverso il lavoro volontario e gratuito e le sottoscrizioni dei suoi associati e simpatizzanti, che non ha mai goduto e che non gode di finanziamenti né diretti né indiretti da parte di chicchessia.

Pertanto, se ne condividete l'operato e intendete sostenere le sue iniziative per affermare la Salute, la Sicurezza e l'Ambiente salubre in fabbrica, così come in ogni dove della società, nel rigoroso rispetto dei Diritti Umani e contro ogni forma di esclusione, emarginazione, discriminazione e razzismo, Vi chiediamo di indicare il numero di Codice Fiscale 97349700159 dell'Associazione "Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.".

N.B. Si ricorda che la scelta del 5 per 1000 non sostituisce quella dell'8 per 1000 (dedicata, per esempio, al culto). le opzioni 5 per 1000 e 8 per 1000 si possono esprimere entrambe.

Questo numero è andato in stampa il 30/04/2023

COMITATO DI REDAZIONE:

Fulvio AURORA (direttore responsabile), Angelo BARACCA, Emanuela BAVAZZANO, Roberto BIANCHI, Sergio BOLOGNA, Marco CALDIROLI, Roberto CARRARA, Germano CASSINA, Carla CAVAGNA, Maria Luisa CLEMENTI, Franco CLIENTI, Elisabeth COSANDEY, Angelo COVA, Fernando D'ANGELO, Pierniorgio DUCA, Rino ERMINI, Enzo FERRARA (direttore), Giorgio FORTI, Pietro e Sara GALLI (grafici), Maurizio LOSCHI, Giulia MALAVASI, Dario MEDICO, Roberto MONFREDINI, Antonio MUSCOLINO, Luca NEGROGNO, Marcello PALAGI, Paola SABATINI, Edoardo TURI, Laura VALSECCHI. *INOLTRE, COLLABORANO E HANNO COLLABORATO A*

QUESTA RIVISTA: Vittorio AGNOLETTO, Carlo ALBERGANTI, Giorgio ALBERTINALE, Riccardo ANTONINI, Beppe BIANCHI, Maurizio BARDI, Mario BRAGA, Gino CARPENTIERO, Antonio CIMINO, Antonella DE PASQUALE, Paolo FIERRO, Gian Luca GARETTI, Valerio GENNARO, Patrizia GENTILINI, Claudio GIORNO, Giulia MALAVASI, Giuseppe MARAZZINI, Maurizio MARCHI, Bruno MEDICI, Celestino PANIZZA, Maurizio PORTALURI, Aris REBELLATO, Giuseppe REZZA, Franco RIGOSI, Alessandro ROMBOLA', Marino RUZZENENTI, Paola SABATINI, Marco SPEZIA, Gianni TAMINO, Bruno THEME, Luca TRENTINI

IMPAGINAZIONE: Inferenze scarl, Milano

La cura fra malattia, speranza e realtà

Con i piedi fortemente poggiati sulle nuvole
(Ennio Flaiano, "Diario degli errori" 1976)

di Emanuela BAVAZZANO ed Enzo FERRARA

UN PAESE CENTAURO

Entriamo nel terzo anno della Sindemia da Covid-19, mentre si chiude senza prospettive di pace visibili il primo anno della guerra di invasione russa in Ucraina. Il 2023 non porta buone notizie nemmeno dal Medio Oriente: in Israele si è insediato l'ennesimo governo di Benjamin Netanyahu, dominato dalla destra estrema che promette più sicurezza e difesa della "società pura"; in Iran si inasprisce la repressione della rivoluzione nonviolenta iniziata il 16 settembre 2022, giorno della morte di Mahsa Amini, e si contano almeno 500 vittime compresi dimostranti minorenni. Poco oltre, in Afghanistan assistiamo ad un'apartheid di genere con il divieto per le donne di frequentare l'Università e di lavorare nelle ONG e l'obbligo invece di essere sempre coperte in pubblico e accompagnate da un familiare maschio.

L'Italia dal 23 ottobre 2022 si ritrova per la prima volta con una donna, Giorgia Meloni, al governo (elemento che per alcune persone – tendenzialmente non di sinistra – viene letto paradossalmente come un successo rispetto alle politiche di genere), ma dell'esecutivo più reazionario della sua storia repubblicana. Dei venticinque ministri in carica, undici (4 ex ministri e 7 ex sottosegretari) facevano parte del governo Berlusconi IV nel 2008. Spiccano alla Difesa Guido Crosetto (ex consulente di Leonardo, presidente di *Orizzonte Sistemi Navali* società del settore delle navi da guerra e della *Federazione delle aziende italiane dell'Aerospazio*), al

ministero dell'Istruzione e del Merito Giuseppe Valditara – autore di *Alle radici romane della Costituzione. Persona, famiglia, Stato, proprietà, libertà* (2022) e di *L'immigrazione nell'antica Roma. Una questione attuale* (2015), ripubblicato nel 2016 con l'ancora più assurdo titolo *L'impero romano distrutto dagli immigrati* – e al ministero per la Famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità Eugenia Roccella, già portavoce del primo Family Day nel 2007.

C'è il rischio di un ulteriore degrado delle istituzioni democratiche, mentre il rapporto CENSIS 2022, *L'Italia post-populista*, dà un pessimo quadro della situazione economica: "la società italiana entra nel ciclo del post-populismo. Alle vulnerabilità economiche e sociali strutturali, di lungo periodo, si aggiungono adesso gli effetti deleteri delle quattro crisi sovrapposte dell'ultimo triennio: la pandemia perdurante, la guerra cruenta alle porte dell'Europa, l'alta inflazione, la morsa energetica. E la paura straniante di essere esposti a rischi globali incontrollabili."

Rispetto ai tempi del quarto governo Berlusconi, caduto nel 2011 dopo che lo spread tra Btp e Bund aveva superato quota 550 (e dopo aver forzato la Costituzione introducendo provvisoriamente quella immunità per le alte cariche dello Stato che evitò al premier un processo per corruzione e falsa testimonianza), la differenza è che la politica internazionale non era così orientata come oggi a reprimere gli sforzi delle persone che difendono i diritti umani e civili. Che si batta-

no per garantire assistenza a rifugiati e migranti, per tutelare la salute negli ambienti di vita e di lavoro, per la salvaguardia delle risorse naturali contro grandi opere inutili, per contrastare il cambiamento climatico, per il diritto ad assistenza e cura garantite da servizi sociosanitari pubblici o per il diritto all'informazione, sono diventati essi stessi bersagli delle autorità: i leader politici e le forze di sicurezza trattano gli atti di disobbedienza umanitaria e di dissenso democratico come minacce all'ordine pubblico ed ostacolano il difficile lavoro delle ONG e della Società civile, costringendo gli attivisti a difendersi in tribunale da processi civili e penali per accuse risibili ma ritorsive e ricattatorie.

Questo accade – suggerisce ancora il CENSIS – mentre emerge “*una rinnovata domanda di prospettive di benessere e si levano autentiche istanze di equità che non sono più liquidabili semplicisticamente come populiste, come fossero aspettative irrealistiche fomentate da qualche leader politico demagogico*”. In questo quadro il governo di Giorgia Meloni ha assunto una precisa posizione: il ministro dell'Interno Matteo Piantedosi parla dei migranti soccorsi in mare come “*carico residuale*” da sottoporre a “*sbarco selettivo*” e l'esecutivo non perde occasione per ribadire un approccio forte con i deboli e debole con i forti, che si tratti di sistema pensionistico, norme antievasione fiscale o del reddito di cittadinanza. È certo, per esempio, che, mentre si depenalizzano i reati fiscali, il decreto anti-rave varato nel dicembre 2022 con pene fino a 6 anni di reclusione per il reato di occupazione di aree pubbliche o private sarà esteso ad ogni protesta che preveda manifestazioni anche solo simboliche in fabbriche, cantieri o uffici pubblici. Anche la lettura di quanto sta accadendo, insomma, è travisata in modo da far apparire come sovversive le istanze solidaristiche e democratiche. La distanza fra la visione “*narcisista*” pro-

pugnata dalle élites – si pensi all'enfasi posta su ogni nuovo esperimento di fusione nucleare le cui applicazioni civili sono improbabili, ma con ricadute militari concrete ed attualissime, sulle insostenibili missioni astronautiche, o sull'uso dell'intelligenza artificiale in ogni ambito dalla simulazione in chirurgia allo studio della storia con il metaverso – e il quotidiano disagio vissuto dagli operatori della scuola e dei servizi sociali e sanitari, per citare due aree fondamentali di tenuta del paese, rimanda alle parole di Sandro Canestrini che al processo del Vajont (L'Aquila 1969) parlò di un paese centauro, con “*i piedi nel sottosviluppo e la testa nel supersviluppo*”.

LE CRISI E LA SALUTE

Specchio del pensiero centauro è l'inquadramento della Sindemia. La crisi globale dei servizi sanitari svelata dal Covid-19 assieme agli sforzi quotidiani di operatori ed operatrici in ambito sanitario (medici e mediche, infermieri ed infermiere ...) e di lavoratrici e lavoratori (in settori quali servizi sociali, educativi, ma anche socio-sanitari) che svolgono servizi essenziali sfruttati e malpagati, la sofferenza e le sperequazioni nell'accesso a interventi di cura, assistenza e prevenzione (come le vaccinazioni) ingiustamente distribuiti nel mondo, l'enorme consumo di biomassa e l'industrializzazione della natura che sono concause di sviluppo e diffusione di nuovi virus, assieme all'egregia negligenza politica che ha peggiorato il tutto, non sono gli argomenti più frequentati. Perfino David Quammen, già autore di *Spillover* nel 2013, nel suo ultimo libro *Senza Respiro* (Adelphi, 2020) per la lotta ai virus punta ogni attenzione sulle soluzioni tecno-scientifiche osservate dalla sponda occidentale dell'Atlantico senza cogliere il vizio di forma della visione tecnocratica neppure in materia di prevenzione vera delle pandemie (1). La frase pronunciata da George Bush senior alla Conferenza

di Rio del 1992: “*Lo stile di vita americano non è in discussione*” è il concetto guida di questa visione che non contempla l’insostenibilità delle misure di contenimento e controllo proposte e nemmeno che, oltre i confini a stelle e strisce e a quelli dell’Europa e poche altre nazioni sul pianeta, c’è un intero mondo che arranca.

L’autoreferenzialità di queste analisi è da tenere in conto anche per la lettura dei progetti di uscita dalle crisi in corso. La quasi totalità degli italiani è convinta che le difficoltà economiche dureranno a lungo, moltissimi ritengono che non potranno contare su aumenti significativi delle entrate familiari e che il loro tenore di vita si abbasserà, mentre stanno intaccando i risparmi per fronteggiare l’inflazione e le difficoltà quotidiane – come la cura e l’assistenza alle persone con malattie croniche e/o anziane.

In questo quadro di sostanziale declino, un ambito che è rimasto abbandonato a se stesso è quello della salute mentale, in (presunto) continuo peggioramento su scala mondiale, secondo parametri (epidemiologici) spesso non descritti con chiarezza e correttezza nella divulgazione dei dati. Aumentano infatti le auto-segnalazioni di “*depressione*”, “*panico*”, “*ansia*” (forse anche a causa di un dilagare di uso improprio di termini che la dominante lettura psicopatologizzante della società induce nella popolazione, senza che si riesca a differenziare la sofferenza dalla patologia) insieme alle visite ai pronto soccorso per tentativi di suicidio (esiti di sintomi pre-morbosi non riconosciuti od effetto iatrogeno derivante dalle risposte – sintomatiche chimiche – date ai fenomeni di disagio). I sintomi (non necessariamente la sindrome – patologia) di ansia e depressione risultano in crescita durante la pandemia e la guerra in Ucraina, come a significare che anche la scarsità di risorse energetiche e alimentari e la minaccia nucleare hanno innescato un ulteriore aumento di sofferenza psichica, con maggiore prevalenza tra i ragazzi e

le ragazze (peraltro si deve parlare di sindemia, piuttosto che di pandemia, che ingloba anche considerazioni di natura multifattoriale). In Italia, proprio nell’ottica di una “*cura*” che spesso tende ad essere riassunta nella risposta farmaco, la spesa per la malattia mentale si attestava fino al 2019 su valori intorno al 3,5 % del Fondo sanitario nazionale (Fsn), ma successivamente è scesa sotto al 3%. Dal 2020, primo anno della pandemia, questa voce di spesa sanitaria registra un lieve aumento ma sempre sotto il 3% del Fsn. La crisi è stata riconosciuta anche dalla legge di bilancio 2023 che ha innalzato da 600 a 1500 euro il “*bonus psicologo*” (misura introdotta dal decreto legge n.228/2021, convertito in legge n. 15/2022), quale risposta che sembra invece derivare da una lettura non riduttiva – sintomatica (farmaco), eppure essa ponendosi dentro una frequente risposta di tipo prestazionale, non di presa in cura personalizzata (il bonus è a sostegno di un intervento tecnico specialistico, fuori dalla rete dei servizi sociosanitari). Nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), tutela e cura della salute mentale non sono esplicitamente trattate e devono essere solo dedotte (intraviste) dentro le azioni cosiddette di area sociale della Missione 5, che include interventi sul territorio: sostegno alle persone vulnerabili e agli anziani non autosufficienti; sostegno alle capacità genitoriali, alle famiglie e ai bambini in condizioni di vulnerabilità; promozione della salute mentale in ottica preventiva; rafforzamento dei servizi sociali per il sostegno alla domiciliarità; percorsi di autonomia per persone con disabilità, anche di tipo psichiatrico. Le misure adottate per fronteggiare le conseguenze del Covid sembrano non aver modificato sia la lettura complessa multidimensionale della sofferenza mentale sia il cronico stato di sottostima e sotto finanziamento degli interventi per la prevenzione della malattia mentale oltre che per la cura della persona, in coerenza

con una rilevazione dei bisogni in cui si dovrebbero leggere anche il luogo di vita (la casa), le relazioni ed il lavoro (il “*benessere psicologico*” così potendo configurarsi concretamente non solo cognitivo-comportamentali ed emotivo-affettivi, ma anche nei termini socio-relazionali ed ambientali).

LA SALUTE MENTALE

Per queste ragioni e perché “*Non c’è salute senza salute mentale*” (OMS), il 15 ottobre scorso Medicina Democratica ha deciso di dedicare un’intera sessione del X Congresso Nazionale (Torino, 13/16 ottobre 2022) alla Salute Mentale. La registrazione video è disponibile (<https://youtu.be/YOF1K0xLDoQ>) e gli atti relativi sono raccolti in questo numero monografico che si apre con il *Manifesto della Salute Mentale*, curato da Sarantis Thanopoulos, quale “*progetto scientifico, culturale e politico*”, che sottolinea quanto la cura della Salute Mentale debba essere intesa come “*valorizzazione della persona*” e contestuale “*difesa della democrazia*” (si veda anche in questo numero, di S. Thanopoulos *Per un rinnovamento democratico della cura nella salute mentale*). Dentro il Servizio Sanitario Nazionale, con il modello biomedico dominante, si rileva invece quanto l’approccio alla sofferenza psichica abbia perso la prospettiva dell’umanizzazione della cura e stia tornando alla “*istituzione totale rivisitata*” con eccessivo ricorso a trattamenti sintomatici (farmaci), mentre dovrebbe essere evitata la cronicizzazione e si dovrebbero creare le condizioni affinché “*le emozioni e i pensieri di chi soffre abbiano ascolto e rappresentazione*”; inoltre, l’investimento sulla salute mentale dovrebbe essere presupposto necessario alla “*costruzione di una società democratica*”, in cui il cittadino ritrovi il suo posto “*nella vita lavorativa, culturale e politica*”, dando “*priorità al servizio pubblico*”. Riccardo Ierna (*La salute mentale tra prevenzione e assistenzialismo. Uno sguardo alla realtà italiana del*

dopo riforma) si chiede come coniugare prevenzione e assistenzialismo, analizzando quanto la Salute Mentale dei servizi sia oggi “*più un dispositivo manageriale di gestione e smistamento dello scarto sociale, che un lavoro collettivo di rimessa a valore delle diverse soggettività sofferenti e problematiche che affollano le nostre periferie sociali*” e sottolinea che, per quanto sia ritenuto scandaloso tenere reparti e CSM chiusi e usare prassi di contenzione, queste metodiche sono tuttora presenti, in un “*ritorno alla violenza psichiatrica*”, senza dare alla cittadinanza una reale possibilità di incidere, se non attraverso forme di mutualismo sociale e solidaristico ed esperienze di aggregazione come i laboratori urbani che possono costituire un’effettiva prevenzione primaria della salute mentale.

Gioacchino Di Palma (*Diritti Fragili – Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi ed Amministrazioni di Sostegno – A che punto siamo sulla tutela effettiva dei diritti*) sottolinea il “*pregiudizio di fragilità*” verso le persone affette da patologie psichiatriche e/o sottoposte ad amministrazione di sostegno, che tende a tradursi in un “*pregiudizio di diritto*”, condizionando così il trattamento delle stesse, considerandole “*giuridicamente incapaci per posizione*” e spesso trattate come “*cittadini che hanno perso i diritti fondamentali garantiti dai principi generali della Costituzione*”.

Bruna Bellotti (*Diritti Senza Barriere: la voce dei malati indifesi*) analizza le criticità rispetto alla cura delle persone con sofferenza mentale, particolarmente a Bologna, sottolineando quanto siano “*le pratiche quotidiane che rendono cronici i malati*”; porta l’attenzione sul farmaco, che può servire a correggere un sintomo acuto, ma non risponde agli effettivi bisogni delle persone: i malati mentali anche gravi non hanno bisogno di “*un armadio di psicofarmaci*”, quanto di “*un ingaggio terapeutico*”, in un percorso riabilitativo personalizzato.

Francesco Centoni (*L’incontro, il con-*

trotransfert, l'inter-soggettività: la vita. La mia esperienza come operatore psichiatrico) analizza quanto, come operatori, incontrando la persona (paziente) si sperimenti "l'ineluttabile alterità dell'altro" che suscita vissuti che costringono a "un confronto con l'alterità dell'altro dentro di sé", confronto che può esporre a emozioni, quali angoscia, paura, rabbia, ma anche stupore, allegria, curiosità. La psichiatria e la psicologia invece si ammantano di termini giudicanti e oggettivi (denigratori, a volte), quasi dimenticando le "parole che parlano dell'umano senza sovra-strutture teoriche", linguaggi che possano "restituire senso e significato all'umanità perduta (non per sempre), congelata, che diventa la propria alienazione", intesa quale "modo per difendersi dal mondo e dagli altri e al contempo diventare estranei a se stessi".

Elena Buccoliero (*La nonviolenza come apertura all'altro nei contesti di cura*) rileva i punti di congiunzione tra le matrici culturali del Movimento Nonviolento e quelle di Medicina Democratica, attraverso testimonianze; analizza le condizioni che hanno reso possibile la chiusura dell'ospedale psichiatrico a Ferrara (esempio) già prima del '78, condizioni necessarie per ogni rivoluzione nonviolenta: consapevolezza personale e collettiva, corallità, capacità di procedere mossi da una tensione ideale, assumendosi rischi e sacrifici, tenacia, coesione e fiducia tra compagni di strada, presenza di un programma. Tanti obiettori di coscienza dopo la Legge 180/78 prestarono servizio in questo settore, lo stesso atteggiamento di Basaglia che scelse di non porre la sua firma sul registro dei provvedimenti di contenzione può essere considerata "obiezione di coscienza".

RECUPERARE LA SPERANZA

Scriva ancora il rapporto CENSIS 2022 che a fronte di tante difficoltà in Italia "non si registrano fiammate conflittuali, mobilitazioni collettive, scioperi o intense manifestazioni di

piazza o cortei. Si manifesta invece una ritrazione silenziosa dei cittadini perduti della Repubblica". Negli schemi del potere politico non vi è spazio per alimentare la speranza: alle elezioni del 25 settembre 2022 il primo partito è stato quello dei quasi 18 milioni di non votanti, astenuti, schede bianche e nulle (39% degli elettori e delle elettrici). Un record negativo e una cicatrice nella storia repubblicana. Se per porzioni crescenti di cittadini il tradizionale intreccio tra lavoro, benessere economico e democrazia non funziona più, è necessario invertire la deriva anti-partecipativa che si sta affermando anche nelle relazioni di cura. Dicevano Adorno e Horkheimer che "Senza speranza non è la realtà, ma il sapere che - nel simbolo fantastico o matematico - si appropria la realtà come schema e così la perpetua", per sottolineare che la realtà di cui si deve discutere non è quella teorizzata (o peggio il suo schema), ma quella vissuta, reale e pratica. Lo stesso Franco Basaglia asseriva di non riuscire ad affermare una teoria che non fosse anticipata da una pratica. L'alternativa porterà nel migliore dei casi alla paralisi, o al collasso: chi afferma che le macchine e la tecnologia devono agire al nostro posto e che in tal senso vanno indirizzate la nostra energia, la creatività e i sentimenti, non considera i danni alla psiche ed alla salute che derivano da questa visione riduzionista della biologia emotiva e delle relazioni fra noi e la natura.

Su questo solco si muovono gli interventi sulla salute mentale che completano il numero. Laura Guerra (*I recettori non mentono: la realtà dei trattamenti con antipsicotici*) affronta il tema dei farmaci antipsicotici, trattamento di elezione per le persone "schizofreniche" o "psicotiche", con uso esteso a una gamma di disturbi psichici, rappresentando "un grosso giro d'affari per le case farmaceutiche"; è messa in discussione la versione accettata dalla psichiatria che considera gli antipsicotici farmaci

che aggrediscono la malattia cerebrale, suggerendo invece che agiscano solo sui sintomi, sopprimendo le funzioni del sistema nervoso; si chiede inoltre se sia etico costringere le persone a subire trattamenti che ledono l'integrità fisica e psichica della persona, in assenza di prove di un effetto terapeutico.

Sullo stesso argomento, torna anche Angelo Barbato (*La valutazione degli effetti degli psicofarmaci tra ricerca e pratica*) proponendo una revisione critica delle indicazioni terapeutiche degli psicofarmaci e del loro rapporto costi/benefici, augurandosi che questo genere di valutazioni trovi il giusto posto nella formazione e nella pratica dei medici, delle mediche e di tutti gli operatori e le operatrici che lavorano non solo nel settore della salute mentale ma anche nelle cure primarie.

Donatella Albini (*Il corpo e la mente delle donne: cuori pensanti*) parte dall'interrogativo: Cosa portano i cuori pensanti delle donne? “Sono il segno dell'apertura sul mondo, che parte dall'essenza biografica delle donne”. Le donne, rivendicando i loro diritti, abbracciano non solo il contesto sociale, economico e politico a partire dal loro essere donne, ma anche e soprattutto quello legato alla propria salute fisica e mentale. Albini analizza dati di prevalenza e (esempio) possibilità delle donne di potersi permettere percorsi di psicoterapia o cure specialistiche, per quanto sembra che siano proprio le donne a riferire un peggiore stato di benessere mentale, percentuali più alte (rispetto agli uomini) di sofferenza per ansia e depressione, rilevando motivazioni plurime, in particolare: l'aspetto economico, il ruolo di cura ed anche il tempo. E se quindi “*la salute mentale è un diritto*”, “*forse lo è un po' meno per le donne*”.

Giulia Giardina (*Identità transgender e disuguaglianze di salute – Elementi psicologici e psicosociali*) esamina quanto il tema della varianza di genere sia divenuto di interesse nel dibattito

pubblico nell'ambito della salute mentale, anche se non ci sono state diffusione e uniformazione di conoscenze e competenze nei servizi socio-sanitari, nemmeno nelle prassi, a favore delle persone transgender, che sperimentano disparità di salute in diverse aree di vita, con ripercussioni sul benessere generale, disparità che risentono direttamente del clima sociale e dei servizi presenti (od assenti) in un dato territorio. Emergono limiti “*strutturali*” del percorso di affermazione di genere, legati alla patologizzazione, così come alla legittimità di accesso ai trattamenti e all'assenza di tutele sistemiche. Professioniste e professionisti dell'ambito socio-sanitario devono considerare la vulnerabilità delle persone transgender per ricostruire modelli di trattamento e servizi che partano dalle necessità effettive in accordo con i soggetti protagonisti.

Matteo Bessone (*Lo Psicoterapismo: psicoterapia e disuguaglianze tra mercato e diritti*) introduce una riflessione sulla psicoterapia come “*dispositivo socio-politico*” che partecipa alla diffusione di pratiche ed anche di valori e concezioni del mondo, contribuendo quindi alla costruzione di società, narrazioni e assetti sociali; introduce lo psicoterapismo, un neologismo per l'insieme degli aspetti iatrogeni, a livello sociale, politico, clinico, materiale e culturale, prodotti dalla psicoterapia sul corpo sociale, sulle comunità e sugli individui ed articola una critica che lascia intravedere il rischio che salute e malessere psicologici possano diventare “*oggetti tecnici, da curare tecnicamente*”, dato che proprio la tecnica è lo strumento che la nostra società si dà per gestire la sofferenza degli individui nel rapporto con il mondo. Al contempo, vanno considerati anche i determinanti, sociali e politici, ampi, intaccati dall'intervento tecnico e dalla logica della presa in carico.

Antonello D'Elia con Salvatore Di Fede, Raffaele Galluccio ed Emilio Lupo (*Quale ruolo per la Salute Men-*

tale?) ripercorre il passaggio storico occorso nell'arco di sei mesi per le due leggi, la 180 e la 833 del 1978, che avevano riscritto i rapporti tra Stato, Follia e Salute, con lo spostamento dell'intervento sanitario da ruolo custodialistico e prassi concentrazione a funzione curativa e riparativa ancorata al sociale; la sanitarizzazione della psichiatria è sfociata nella medicalizzazione a scapito della sua dimensione sociale, ritenuta ideologica laddove la nuova ideologia neuroscientifica ha fatto da approdo per gli operatori della salute mentale con lo sviluppo e la penetrazione della psicofarmacologia; a questo ha contribuito anche l'aziendalizzazione della sanità, che ha subordinato i principi valoriali e socio-culturali a quelli della spesa, nella contraddizione tra impianto sociale – come quello che aveva visto nascere il SSN e la 180 – e mercato.

Completa la monografia sulla Salute Mentale il testo di Luca Negrognolo che in questo numero presenta la prima parte di un contributo su "Movimenti, politica e salute" (*Discorsi e pratiche di salute mentale dentro e fuori dalle istituzioni*) – la seconda parte (*Alla ricerca delle dimensioni di un'insufficienza*) apparirà nel prossimo numero – partendo da un interrogativo: Se è evidente la destrutturazione del servizio sanitario così come del welfare, della cura e della riproduzione sociale nel suo complesso, perché ancora non è emerso in Italia un movimento capace di tematizzare la difesa del servizio sanitario pubblico, la riformulazione della Salute in senso relazionale, la connessione tra benessere della popolazione e necessità di porre un freno alla legge del profitto sul piano esistenziale, ambientale e istituzionale e farne oggetto di rivendicazioni, prassi, mobilitazioni che possano incidere sull'esistente?

Integrano questo numero di Medicina Democratica gli interventi *Contenzione meccanica e fragilità* di Alberto Gaino, che denuncia le condizioni in cui versano i malati cronici e anziani nelle strutture di lungodegenza estesamente analizzate nel suo libro *Le bocche inutili. Vecchi e fragili, persone, non corpi* (Sensibili alle Foglie, Roma 2021), a partire dalla strage che il Covid-19 ha seminato nelle RSA, e *Sull'orlo del precipizio nucleare, ambientale: ultima chiamata*, di Angelo Baracca, che analizza le principali minacce incombenti sul pianeta e sulla popolazione umana – l'annientamento nucleare dal 1945, la crisi climatica emersa negli ultimi decenni, ma anch'essa con origini remote, e i rischi di nuove pandemie – e ne ricostruisce il "nesso perverso" legato allo sfruttamento "disumano" della natura e dei suoi simili da parte della nostra specie che, grottescamente, nonostante stia concretamente avvicinandosi ai limiti dell'autodistruzione, continua a definirsi *sapiens sapiens*.

Sospendiamo i nostri interrogativi che – immaginiamo – sarebbero stati condivisi anche da Anna Tempia Bonda, amica e collaboratrice di Medicina Democratica, scomparsa il 16 dicembre 2022 dopo un'esistenza dedicata all'insegnamento, allo studio e alla riforma dei tempi di vita, di salute e di lavoro dei lavoratori e soprattutto delle lavoratrici.

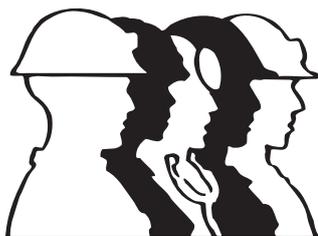
Ci salutiamo con la poesia in quarta di copertina...

Nota

1. Si vedano, piuttosto, l'omonimo *Senza respiro* di Vittorio Agnoletto (Altreconomia 2020), il rapporto *Il virus della disegualianza* pubblicato da OXFAM nel gennaio 2021 o *Un virus classista. Pandemia, disegualianza e istituzioni* di Benedetto Saraceno (Alpha & Beta 2021).



MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



Medicina Democratica

PER SOSTENERE LE MOLTEPLICI ATTIVITA' NELLE QUALI "MEDICINA DEMOCRATICA - O.N.L.U.S." E' IMPEGNATA, OGGI PIU' CHE MAI ABBIAMO BISOGNO DEL TUO AIUTO.

Dal gennaio 2013 la Rivista "Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute" è l'organo di "Medicina Democratica O.N.L.U.S.". Per questo, ti chiediamo di continuare a sostenere questa testata e l'attività che l'Associazione svolge

DIVENENDO SOCIO DI "MEDICINA DEMOCRATICA- O.N.L.U.S." SOTTOSCRIVENDO LA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE:

di Euro 35,00 per i soci ordinari (*)

di Euro 50,00 per i soci sostenitori

Il versamento della quota associativa dà diritto a ricevere sei numeri annuali dell'omonima Rivista.

INVITIAMO TUTTI AD ASSOCIARSI A "MEDICINA DEMOCRATICA - O.N.L.U.S."
PER DARE CONTINUITÀ E SOSTEGNO A QUESTA TESTATA.

CHIEDIAMO

ANCHE LA LORO PARTECIPAZIONE ALLE INIZIATIVE PROMOSSE
DAL MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE PER AFFERMARE
I DIRITTI UMANI E LA DEMOCRAZIA NELLA SUA PIÙ ESTESA ACCEZIONE
CONTRO OGNI FORMA DI ESCLUSIONE, DISCRIMINAZIONE E RAZZISMO.

Le persone che non intendono associarsi alla O.N.L.U.S. possono ricevere ugualmente sei numeri annui della Rivista "Medicina Democratica" mediante una libera donazione di Euro 35,00: attualmente, solo con questa donazione annua riusciamo a coprire i costi vivi di redazione, stampa e invio postale della Rivista.

Il versamento della quota associativa o della donazione può essere effettuato o con bonifico bancario **IBAN: IT31D050340170800000018273** presso la Banca Popolare di Milano oppure con **bollettino postale sul c/c 001016620211** intestato a "Medicina Democratica - O.N.L.U.S.", via dei Carracci 2, 20149 Milano, indicando la causale.

Per associarsi occorre compilare il modulo disponibile sul sito www.medicinademocratica.org seguendo le istruzioni o richiedendolo a mezzo e-mail a segreteria@medicinademocratica.org

**Molto si può fare con l'aiuto e la partecipazione di Tutte/i:
Associati e partecipa alle iniziative di Medicina Democratica!**

(*) **In via del tutto eccezionale**, è possibile anche associarsi versando una quota annuale ridotta, pari a Euro 10,00, comprensiva della messa a disposizione su file degli articoli della Rivista con invio alla e-mail indicata all'atto dell'iscrizione. Questa forma associativa è rivolta **solo** alle persone che lo richiedano e che documentino il loro status di appartenenti alle categorie maggiormente svantaggiate, ovvero disoccupati, cassaintegrati, esodati, lavoratori con contratti "precarì" (ai sensi della c.d. "legge Biagi" e successive modifiche). Questa quota ridotta viene estesa **anche** ai soci della Associazione Italiana Esposti Amianto (A.I.E.A.) per la comunanza delle iniziative condotte assieme alla nostra Associazione per affermare la salute, la sicurezza, l'ambiente salubre, i diritti umani.

Sommario

EDITORIALE di Emanuela BAVAZZANO ed Enzo FERRARA	1	I recettori non mentono: la realtà dei trattamenti con antipsicotici di Laura GUERRA	39
DOSSIER La Salute Mentale è un diritto di tutti: ripensiamo il SSN di Sarantis THANOPULOS	10	Il corpo e la mente delle donne: cuori pensanti di Donatella ALBINI	43
La salute mentale tra prevenzione e assistenzialismo. Uno sguardo alla realtà italiana del dopo riforma di Riccardo IERNA	13	Identità transgender e disuguaglianze di salute. Elementi psicologici e psicosociali di Giulia GIARDINA	48
Diritti Fragili. Trattamenti Sanitari Obbligatori ed Amministrazioni di Sostegno. A che punto siamo sulla tutela effettiva dei diritti di Gioacchino DI PALMA	19	<i>Movimenti, politica e salute. Prima parte</i> Discorsi e pratiche di salute mentale dentro e fuori dalle istituzioni di Luca NEGROGNO	52
Diritti Senza Barriere: la voce dei malati indifesi di Bruna BELLOTTI	22	Lo Psicoterapismo: psicoterapia e disuguaglianze tra mercato e diritti di Matteo BESSONE	67
L'incontro, il controtransfert, l'inter-soggettività: la vita. La mia esperienza come operatore psichiatrico di Francesco CENTONI	24	Quale ruolo per la Salute Mentale? di Antonello D'ELIA, Salvatore DI FEDE, Raffaele GALLUCCIO, Emilio LUPO	77
La nonviolenza come apertura all'altro nei contesti di cura di Elena BUCCOLIERO	27	INTERVENTI & ESPERIENZE Contenzione meccanica e fragilità di Alberto GAINO	81
La valutazione degli effetti degli psicofarmaci tra ricerca e pratica di Angelo BARBATO	31	Sull'orlo del precipizio. Nucleare, ambientale: ultima chiamata di Angelo BARACCA	90

La Salute Mentale è un diritto di tutti: ripensiamo il SSN

di Sarantis THANOPULOS*

Riprendiamo e la petizione lanciata da Sarantis Thanopoulos inviata a Sergio Mattarella (Presidente della Repubblica Italiana), Mario Draghi (Presidente del Consiglio dei Ministri) e Roberto Speranza (Ministro della Salute). Con il nuovo governo di centrodestra è ancora più attuale.

MANIFESTO DELLA SALUTE MENTALE

La cura nella Salute Mentale come valorizzazione della persona e difesa della democrazia

La Salute Mentale pubblica è in crisi. Il modello biomedico/tecnologico dominante nell'approccio alla sofferenza psichica (messo in seria discussione in tutto il mondo) ha prodotto risultati deludenti. La prospettiva dell'umanizzazione della cura è stata abbandonata e si è tornati alla logica della "istituzione totale" rivisitata: la reclusione delle persone sofferenti in mere esistenze diagnostiche, costruite in funzione di trattamenti farmacologici sintomatici. Le ricerche scientifiche che mostrano l'uso eccessivo, inappropriato dei farmaci, che soffoca insieme ai sintomi anche la persona, e indicano la possibilità concreta di un loro uso, accurato, sono ignorate.

I servizi per i bambini e gli adolescenti sono palesemente inadeguati. La psicoterapia, intesa come elaborazione soggettiva del dolore, valorizzazione dei desideri e dei sentimenti e strumento di riappropriazione dei propri spazi di vita e di ripristino di legami affettivi personalizzati, è in declino. Nell'intero ammontare dei trattamenti

erogati dai servizi pubblici le psicoterapie rappresentano un misero 6%. Il lavoro del reinserimento nella sua comunità di chi soffre, lavoro complesso che richiede energie creative importanti, tende a ridursi in assistenza materiale. La riforma psichiatrica del 1978, che ha ridato dignità di cittadinanza e diritto alla soggettivazione della propria vita al "paziente psichiatrico" (sino ad allora non considerato neppure soggetto giuridico), è sotto attacco, nonostante le dimostrazioni di qualità provenienti da quei servizi che ne applicano lo spirito in modo innovativo da più di quarant'anni. La relazione terapeutica si è chiusa nel rapporto assistenziale a senso unico tra curanti e curati, spesso affidato a una logica "algoritmica", invece di essere costruita nell'ambito della reciprocità, dello scambio affettivo e mentale tra pari. L'attuale stato delle cose favorisce la spersonalizzazione dei vissuti sia degli operatori sia delle persone sofferenti. E tende a creare un clima depressivo, emotivamente povero, negli spazi della cura. È tempo che tutte le forze riformatrici che considerano il pensiero e la prassi della cura psichica pubblica come strumenti critici di costruzione solidale e democratica della vita cittadi-

*analista di training della Società Psicoanalitica Italiana

na si uniscano per offrire un'alternativa solida, concreta alla stagnazione in atto, per riproporre un approccio al dolore psichico fondato sul dialogo tra saperi che si confrontano tra di loro in modo paritario. È necessario uscire da un regime improduttivo, culturalmente e clinicamente settoriale per affermare il pluralismo scientifico dell'approccio multidisciplinare.

Il lavoro multidisciplinare deve tornare a essere l'elemento portante dei dispositivi di cura. A partire dalla valorizzazione del lavoro dell'équipe territoriale, fulcro dell'intero sistema della Salute Mentale e luogo in cui integrano tra di loro le diverse modalità di cura:

- Il trattamento farmacologico mirato e critico che è funzionale al contenimento dell'angoscia acuta, invasiva, e della depressione. Esso deve essere coadiuvato da un lavoro paziente di sostegno relazionale e di accoglienza umana del dolore. Devono essere accantonate le pratiche coercitive e violente di contenimento fisico dell'agitazione psichica.

- La cura, ispirata alla teoria e alla clinica psicoanalitica/psicodinamica e ai principi fenomenologici (nelle sue varie forme: individuale, di gruppo, di coppia, di famiglia) che promuove il lavoro di trasformazione psichica necessario al ritorno in gioco della soggettività desiderante.

- La terapia delle relazioni, che usa principi sistemico-familiari e la terapia cognitivo-comportamentale.

- Il lavoro di integrazione socio-culturale nella comunità in cui si vive, che richiede una competenza specifica delle dinamiche psichiche e sociali della collettività, una grande sensibilità umana e una collaborazione costante con le istituzioni e con gli ambienti della cultura, della letteratura, del teatro, del cinema, dell'arte. Tali ambienti hanno una funzione preziosa nella costruzione della comunità, nell'evoluzione della sensibilità collettiva, nella configurazione delle reti condivise di significazione dell'esperienza che creano un sen-

so di identità aperto alla differenza, all'alterità, non chiuso in se stesso.

- Il lavoro di prevenzione, basato sulle diagnosi precoci, sulla valorizzazione dell'intervento psicopedagogico e della psicoterapia dei bambini e negli adolescenti, sull'individuazione di realtà familiari fragili, sugli interventi di sostegno in ambienti sociali vulnerabili colpiti da fenomeni di degrado, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, negli ospedali.

- La partecipazione attiva e organizzata degli utenti con problemi di salute mentale che portano il contributo della loro soggettività al processo di cura.

La centralità dell'équipe territoriale è sostenuta dal principio che la persona sofferente deve essere presa in cura nella comunità in cui vive a sostenuta nel suo diritto di farne parte. L'équipe richiede una buona formazione specialistica di partenza in tutte le sue componenti e l'equiparazione in termini di carriera e di responsabilità nella cura tra chi è laureato in psicologia e chi è laureato in medicina. Senza tralasciare il ruolo determinante delle altre professioni coinvolte nella presa in carico, assistenti sociali, infermieri, tecnici della riabilitazione, operatori del privato sociale. L'équipe, tuttavia, la somma delle competenze che la compongono, non è un'attività poli-ambulatoriale. Non si identifica con una sede, ma la sua funzione si diffonde nel territorio ed eccede la sua composizione in due sensi. Da una parte include nel suo lavoro il gruppo dei pazienti, i loro familiari, le forze culturali e sociali con cui interloquisce; dall'altra amalgama tra di loro i diversi vertici che ospita nel suo interno creando una prospettiva unitaria, un lavoro di cura coerente. L'équipe non è, tuttavia, luogo di formazione e di ricerca permanente. Promuove la ricerca psicodinamica/psicoanalitica, cognitivista-comportamentista, fenomenologica, relazionale, sociale, epidemiologica. Si avvale dello studio neuroscientifico delle relazioni

umane e dello studio rigoroso del trattamento farmacologico.

La verifica deve essere basata su dati rigorosi che stabiliscono se vi è corrispondenza tra i parametri che definiscono l'obiettivo della cura e i risultati effettivamente raggiunti. La corrispondenza deve essere leggibile e verificabile da una prospettiva indipendente rispetto all'approccio di cura studiato, per dare indirizzo a un approccio centrato prevalentemente sulla qualità della vita (lo sviluppo dei legami affettivi, della creatività e della libertà di espressione personale) e a uno mirato prevalentemente al contenimento dell'angoscia.

Il diritto alla salute mentale è fondamentale e ha un enorme valore politico per la democrazia. Investire fortemente nella salute mentale è necessario alla costruzione di una società democratica, equa e garante di una buona qualità di vita. L'investimento in termini di risorse economiche e di impostazione organizzativa va fatto

in modo ragionato e lungimirante, non estemporaneo, se si vuole davvero cambiare prospettiva, e deve dare assoluta priorità al servizio pubblico. Senza il suo buon funzionamento l'intero sistema di cura psichica va in crisi.

Il Manifesto è un progetto scientifico, culturale e politico sulla salute mentale che punta all'umanizzazione della cura psichica: perché il dolore acuto, destrutturante possa essere contenuto senza eccessi di sedazione, perché si eviti la sua sorda cronicizzazione, perché le emozioni e i pensieri di chi soffre abbiano ascolto e rappresentazione, perché il soggetto lacerato (ma vivo, resistente nonostante tutto) ritrovi il suo posto di cittadino nella vita lavorativa, culturale e politica, perché si riappropri della sua espressione creativa. Questa non è un'utopia, è una spinta vitale, una scelta civile: la sofferenza, a cui siamo tutti esposti, può essere alleviata, elaborata, trasformata in desiderio di vivere.

REDAZIONE DEL TESTO:

Angelo Barbato, Istituto Mario Negri Milano

Antonello D'Elia, Presidente di Psichiatria Democratica

Pierluigi Politi, Ordinario di Psichiatria Università di Pavia

Fabrizio Starace, Presidente Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica

Sarantis Thanopoulos, Presidente della Società Psicoanalitica Italiana

<https://www.change.org/p/sergio-mattarella-la-salute-mentale-%C3%A8-un-diritto-di-tutti-ripensiamo-il-ssn>



La salute mentale tra prevenzione e assistenzialismo. Uno sguardo alla realtà italiana del dopo riforma

di Riccardo IERNA*

“È nell'accettazione passiva del carattere naturale delle condizioni di vita degli uomini, che la medicina muove i primi passi e consolida la natura del suo intervento.”

Giulio Alfredo Maccacaro

Confesso di sentirmi sempre più confuso quando devo parlare di salute mentale e di prevenzione. L'orizzonte della salute mentale italiana è cangiante.

In nessun altro paese del mondo è stato possibile coniugare la migliore forma di democrazia partecipativa con la peggiore situazione di arretratezza burocratica e istituzionale. In questo senso il titolo di questo contributo può sembrare provocatorio: come si coniugano infatti due termini antitetici come la prevenzione e l'assistenzialismo? Io credo in un solo modo possibile: nella realtà contemporanea del nostro paese. Volendo rileggere gli ultimi quarant'anni di salute mentale italiana ci si accorge, quasi con stupore, che non esiste una cronistoria di questo arco temporale paragonabile a quella che riguarda il periodo della lotta anti istituzionale pre-riforma. Su questo curioso *vuoto storiografico* sarebbe doveroso interrogarsi, ma questi sono tempi in cui l'interrogazione del passato non è ammissibile se non per farne una certa retorica monumentale, utile certamente a chi la promuove, ma non a chi continua ad annaspere nella miseria attuale dei nostri servizi pubblici territoriali.

Guardando al presente, credo sia utile partire da una constatazione di fondo: la salute mentale dei servizi è oggi più un fatto amministrativo che sociale, più una rendita economica che un progetto di prevenzione e promozione della salute, più un dispositivo manageriale di gestione e smistamento dello *scarto sociale*, che un lavoro collettivo di *rimessa a valore* delle diverse soggettività sofferenti e problematiche che affollano le nostre periferie sociali. Ma non si può comprendere l'evoluzione dei servizi di salute mentale negli ultimi quarant'anni se non si tiene conto di un fatto fondamentale, eppure dato colpevolmente per scontato dagli stessi promotori della riforma: e cioè che la salute mentale italiana nasce e si sviluppa all'interno di una riforma sanitaria che ne connota *ab initio* il destino normativo, organizzativo e operativo. Una riforma fortemente condizionata dall'evoluzione economica, politica e sociale del paese già in atto alla fine degli anni settanta e caratterizzata da una lenta ma inesorabile regressione che determinerà, nel tempo, un indirizzamento programmatico in antitesi proprio a quei principi universalistici e costituzionali contenuti nella stessa legge 180.

* Cooperativa di Comunità NUI, San Vito dei Normanni (SI)

Penso, in particolare, alle vacue promesse di un'integrazione socio-sanitaria nei fatti mai concretamente realizzata e alla pericolosa assimilazione del disturbo mentale a tutte le altre malattie: omologare la psichiatria alla medicina, la sofferenza mentale alla malattia, cioè "il comportamento al corpo" (1), senza valutarne le conseguenze epistemologiche, è stato il più grave errore politico compiuto dai promotori della legge nel determinare il futuro dell'assistenza psichiatrica pubblica nel nostro paese. Venendo al presente, infatti, non si può fare a meno di notare alcune aporie piuttosto



sto evidenti: dalla gestione della "crisi acuta" affidata oggi a vere e proprie divisioni psichiatriche nell'ospedale generale, i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, una cosa vietata dalla stessa legge di riforma; a un trattamento sanitario obbligatorio gestito esclusivamente dal comparto ospedaliero e utilizzato come valvola di sicurezza sociale, piuttosto che come dispositivo extraospedaliero di tutela dei diritti delle persone in fase di scompenso acuto o di grave sofferenza esistenziale e sociale. A una riabilitazione psicosociale affidata a quelle che un tempo erano definite *strutture intermedie*, cioè istituzioni transitorie di avvio del

percorso riabilitativo, divenute oggi delle strutture assistenziali di intrattenimento e di gestione occupazionale della sofferenza post-acuzie. Ma anche alla formazione degli operatori, all'insegnamento di una medicina e di una psichiatria lasciate in dote alle istituzioni accademiche, alle baronie universitarie, a un sistema di apprendimento che forgia anzitutto dei *gestori professionali* di problemi, deficit, sintomi e malattie, piuttosto che dei *promotori* e *costruttori* di benessere sociale (2).

E viene da chiedersi quanto sia difficile oggi cambiare la *domanda di salute* dei cittadini, ormai abituati a una mediatizzazione esasperata del bisogno di salute (3), in un contesto normativo che lascia alle sole aziende sanitarie locali la gestione amministrativa dei servizi e alle autonomie regionali la privatizzazione di porzioni sempre più ampie di servizio pubblico. Una sanità che affida a professionisti sempre più specializzati e sempre meno in grado di interagire con i propri pazienti (4), la gestione della loro *carriera sanitaria o psichiatrica*. Ma penso, soprattutto, all'arretramento della politica e degli amministratori nella gestione della *salute pubblica*, alla corruzione e al clientelismo che fanno da sfondo ad aree molto estese dell'organizzazione sanitaria e in questo scenario mi chiedo di quale salute mentale e di quale prevenzione oggi avremmo bisogno. L'economia politica della salute mentale è, infatti, la cartina di tornasole degli attuali governi neoliberali occidentali. Che si parli di salute mentale, che si tengano convention internazionali sul tema dei diritti civili dei cittadini con disturbo mentale, o si istituiscano giornate mondiali sulla salute mentale ha relativamente poca importanza. La politica economica dei decisori è quella che determina l'attuale organizzazione dei servizi, la ricaduta sull'utenza e sulla sua capacità di incidere sulle politiche sanitarie. Per quanto ce la vogliamo raccontare, dopo più di quarant'anni il potere è ancora saldamente in mano

agli psichiatri e ora anche ai *desolati curatori fallimentari* (5) della riforma, legati alle sempre più mutevoli e variopinte consorterie politiche e istituzionali. E mentre da più parti e un po' tardivamente si urla allo scandalo delle contenzioni, dei reparti chiusi, dei CSM ambulatoriali, della residenzialità pesante e della morte di una salute mentale territoriale ormai incalzata dal "ritorno della violenza psichiatrica" (6), l'improduttività residuale del "malato di mente", oggi denominato retoricamente "utente dei servizi", è già stata recuperata attraverso il meccanismo neoliberale di cooptazione delle famiglie e degli assistiti nella filiera dei servizi e dei DSM; si pensi, in particolare, al movimento della *recovery* (7), alle forme di *advocacy* (8) e di *professionalizzazione dell'utenza*, che già da vent'anni, ormai, animano lo sterile dibattito italiano sulla possibilità della cittadinanza di incidere sulle politiche pubbliche e sulla trasformazione dei servizi; e a quanto illusoriamente si continui a pensare che questa strada, già sperimentata e fallita in altri paesi come gli Stati Uniti e la Gran Bretagna (9) e anzi perfettamente funzionale alle loro politiche governative di impronta neoliberale, possa davvero cambiare le sorti della salute mentale italiana. Politiche che foraggiano uno sterile e velleitario attivismo sui diritti civili, a fronte di una grave deresponsabilizzazione sociale e politica sui diritti sociali.

In un tale scenario risulta davvero difficile poter immaginare un lavoro di prevenzione primaria attraverso i servizi: e allora che fare? Io credo che oggi la salute mentale abbia senso solo come lavoro realmente preventivo nel senso indicato da Giulio Maccacaro. Egli distingueva una *medicina preventiva* che agisce sulle cause ambientali, sui ritmi di lavoro, di produzione, di alienazione sociale, da una *medicina predittiva*, che agisce ex post e che si identifica oggi con quella che viene comunemente denominata *diagnosi precoce* (10). Così oggi potremmo distinguere una *salute mentale preventi-*

va, che dovrebbe agire sulle cause del disturbo mentale, cioè su tutte quelle condizioni materiali, biologiche, psicologiche e sociali che impediscono l'accesso ai diritti costituzionali fondamentali e al pieno sviluppo della personalità umana, da una *salute mentale predittiva* che si esaurisce nella diagnosi precoce, nei trattamenti mirati standardizzati, nello studio e nella ricerca di una "malattia" intesa come dato ineliminabile e adialeatico con cui convivere e che lavora esclusivamente sul miglioramento delle *skills* e delle *performance individuali*. In questa prospettiva la domanda cruciale



da: Ritratto di Freud, 1938
Salvador Dalí

che si pone oggi è la seguente: è ancora possibile promuovere una salute mentale preventiva attraverso i servizi? Io credo di no, perché oggi la politica delle aziende sanitarie va nella direzione completamente opposta a quella di un lavoro di prevenzione primaria sul territorio. Perché qualsiasi tentativo di invertire questa tendenza non è più accompagnato da una coscienza e un'azione politica collettiva forte dei professionisti, degli amministratori e della cittadinanza come categoria specifica del settore psichiatrico. Perché i vecchi strumenti del lavoro antistituzionale (de-istituzionalizzazione dei servizi, cooperazione e impresa

sociale, azione rappresentativa e politica intra ed extra-istituzionale) hanno perduto la loro spinta propulsiva e anaspiano tra una *monumentalizzazione storica* delle esperienze esemplari, ormai inutilizzabile, e una managerializzazione della politica e della pratica nei servizi (11), che sposta sempre più lontano il focus della questione psichiatrica ed è perfettamente funzionale ad un governo neoliberale che ne indirizza le linee programmatiche. Ma soprattutto perché, nonostante il percorso di maturazione politica, sociale e professionale che ha condotto alle riforme, non si è voluto rimettere in discussione il nodo fondamentale del problema psichiatrico: *le basi epistemologiche della medicina e dei suoi istituti di potere*. Una medicina che ancora oggi, di fatto, costituisce lo scheletro ideologico di tutta l'organizzazione sanitaria e psichiatrica nel loro complesso (12). In questo senso non convincono pienamente alcune soluzioni proposte recentemente da Ivan Cavicchi (13), perché danno per scontato e acquisito un avanzamento della medicina e della scienza, nonostante gli enormi e indubbi progressi di questi ultimi decenni (14), ancora interamente immerse nei modi del potere politico, istituzionale ed economico e fortemente direzionate da una ricerca ancora molto dipendente dagli interessi economici delle grandi multinazionali di Big Pharma. Ma soprattutto non convince, per quanto suggestiva, la proposta di una rifondazione della salute mentale che passi esclusivamente da una riforma legislativa e strutturale della legge 180, una riforma delle prassi e degli ordinamenti giuridici dei corpi professionali, finendo per ignorare quasi completamente il ruolo della cittadinanza, della politica e degli amministratori nello stesso processo di riforma (15). Nella cultura della complessità invocata più volte da Cavicchi, appare di rado il riferimento ad una reale partecipazione che metta finalmente sullo stesso piano decisionale e operativo tutte le componenti sociali e

istituzionali coinvolte. E forse, non a caso, i temi della riabilitazione e della prevenzione, cioè il vero cuore di una salute mentale partecipata, sono lasciate sullo sfondo del volume, derubricate ad attività *extramoenia* da immaginare e organizzare contestualmente alla "*grande riforma*" degli assetti ideologici, istituzionali e operativi ispirati dalla vecchia legge 180. Le categorie professionali e il sapere della *nuova salute mentale riformata* escono rafforzati da questa ipotesi di riforma, mentre sembra rimanere sempre più marginale il ruolo del sociale nella costruzione di un'alternativa politica alla risposta istituzionale e professionale (16).

In che modo è possibile allora immaginare una salute mentale preventiva? Dalla mia esperienza di operatore posso dire che oggi si intravedono, in diverse aree del paese, delle realtà organizzative, sociali e comunitarie che possono fornire una prima embrionale risposta a questa domanda. Si tratta di forme di partecipazione dal basso della cittadinanza, capaci di sviluppare iniziative imprenditoriali, sociali, aggregative e politiche che riannodano tessuto sociale e aggregano fasce di marginalizzazione sociale e di disagio mentale diffuso che non sono più intercettabili dal servizio pubblico. Veri e propri esperimenti di mutualismo sociale e solidaristico, essi si pongono come aree transitorie di prevenzione primaria e secondaria, gestendo e fornendo assistenza, attraverso una fitta rete di ambulatori popolari e sportelli di informazione e orientamento, a situazioni di indigenza sociale, di malattia, ma anche di sofferenza psicologica nelle fasce più svantaggiate e spesso più giovani della popolazione. Situazioni che i servizi pubblici territoriali, nella povertà operativa dei loro tempi contingentati e nella miseria istituzionale delle loro risposte preformate, non sono più in grado di accogliere e affrontare. Organizzazioni e iniziative messe in moto volontariamente anche da medici, psicologi e operatori sociali, rafforzatesi soprattutto nel periodo

pandemico, esse non pretendono di sostituire o vicariare il servizio pubblico, quanto piuttosto di offrire un modello alternativo di medicina e di salute (anche mentale) più adeguato ai bisogni e alle esigenze del territorio e della popolazione (17). Una *medicina sociale di prossimità* in grado di calarsi nel cuore pulsante delle periferie sociali dell'area settentrionale e del Mezzogiorno, nei problemi quotidiani del degrado urbano, della disoccupazione e della "devianza" giovanile, della bassa scolarità e della dispersione scolastica, dell'indigenza e della povertà educativa sequestrate dalla piccola e grande criminalità urbana e rurale, attrezzandosi a dare piccole ma significative risposte cliniche e sociali (e quindi politiche). Ma oltre a queste forme di mutualismo sociale e solidaristico esistono anche altre esperienze di aggregazione come i laboratori urbani che, attraverso iniziative di rimessa a valore di siti e complessi industriali dismessi e abbandonati, di cooperazione sociale e comunitaria, di impresa sociale e rivalorizzazione di temi come l'integrazione sociale e lavorativa di persone svantaggiate, la mobilità sostenibile, l'ecologia, l'utilizzo di fonti di energia rinnovabile, la valorizzazione del patrimonio paesaggistico, ambientale e monumentale di una comunità, costituiscono già da sole dei potenziali servizi territoriali

di *prevenzione primaria della salute mentale* (18). Di certo queste esperienze non sono immuni, come già accaduto in passato a diverse realtà del terzo settore, dal rischio di generare fenomeni di privatismo (19), o di favorire situazioni di delega incontrollata che possono deresponsabilizzare ulteriormente il servizio pubblico, o peggio ancora di alimentare circuiti economici di interesse privato e per questo sarà importante capire come potranno svilupparsi e intersecarsi con il nuovo sistema di regolazione del rapporto pubblico-privato. Tuttavia io credo che qualsiasi struttura dipartimentale di salute mentale, se opportunamente e adeguatamente coinvolta, potrebbe giovare della collaborazione con queste organizzazioni territoriali non tanto, come spesso accade, per delegare loro impropriamente responsabilità che sono di competenza di un servizio pubblico, quanto per cogliere indicazioni importanti su come sta cambiando *la domanda di salute* dei cittadini e provare a dare una risposta non preformata ai loro bisogni emergenti. A patto che gli operatori, gli amministratori e la politica tornino a farsi garanti e interlocutori di questi processi sociali e di queste organizzazioni, piuttosto che strumentalizzarle o neutralizzarle relegando la salute mentale a un modo del potere e dell'economia politica contemporanea.

Note

1. Cfr. F. Basaglia, intervista rilasciata al giornalista Franco Giliberto e pubblicata sul quotidiano "La Stampa" del 12 Maggio 1978.

2. Qui non inteso astrattamente come uno stato di *salute in assenza di malattia*, ma come esito teorico/pratico di un lavoro di riformulazione concettuale dei termini "salute" e "malattia" adeguatamente storizzati. Cfr. F.O. Basaglia, *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino, 1982.

3. Con implicazioni profonde anche sugli effetti meno visibili della diagnosi precoce e cioè su quell'abnorme dilatazione del patologico nella popolazione come malattia (ancora) non diagnosticata: "*tanto che ogni cittadino può considerarsi sano solo per insufficienza di prove*" (Manuali, 1980), si veda: C. Manuali, in L. Onnis e G. Lo Russo, *Dove va la psichiatria?*, Feltrinelli, Milano, 1980, p. 113.

4. Cioè di conoscere approfonditamente la loro storia e di accogliere nella valutazione clinica la ricchezza e la complessità

delle loro biografie esistenziali e sociali; e tutto ciò vale sia per gli operatori sanitari che per coloro che lavorano nell'area della salute mentale.

5. La felice espressione è di Francesco Blasi, vedi F. Blasi (a cura di), *Sergio Piro. Voci perdute*, Istituto Italiano per gli Studi Filosofici Press, Napoli, 2022, p. 26.

6. Mi riferisco all'articolo di Maria Grazia Giannichedda uscito recentemente sul Manifesto dal titolo: "*Torna il sopravvento della psichiatria violenta*", come se si trattasse di un tema emergente dell'attualità di oggi, quando da quarant'anni accade quotidianamente nei nostri servizi pubblici territoriali. L'articolo è disponibile qui: <https://ilmanifesto.it/torna-il-sopravvento-della-psichiatria-violenta>.

7. Sul tema della recovery si veda: A. Maone, B. D'Avanzo, *Recovery: nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015.

8. Cfr. AA.VV., *Advocacy per la salute mentale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2022.

9. Si veda: B. McWide, *Recovery-as-policy as a form of neoliberal state making*, *Intersectionalities: a Global Journal of Social Work Analysis, Research, Policy, And Practice*, Vol. 5, No 3, 2016, <https://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/IJ/article/view/1602>

10. G. Maccacaro, *Vera e falsa prevenzione*, in "*Sapere*", settembre 1976, vol. LXXIX, n. 794, pp. 2-4; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano, 1979, pp. 319-326.

11. Sostenute da una ricerca epidemiologica completamente sterile sul piano conoscitivo e incapace di fornire analisi contestuali utili al cambiamento degli assetti organizzativi dei servizi. Un'epidemiologia descrittiva dei numeri, ma non dei processi che li sottendono; fortemente critica sulla mancanza di risorse finanziarie e di personale, ma poco interessata a indagare le prassi e le culture che fondano l'agire quotidiano nei servizi territoriali.

12. Cfr. C. Manuali, *Medicina come politica*, in *Dossier Salute! Umbria*, Scritti, Anno II, n. 3, Perugia, 2002, pp. 27-31.

13. Si veda: I. Cavicchi, *Oltre la 180*, Castelvecchi, Roma, 2022.

14. Il riferimento è ai progressi delle neu-

rosienze, ma soprattutto, al contributo fondamentale dato alla scienza e alla medicina dalla teoria e dall'epistemologia della complessità. Si veda: E. Morin, *Introduzione al pensiero complesso*, tr. it. Sperling & Kupfer, Milano, 1993 e (a cura di A. Anselmo e G. Gembillo), E. Morin, *La sfida della complessità*, Le Lettere, Firenze, 2011.

15. Considerando la cittadinanza come una "*spettatrice passiva*" della nuova centralità delle prassi e dello sganciamento degli operatori dalla "*vecchia ideologia di servizio*", la politica e gli amministratori come semplici interlocutori istituzionali da convincere per ottenere l'erogazione di maggiori finanziamenti sul comparto salute mentale. Un convincimento basato contraddittoriamente su una salute mentale che rientra nella medicina scientifica "*riformata*" per rendersi più credibile agli occhi dei decisori politici.

16. Il volume di Cavicchi ha indubbiamente il merito di aver riaperto alcune questioni dirimenti del processo di riforma tra cui: la questione dell'insegnamento universitario in rapporto alla prassi antistituzionale, il rapporto tra scienza e ideologia e tra clinica e politica. Tuttavia mi riservo in un prossimo contributo di chiarire meglio alcune forti perplessità che mi suscita l'intero impianto discorsivo, comprese alcune fonti, della sua proposta di riforma della 180 e degli aspetti culturali, organizzativi e operativi che la riguardano.

17. Su alcune esperienze di ambulatorio popolare autogestito attive nel nostro paese si veda l'articolo di Altriconomia disponibile qui: <https://altreconomia.it/viaggio-tra-gli-ambulatori-popolari/>.

18. Per una breve rassegna sitografica sulle esperienze dei laboratori urbani, di cooperazione sociale e di comunità presenti già da anni nella realtà pugliese dove lavoro attualmente, si veda: <https://www.che-fare.com/almanacco/societa/lavoro/innovazione-dei-bollenti-spiriti/>, <https://culturability.org/notizie/alla-scoperta-di-laboratorio-urbano-exfadda/> e <https://nuicooperativa.it/>

19. Cfr. O. de Leonardis, *I welfare mix. Privatismo e sfera pubblica*, in *Stato e mercato*, n. 46, 1996, pp. 51-75, O. de Leonardis, *Declino della sfera pubblica e privatismo*, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, 38(2), 1997 e O. de Leonardis, *In un diverso welfare*, Feltrinelli, Milano, 1998.

Diritti Fragili. Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi ed Amministrazioni di Sostegno. A che punto siamo sulla tutela effettiva dei diritti

di Giocchino DI PALMA*

Il X Congresso Nazionale di Medicina Democratica, svoltosi a metà ottobre, è stata una buona occasione per favorire il confronto tra quanti operano nell'ambito del tormentato e complesso mondo delle cure psichiatriche, della tutela dei diritti, dell'approccio alla salute mentale e della realtà italiana in tema di strutture sanitarie, S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), Associazionismo, Medici, Medici Psichiatri, Avvocati, Autorità Pubbliche. Tanti soggetti, tante diverse esperienze, tanti diversi approcci intellettuali sull'argomento. Per evitare confusioni intendo affrontare l'argomento rimanendo nell'ambito giuridico della *"Tutela dei Diritti dei malati psichiatrici"*, che mi impegna quotidianamente da ormai un decennio, e che proprio alla luce dei tantissimi casi affrontati in molti Tribunali d'Italia, mi fa scrivere che sull'argomento la realtà è molto sconcertante, ancorché molto differenziata tra le diverse esperienze territoriali. A distanza di oltre 44 anni dalla promulgazione della Legge Basaglia, tante diverse posizioni intellettuali e tanti distinguo emergono ancora prepotenti da parte degli stessi medici ed operatori sanitari, che vivono sempre come una invasione di campo l'intervento di un Avvocato. La Tutela dei Diritti è argomento ritenuto secondario, quasi sempre giustificato con ricorso al vecchio, e mai sufficientemente contestato brocardo: *"Ubi ma-*

ior, minor cessat", che anche volendo fare uno sforzo di adeguamento, ci lascia sempre senza alcun riferimento rispetto a cosa sia il *"maior"* ed il *"minor"*.

Le persone affette da patologie psichiatriche e/o sottoposte ad Amministrazione di Sostegno, in virtù di un *"pregiudizio di fragilità"* (che domina tutta la materia) che di fatto si traduce in un *"pregiudizio di diritto"*, fa sì che queste persone vengano trattate come se fossero giuridicamente incapaci per posizione e quindi trattate (*ovviamente non sempre*) come cittadini che hanno perso i diritti fondamentali garantiti dai principi generali della Costituzione.

Certo occorre fare una distinzione fondamentale tra un TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) ed una Amministrazione di Sostegno. **1.** Nel primo caso la compressione dei diritti costituzionalmente garantiti viene autorizzata dalla stessa legge, anche se limitatamente ai 7 giorni di legge del TSO: infatti la persona che vi viene sottoposta non può opporsi all'obbligatorietà delle cure decise da altri. Fermo restando che allo scadere dei 7 giorni questi diritti dovrebbero venir ripristinati in tutta la loro pienezza come per qualunque altro cittadino. Purtroppo, debbo usare il condizionale, perché nella realtà questo non avviene e la compressione originaria dei diritti prosegue, a volte, anche per anni ed anni.

* Avvocato

2. Nel secondo caso il “*pregiudizio*” ha conseguenze ugualmente gravi, perché l’Amministrato subisce di fatto una compressione dei diritti fondamentali che non è autorizzata dalla legge: il Giudice nel decreto di nomina dell’Amministratore conferisce allo stesso specifici e limitati poteri di “*gestione*”, non di sostituzione dell’Amministratore nelle decisioni che riguardano l’Amministrato. Poteri di gestione che mai dovrebbero tradursi in una limitazione o compressione di diritti fondamentali, come invece troppo spesso avviene nella realtà. Appare quindi di chiara evidenza giuridica, anche ai non addetti ai lavori, che l’amministrazione di sostegno, così operativamente esplicantesi nella realtà, si traduce in una interdizione o inabilitazione che apparentemente e nominalmente non lo è.

D’altronde quando leggiamo nei decreti di nomina che i poteri che il Giudice conferisce all’Amministratore si spingono fino a poter decidere per l’esecuzione di operazioni chirurgiche, o consentono all’Amministratore di iniziare cause nell’interesse dell’Amministrato senza che questi ne sappia nulla, o che si comprima la volontà dell’Amministrato rispetto alle scelte e le decisioni che lo riguardano, appare di chiara evidenza che qualcosa non funziona.

Scriveva nella seconda metà del 700’ il filosofo, teologo ed illuminista Tedesco George Friedrich Meier che il “*pregiudizio*” si traduce di fatto in: “... un difetto di precipitazione dell’intelletto umano ...”. Eppure tutti siamo condizionati dai pregiudizi, con la particolarità che quando questi trovano terreno fertile in materie così delicate incidenti nella vita delle persone e dei loro diritti, la “*precipitazione*” si risolve necessariamente in uno schianto devastante per il soggetto pregiudicato dalle nostre valutazioni. Nell’intento e con il convincimento di aiutarlo, lo rinchiudiamo all’interno di un sistema di aiuto che lui vive come una gabbia, e non tolleriamo nemmeno che si lamenti, anzi

questa resistenza costituisce la prova provata che non capisce quanto lo vogliamo aiutare.

Quale dovrebbe essere allora l’atteggiamento da avere? Io suggerisco quello della capacità di accettare le originalità, le stranezze, le fragilità e le disabilità dell’altro, sempre ovviamente valutando caso per caso. Ciò che dovrebbe cambiare è cioè l’approccio ed il punto di vista con cui esaminiamo questi casi.

Quando nei convegni mi capita di parlare di questo argomento io ricordo sempre due storie vere. La prima riguarda “*l’uomo che credeva di essere di vetro*”. La seconda “*l’appassionato di fumetti*”.

Nel primo caso siamo negli anni precedenti alla legge Basaglia e la storia l’ho letta su un libro. Nel secondo caso si tratta di una vicenda che ho seguito personalmente non molti anni fa.

“*L’uomo che credeva di essere di vetro*” ha vissuto tutta la vita all’interno di un manicomio, nel terrore continuo di potersi rompere ad ogni piccolo urto, pacca sulla spalla, stretta di mano, o quant’altro, appunto perché convinto di essere fragile. “*L’uomo dei fumetti*” invece, aveva la passione dei fumetti e pur non avendo nessuna disponibilità economica spendeva quotidianamente i pochi euro che gli passava la famiglia per acquistare i suoi amati fumetti, che ovviamente conservava gelosamente. Entrambi due persone innocue per sé stessi e per gli altri, che assumevano i farmaci quando prescritti, che vivevano nel loro mondo fatto delle loro originalità, o stranezze che dir si voglia. Al di fuori di questo nostro mondo che non capivano e dal quale non erano capiti ed accettati.

Pensando a queste storie mi sono sempre chiesto perché non abbiamo fornito al primo, una casa popolare, a spese della collettività, foderando di materassi tutti i muri di casa, ed al secondo la possibilità di lavorare all’interno di una biblioteca Comunale di fumetti, sui quali sapeva tutto. Ovvia-

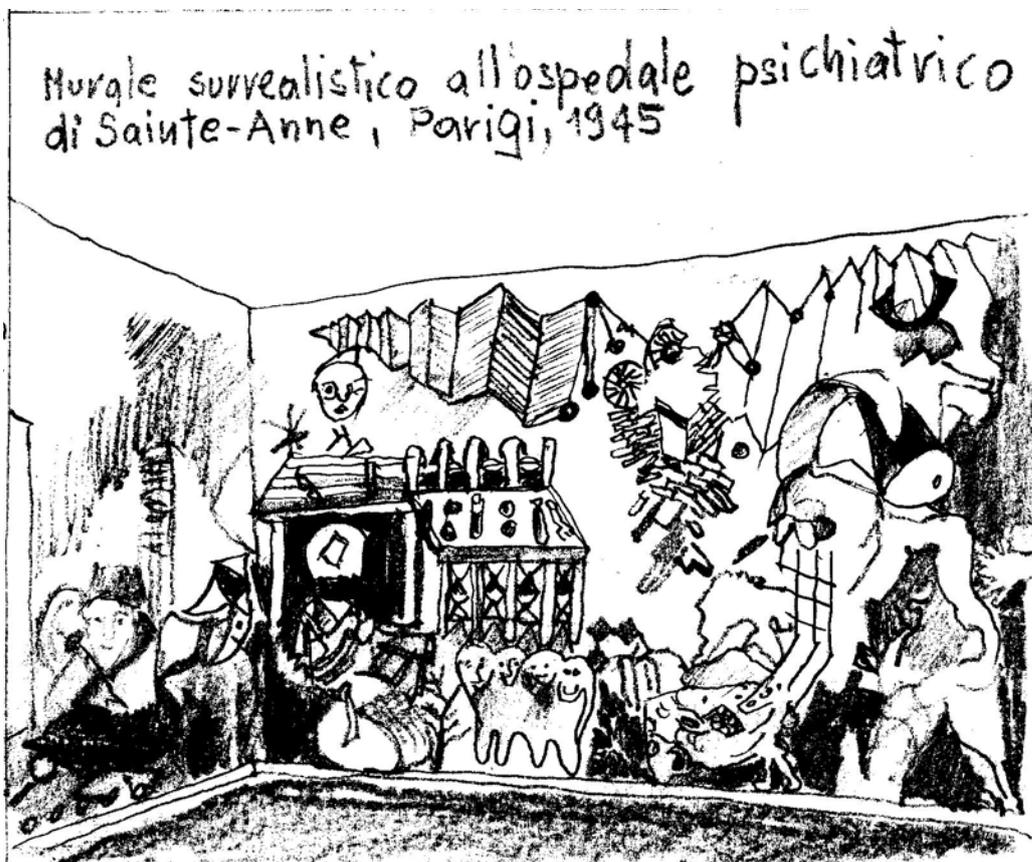
mente sempre fornendogli un supporto ed aiuto attraverso i sistemi sociali di assistenza.

Forse esagero e volutamente, ma il tema vero che voglio evidenziare è che occorre ribaltare il punto di vista. Occorre ribaltare completamente l'approccio alla soluzione di questi casi. Noi viviamo in una società che vuole necessariamente ricondurre al rispetto delle regole e dei comportamenti "ordinari" e "giusti", anche coloro che invece vivono ai margini della società o fuori della stessa, perché non la capiscono, perché sono malati, perché vivono i disagi di famiglie complicate, perché ..., perché ..., perché Ci sono tanti infiniti perché, ma qualunque possa essere questo perché, non si potrebbe pensare di cambiare "noi" il nostro punto di vista ed accettare "loro". Ovviamente sempre valutando caso per caso e sempre in

ipotesi che queste persone non possano essere pericolose per sé stessi o per gli altri. Sono convinto che in questo modo moltissime situazioni complicatissime e fatte di continui interventi dei servizi sociali, dei Medici, dei Tribunali, dei Carabinieri etc. etc. troverebbero un qualche accomodamento soddisfacente.

Loro avrebbero una qualità di vita dignitosa ed accettabile, senza essere perennemente in contrasto con questo strano mondo che gli gira intorno e che non capiscono.

Noi, rispettandoli ed accettandoli, daremmo vera applicazione al principio della maggior tutela possibile che l'ordinamento dovrebbe dare ai cittadini, e tra l'altro spenderemmo molto meno che tenerli rinchiusi in strutture che non curano nulla, ma semplicemente li segregano e nascondono agli occhi del mondo.



Diritti Senza Barriere: la voce dei malati indifesi

di Bruna BELLOTTI*

“*Diritti Senza Barriere*”, sottotitolo: la voce dei malati indifesi è un’associazione di volontario PURO, di tutela dei diritti dei malati, in particolare malati mentali gravi, anziani affetti da demenza senile e/o Alzheimer, quest’anno compie vent’anni. Non presenta progetti per ottenere finanziamenti dall’AUSL o enti locali, allo scopo di rimanere autonoma ed indipendente.

Nell’ambito della salute mentale possiamo affermare di avere tanta esperienza e conoscenza diretta sia come familiari, che come persone interessate alla problematica.

Abbiamo uno sguardo ed un coinvolgimento particolare verso i malati mentali più gravi, proprio la categoria meno seguita, possiamo affermarlo, con cognizione di causa, soprattutto noi ci riferiamo al DSM dell’AUSL bolognese. Per le persone lievemente disturbate psicologicamente è molto più facile intervenire, per le quali il servizio offre più opportunità, mentre per i malati più problematici oltre ad un **ottundimento di psicofarmaci**, di specifico, di personalizzato, di qualificato i servizi psichiatrici bolognesi altro non propongono.

Col risultato che il malato si cronicizza, salvo poi abbandonarlo al proprio destino, darlo per perso perché tanto non c’è più speranza.

Il Dottor Spivak affermò: “*non ci sono malati cronici, sono i processi, le pratiche quotidiane che rendono cronici*

i malati”. Spivak non è stato il solo, ma uno dei tanti che hanno puntato il dito **sull’assenza di una relazione empatica con il malato mentale, di ascolto di partecipazione emotiva**. Il Dottor Benedetto Saraceno, dalla Repubblica del 1.07.21, che ha diretto il Dipartimento di Salute Mentale all’OMS, afferma: “... *i farmaci sono utili, nessuno lo nega. ... Ma tutti dovrebbero capire che il **farmaco** serve a correggere un sintomo acuto quando il paziente è allucinato o delirante, ma **non risponde ai bisogni delle persone**. ... i nostri psichiatri spesso fanno fatica a capire che il **modello biochimico è insufficiente**”.*

Perciò i malati mentali, anche gravi, non hanno bisogno di un armadio di psicofarmaci, bensì di un **ingaggio terapeutico** che sia a loro di supporto in un percorso di comprensione riabilitativo.

I malati mentali gravi se non sono gestibili a domicilio, vengono collocati in residenze psichiatriche, prevalentemente condotte da cooperative, sono dei *manicomietti*.

La scelta della collocazione delle residenze psichiatriche è quella, generalmente, di ubicarle fuori dai centri abitati allo scopo di risparmiare nell’affitto e nella gestione della struttura. Alcune in aperta campagna, totalmente in contrasto con quanto prescrive la legge 180/78 recepita dalla legge 833/78 ed anche dal progetto obiettivo salute mentale.

**Diritti Senza Barriere, Bologna*

Il personale, prevalentemente, non è qualificato per affrontare patologie complesse, ad esempio **gli uditori di voci**, i quali hanno bisogno di **personale specializzato**. Le cooperative o altre società che gestiscono in appalto o convenzione residenze psichiatriche hanno un obiettivo speculativo, che mal si concilia con l'impegno per la ripresa del malato, infatti il personale oltre a non essere adeguatamente formato, cambia continuamente, con ciò viene meno la relazione terapeutica con il malato mentale, in sostanza la conditio sine qua non affinché il malato possa intraprendere un percorso di recovery, in pratica un cammino di riabilitazione psichiatrica.

Se non vi è un'adeguata formazione sul campo, come avviene abitualmente, può succedere, a volte, come è già capitato, casi molto gravi, in cui il personale non formato **provoca ai malati più danni che benefici**. Con il cambio repentino e continuo del personale diventa impossibile conoscere il vissuto del paziente, con ciò viene meno la possibilità d'instaurarsi di una relazione terapeutica.

Tutto ciò è favorito anche dall'assenza di controllo dall'AUSL.

Tutte le cooperative non sono enti di beneficenza, la qualità del servizio per la cooperativa mal si concilia con il profitto.

Da qui ne discende il trattamento che viene fornito ai malati ivi ricoverati. I servizi sanitari, tali sono anche i servizi psichiatrici, dovrebbero essere forniti direttamente dal SSN, come prevede la legge, invece con **l'esternalizzazione dei servizi sanitari** in

generale, ed ancor di più i servizi psichiatrici, è stata completamente stravolta la cura e la riabilitazione del malato.

La legge 833/78, istitutiva del SSN, tuttora vigente, prescrive che è compito del SSN occuparsi dei malati, ivi compresi i malati mentali anche gravi.

Sempre la legge 833 prescrive: prevenzione, cura e riabilitazione senza limiti di durata.

Si deve sapere che l'esternalizzazione dei servizi psichiatrici è una piaga che si è diffusa a macchia d'olio nella Regione Emilia-Romagna, non solo, anche a livello nazionale.

È diventata un'epidemia a cui è urgente porre rimedio.

La nostra pluridecennale esperienza e conoscenza ci dimostra che i soldi, che sono poi soldi dei contribuenti, nello specifico in psichiatria sono spesi molto male, con le esternalizzazioni si tratta di elargizioni di denaro pubblico alle cooperative, senza nessun reale beneficio per i malati.

Se, invece, venisse effettuata una formazione ed aggiornamenti continui, periodici, con verifiche costanti si avrebbero sicuramente dei miglioramenti nei pazienti ed una maggior soddisfazione del personale. Non secondario minor uso degli psicofarmaci con vantaggio sia alla salute complessiva del malato che anche minor spesa degli psicofarmaci.

NO alle esternalizzazioni, SI formazione continua e verifica costante, SI alla partecipazione e coinvolgimento sia dei malati che loro familiari.



L'incontro, il controtransfer, l'inter-soggettività: la vita. La mia esperienza come operatore psichiatrico

di Francesco CENTONI*

Vorrei condividere alcune aperture personali direttamente dalla mia esperienza di operatore di comunità con minori con diagnosi di autismo e psicosi. I ragazzi e le ragazze che arrivano nella comunità in cui lavoro, inviate dalla neuropsichiatria infantile territoriale, hanno spesso un riferimento genitoriale inconsistente, intrusivo, abbandonico, violento. Arrivano da noi a seguito di un ricovero ospedaliero, dopo aver interrotto la scuola e trovando nella propria stanza e nei videogiochi le soluzioni per sopravvivere. Cerchiamo di ripristinare il tempo e lo spazio, rimettere ordine e limiti, rispettandone le loro soggettività. La relazione con l'adulto e con i pari non è semplice. Sull'operatore spesso gravano passaggi all'atto, aggressioni. La gestione dei conflitti, delle crisi, della quotidianità in generale senza mezzi coercitivi meccanico-chimici ci espone a un oceano di risonanze personali ed emozioni. Come operatori usciamo con lividi nel corpo e nell'anima. Nell'incontro con la persona (paziente/utente) sperimentiamo il duro rapporto con il *Tu*, descritto da Martin Buber. C'è l'ineluttabile *alterità dell'altro* che suscita vissuti contro-transferali che costringono a un confronto con l'alterità dell'altro dentro di sé. Il confronto vero con i comportamenti folli e di tipo non difensivo ci espone all'angoscia e alla paura. Al ribrezzo e alla rabbia. Ma anche allo stupore,

all'allegria e alla curiosità. Il contatto con il cosiddetto psicotico è spesso divorante: riaccende paure primitive e ancora non emerse. Dentro un turno spesso si vivono emozioni che nel mondo esterno si proverebbero in svariati mesi. Un senso di impotenza, di rabbia, di sconforto, disgusto, di eccitazione, di vuoto, a volte di disperazione. Quella fatica che i manuali descrivono come "*burn-out*". Sentiamo tutta la fatica del loro essere (gettati) nel mondo. L'operatore diventa spesso oggetto d'odio. È facile diventare intrusivi. Tuttavia, queste persone hanno il diritto di essere loro stesse per affrontare le spinose questioni che emergono. Forse può essere chiamato transfert. E noi possiamo avere la curiosità, o la paura di incontrarli.

Viene da pensare che il linguaggio accademico-scientifico scivoli spesso sul secondo versante. La psichiatria e la psicologia si ammantano di termini giudicanti e oggettivi (*denigratori*, direbbe Ronald Laing). Le varie parole declinate in diagnosi ("*border*", "*schizoide*", "*istrionica*", etc) l'attaccamento disorganizzato, la forclusione del nome del padre, il disadattamento, la simbiosi, i complessi vari; e ancora statistiche, spiegazioni causalistiche e totalizzanti. Parole che possono pur andare bene, utilizzate all'interno di un contesto tecnico, eppure, pian piano è come se ci fossimo accontentati di questo linguaggio e

*Operatore di Comunità Psichiatrica

dimenticati delle parole che parlano dell'umano senza sovra-strutture teoriche. Stiamo abbandonando parole vicine forse ad altri linguaggi, come quelli che possono restituire senso e significato all'umanità perduta (non per sempre), congelata, che diventa la propria alienazione, ovvero il modo per difendersi dal mondo e dagli altri e al contempo un diventare estranei a sé stessi.

Cos'è un incontro (un vero incontro) fra due persone se non un confronto-scontro fra corpi? Lo sguardo, il sorriso imbarazzato, il silenzio, la postura, la tonalità della voce. Potersi domandare: sono stato toccato dal paziente? come ho occupato lo spazio? come l'ho toccato e come si è sentito toccare da me questa persona? perché l'ho voluto prevaricare? Perché ho balbettato? Perché non sapevo cosa dire? che vie ho aperto perché il paziente accettasse la mia presenza e quali barriere ho messo perché lui si rifiutasse? con le persone, possiamo sbagliare, veniamo feriti e feriamo. Rompiamo e ripariamo. Ci diamo questa possibilità anche con i cosiddetti pazienti? Abbiamo maturato abbastanza capacità di autocritica? Non sono casuali le reciproche reazioni nate da questo incontro. Nell'incontro non si resta estranei alla situazione che viene a crearsi. Siamo implicati. *“ci sono pazienti che sono aggressivi con alcuni operatori e mai con altri; pazienti che delirano con alcuni e mai con altri”*, scrive Borgna. Il contatto con ciò che è problematico, con ciò che è bizzarro, con ciò che è diverso ci mette a nudo nelle nostre emozioni più vere, più insopportabili, più dure da accettare. Siamo così bravi a stare sulle disfunzioni dei pazienti che ci dimentichiamo di noi stessi e dell'effetto che facciamo ai cosiddetti pazienti. E siamo poco attenti a cercare di comprendere su cosa non funzioniamo noi. La vergogna ci fa distogliere lo sguardo da noi stessi e l'ansia ci angoscia. Se avessimo abbastanza coraggio da farci mettere in crisi, scopriremmo che non siamo

soltanto quell'Io che pensavamo di essere. Diceva Nietzsche: *“per essere padrone di me stesso debbo farmi trovare impreparato di fronte ciò che mi accade”*.

All'alba dei miei 26 anni, cominciando l'esperienza comunitaria ho avuto l'ansia di entrare in turno per più di un anno. L'orrore che mi dava quella paziente con una diagnosi di schizofrenia e l'ansia di non riuscire a calmarla; la paura delle botte di quella paziente con diagnosi di autismo; il mutacismo di quel paziente con diagnosi di disturbo paranoico, come essere messo in un angolo al gelo in cui nessuno sguardo, nessuna parola può essere incontrata. Alcuni dicono che lo psicotico sia senza pelle. Una parola proferita a un tono di voce normale può uscire come un megafono, una mano appoggiata sulla spalla può lasciare un'ustione. E soprattutto la persona sente subito come ci sentiamo. Eugene Minkowski e Franco Basaglia quando parlavano dell'incontro ce lo descrivevano come situazione pre-riflessiva, in cui accade quello che accade, come esito di un contatto affettivo fra atmosfere e corpi viventi, pulsanti. Come situazione non addomesticabile. La psicosi fa paura. La follia (?), acuta, viva, attiva, non latente ci angoscia. Di questo si sente parlare poco all'Università, attenta nel suo discorso formativo all'accuratezza dell'aver la risposta giusta, del capire bene, dell'inquadrare bene, di impostare bene una farmacoterapia e il setting. Eppure, *“la capacità che ho di sintonizzarmi col paziente ha poco a che fare con il ruolo che occupo, ma molto con la vita che ho fatto, con le esperienze di vita che ho fatto, con il tipo di sicurezza che mi porto dietro”*, ci ricorda lo psichiatra Giorgio Ferlini.

Eugenio Borgna scrive: *“Non si parla se non della violenza, rarissima dei pazienti e mai della propria, che è frequentissima. [...] non c'è solo la violenza delle contenzioni. C'è la violenza dell'indifferenza e della rassegnazione. Non sempre si ascoltano*

i pazienti (ci vuole molto tempo per questo), non sempre si analizzano i modi di essere delle emozioni deformate e incendiate, dell'angoscia e della disperazione della tristezza e della gaiezza patologica. Non sempre si tiene conto della influenza semantica e del valore delle parole che possono attenuare o invece accrescere la condizione di sofferenza, non sempre si rispetta la dignità dei pazienti che così facilmente frantumabile dalla fretta e dall'impazienza, dall'ansia e dalla perdita di speranza. Sono questi i modelli anti-terapeutici di condotta terapeutica che tendono fatalmente a spegnere la dimensione relazionale della cura" [e che ci fanno scivolare verso forme di custodia e violenza, ndr]. Le forme di coercizione possono essere lette come difesa dall'angoscia e dalla fatica? Come un modo per non incontrare il cosiddetto folle? La coercizione come protocollo da eseguire per declinare, delegare, disconoscere la propria soggettività? La benzodiazepina che placa la nostra angoscia? Un modo per non essere coinvolti? Per non uscire dalle logiche fagocitanti dell'Istituzione per cui lavoriamo?

Si ha come l'intuizione che le costruzioni teoriche, le elencazioni cliniche l'atteggiamento teso alla asimmetria ci gettino nel pantano dell'ideale, del perfezionismo, della conferma del potere e della neutralità e che gettino un'ombra su ciò che alla base della vita. Potremmo fare la "follia" di mettere da parte una presa di sapere sul paziente, nell'incontro sia esso psicoterapico, di reparto ospedaliero, comunitario. "La persona ci perdonerà la nostra mancanza di sapere se prenderemo sul serio il suo essere uomo", ci ricorda Gaetano Benedetti. Per non attardarmi troppo vorrei por-

tarvi una poesia della poetessa Wislawa Szymborska:

Nulla due volte accade
né accadrà.
Per tal ragione si nasce
senza esperienza,
si muore senza assuefazione.

Anche agli alunni più ottusi
della scuola del pianeta
di ripeter non è dato
le stagioni del passato.

Non c'è giorno che ritorni,
non due notti uguali uguali,
né due baci somiglianti,
né due sguardi tali e quali.

[...]

Perché tu, malvagia ora,
dài paura e incertezza?
Ci sei – perciò devi passare.
Passerai – e qui sta la bellezza.
Cercheremo un'armonia,
sorridenti, fra le braccia,
anche se siamo diversi
come due gocce d'acqua.

Ogni incontro o è assoluto, o non è un incontro, ricorda lo psichiatra Gilberto Di Petta. Nulla due volte accade né accadrà. Se scopriremmo o riscopriremmo anche una clinica della tenerezza e dell'empatia, ci accorgeremmo che siamo fatti della stessa pasta, delle stesse carni anche se tuttavia non le stesse; *anche se siamo diversi come due gocce d'acqua*; all'apparenza così diversi, così distanti, così inavvicinabili, incomprensibili. Soffriamo e gioiamo delle stesse cose umane. Occorre *solamente* incontrarci, in uno spazio sacro a cui nessuno può accedere semplicemente con gli occhi e a cui nessuno può accedere da solo.



La nonviolenza come apertura all'altro nei contesti di cura

di Elena BUCCOLIERO*

“È nell'accettazione passiva del carattere naturale delle condizioni di vita degli uomini, che la medicina muove i primi passi e consolida la natura del suo intervento.”

Giulio Alfredo Maccacaro

Sono tanti e profondi i legami tra il Movimento Nonviolento – di cui faccio parte da quasi 25 anni – e Medicina Democratica, ed è a questo titolo che cercherò di dare un contributo al dibattito segnalando da subito che non lavoro nel settore della psichiatria e ne ho esperienze del tutto marginali, per avere condotto negli anni e con grande piacere alcuni laboratori di scrittura collettiva in questo settore. Ho grande rispetto per il lavoro di chi si muove professionalmente in questo ambito e non proverò neppure a dare delle ricette. Mi limiterò a mettere in rilievo i punti di congiunzione che vedo tra le nostre matrici culturali e a richiamare alcuni temi che mi paiono richiedere maggiore attenzione, proprio nel senso di una riduzione della violenza esistente, sia essa diretta o istituzionale. Per prepararmi a questo ho svolto qualche intervista ad amici del Movimento Nonviolento con competenze maggiori delle mie, maturate in anni pregressi o nell'attualità, e ad altri che lavorano nel settore della salute mentale, proprio per raccogliere le idee. Il primo aggancio lo ritrovo in Aldo Capitini, il fondatore del Movimento Nonviolento e colui che per primo portò il pensiero, gli scritti, la pratica

di Gandhi in Italia. Di Aldo Capitini si dovrebbe dire molto, provo a indicarlo come antifascista, filosofo, poeta, pedagogista, attivissimo per la nonviolenza. In genere viene ricordato come promotore della prima Marcia per la pace e la fratellanza tra i popoli da Perugia ad Assisi, nel 1961. Molti suoi scritti si trovano in rete.

Già nel 1945, con la liberazione dal fascismo e la fine della guerra, Aldo Capitini formulò una proposta politica che ebbe qualche sperimentazione importante in diverse città italiane, al primo posto Perugia, dove viveva, e Ferrara, la mia città, grazie a un giovane infaticabile che con lui collaborava, Silvano Balboni. Si trattava dei Centri di Orientamento Sociale, luoghi aperti al dibattito sui problemi più sentiti dalle persone, concepiti come aggiunta alla democrazia che nel frattempo ricominciava a respirare. Nei C.O.S. il motto era *“ascoltare e parlare, non l'uno senza l'altro”* perché, affermava ancora Aldo Capitini, *“chi può parlare ascolta più profondamente”*. Luoghi dove donne e uomini partecipavano insieme – non è cosa di poco conto se pensiamo che ancora le donne non avevano il diritto di voto – così come esponenti di ideologie, par-

**Aderisce al Movimento Nonviolento, è sociologa e counselor*

titi e religioni diverse in una fase in cui le separazioni erano nettissime e i dolori della guerra non potevano che accentuarle; luoghi dove persone che avevano studiato e altre che non avevano potuto farlo mettevano in comune problemi e proposte per informarsi, formarsi, cercare soluzioni comuni. Perché ricordare tutto questo? Perché Aldo Capitini insisteva affinché i C.O.S. nascessero in ogni città, in ogni quartiere, in ogni parrocchia... e anche nei manicomi – questo erano allora – come nelle carceri. Una spinta al riconoscimento reciproco, a mettere in comune i problemi oltre gli steccati delle appartenenze professionali o

dale psichiatrico prima ancora della Legge del '78. Quella esperienza è rimasta centrale nella sua formazione. Ascoltandone il ricordo mi colpiscono le condizioni che a detta di Daniele l'hanno resa possibile, le stesse che probabilmente sono necessarie per qualsiasi rivoluzione nonviolenta: consapevolezza profonda personale e collettiva, corallità, capacità di procedere mossi da una tensione ideale ma per piccoli passi assumendosi personalmente qualche rischio e qualche sacrificio, tenacia, coesione e fiducia tra compagni di strada, presenza di un programma costruttivo, pazienza nell'affrontare via via le eccezioni e le



delle certificazioni di malattia. Fu uno stimolo al dialogo che ebbe bisogno di diversi decenni per essere attuato. Dal 1978 molti obiettori di coscienza (il riconoscimento dell'obiezione è di poco precedente: 1972) servirono la patria senza divisa nei primi servizi che vennero costituiti dopo la Legge Basaglia e che sostituirono gli ospedali psichiatrici. Uno dei fondatori del Movimento e collaboratori di Aldo Capitini, Daniele Lugli, a Ferrara con Slavich ebbe un ruolo molto attivo. Giovane funzionario allora nell'Amministrazione Provinciale cui era attribuita la competenza, rese possibili sul piano amministrativo – e cioè in concreto – sperimentazioni che richiedevano visione e coraggio e portarono al progressivo svuotamento dell'ospe-

critiche che inevitabilmente emergono accettando anche di “*passare per matti*”!

Mi sono chiesta più volte, assieme a lui, se un processo di liberazione dalla violenza manicomiale sarebbe ugualmente possibile oggi. Abbiamo il timore che la risposta non sia positiva. Frequentando il Movimento Nonviolento, da Johan Galtung (1) ho imparato che ogni conflitto sociale si esprime in modi visibili e spesso violenti ma ha alla base elementi culturali e strutturali, laddove i primi legittimano i secondi. Elementi strutturali sono le disparità, le ingiustizie, le disuguaglianze, le differenze di opportunità; elementi culturali sono l'insieme di convinzioni, messaggi educativi, interventi politici e mediatici... che

concorrono ad occultare i precedenti strutturali o quantomeno a farceli considerare giusti, inevitabili, comunque legittimi. Qualcosa da prendere così com'è. Qualcosa di immutabile a cui adattarsi. Finché gli elementi culturali reggono, il conflitto può rimanere implicito perché le contraddizioni strutturali non sono riconosciute come tali. Solo una diversa visione può indicarle, e occorre allora attraversare il conflitto – è poi una scelta farlo in modo nonviolento oppure no – per giungere a un diverso equilibrio. Perciò lo stesso Capitini sosteneva che “*la nonviolenza è lotta*”, contrastando un sospetto di passività o di mollezza che riscontriamo ancora oggi nel discorso comune.

Ogni epoca ha i propri nodi da sciogliere e propone elementi culturali e strutturali differenti. Certo la psichiatria di oggi si muove in un contesto profondamente diverso da quello degli anni Settanta e anche le domande sociali che le vengono rivolte sono cambiate. Proprio in quanto – accompagnando singole vite difficili – ha a che fare con ciò che residua rispetto un certo tipo di pensiero dominante, può ancora essere luogo di critica sociale.

Elementi culturali e strutturali però sono insiti nella psichiatria stessa come in ogni struttura sociale. Allenarsi a riconoscerli può essere un esercizio utile per un'analisi che sostenga un'azione di miglioramento anche al suo interno.

Ho ricordato poc'anzi che tanti obiettori di coscienza subito dopo la Legge 180/78 prestarono servizio in questo settore, ma lo stesso atteggiamento di Franco Basaglia che, giovane ispettore capo dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, sceglie di non apporre la sua firma sul registro dei provvedimenti di contenzione non è forse un'obiezione di coscienza? Non a una legge specifica forse, ma a una prassi consolidata, a una pratica terapeutica ritenuta normale e necessaria.

Scriveva Capitini che il rifiuto della guerra è il presupposto necessario af-

finché si colgano nuove opportunità. Possiamo, credo, ampliare il discorso alla violenza nel suo insieme. Riconoscerla ed escluderla – per quanto ci è possibile – dal novero delle possibilità è una condizione richiesta ma anche liberante nella misura in cui restituisce al nostro sguardo la possibilità di spaziare, di non pensarsi costretto in una via a senso unico.

L'obiezione di coscienza è allora l'inizio di una ricerca. L'istante in cui viene formulata segna uno stacco tra il prima e il dopo. Se può essere condivisa con altri, o anche semplicemente conosciuta da altri che pure non la condividono o non la sostengono,



spinge la propria domanda di giustizia oltre la sfera individuale e innesca una possibilità di cambiamento.

Ho chiesto ad amici e amiche della nonviolenza, e miei, che operano in psichiatria in che modo affrontano il loro lavoro. Mi hanno parlato di propensione alla ricerca personale, apertura all'altro, coscienza della propria fallibilità, centratura sulla relazione.

“*La nonviolenza è apertura all'esistenza, alla libertà, allo sviluppo del vivente*”, scrive Aldo Capitini, e ancora: “*La mia nascita è quando dico un Tu*”. Non è ingenuo domandarsi quale “*Tu*” sia possibile rivolgere a chi porta con sé la sofferenza della mente e, peraltro, a chi proprio in ragione di tale sofferenza può essere condizionato nel rivolgere il “*tu*” all'altro, cominciando

da coloro che se ne prendono cura. Diversi elementi culturali e strutturali ho visto negli spicchi di intervento terapeutico e sociale che ho avvicinato a vario titolo negli ultimi decenni. Mi limito ad alcuni temi.

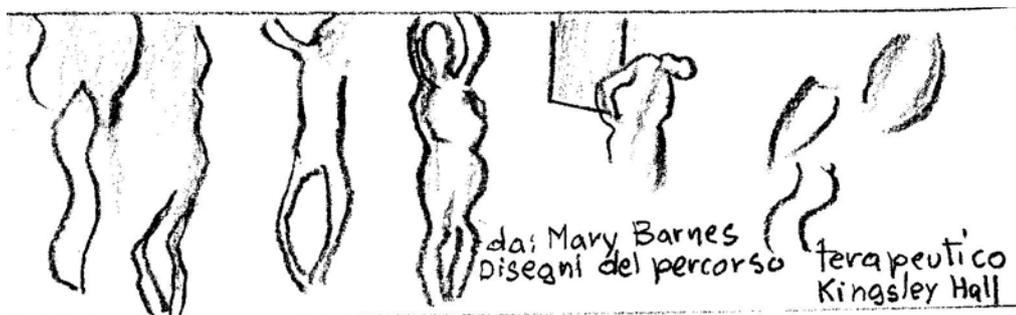
Il primo è l'intreccio tra disagio mentale e dipendenza da sostanze. La realtà che conosco meglio è quella emiliano-romagnola che certo non è un fanalino di coda nel panorama nazionale, ma non ho paura di dire che i punti di congiunzione tra settori o tra fasce di intervento sono sempre molto delicati, a volte mal presidiati, e questo è tra quelli che avrebbero bisogno di maggiore cura. Allo stesso modo potrei parlare del passaggio di presa in carico degli stessi ragazzi tra neuropsichiatria infantile e servizi per adulti dopo la maggiore età, o di intervento con persone e famiglie di altre cittadinanze per le quali occorrono competenze certo linguistiche ma soprattutto culturali, e che tengano conto del portato traumatico appena immaginabile legato alle migrazioni in sé, ma accentuate quando si attraversano detenzioni, torture, lavori forzati, stupri, viaggi di spavento. Anche per i minorenni soli che arrivano nelle nostre città, la richiesta di farsi autonomi alla maggiore età (e non intorno alla trentina come i coetanei italiani) pur partendo da una condizione di maggiore svantaggio è spesso accompagnata, nelle realtà che conosco, da una presa in carico insufficiente sotto il profilo psicologico e, quando occorre, psichiatrico, se non altro per favorire la rielaborazione dei traumi e le separazioni che quei ragazzi che portano con sé.

Ancora a elementi strutturali (ma poi anche culturali) penso quando incontro una frequente carenza di risorse nei settori della salute mentale dedicati ai

più giovani. È comune nella mia regione, e forse anche altrove, che i tempi di attesa per un bambino maltrattato o per un adolescente con comportamenti autolesionisti durino mesi, ed è presente il rischio che ancora una volta le competenze nel trattamento del trauma siano parziali. Le segnalazioni tardive dei tradimenti all'infanzia, o l'insufficienza delle cure, o le segnalazioni mancate mi sembra preludano a probabili problematiche ulteriori e più profonde che sfoceranno poi in adolescenza, quando saranno meno contenibili e meno trattabili; amici operatori della tutela minorile mi dicono di come investire nel legame familiare a ogni costo, anche quando è francamente disfunzionale e dannoso, non faccia che produrre maggiori psicopatologie qualche anno più avanti. L'ultimo pensiero lo dedico alle famiglie dei pazienti con disturbi psicologici e psichiatrici. Sui familiari vedo ricadere un carico sovrabbondante e ingiusto, che rischia di far rimpiangere tempi in cui il contenimento del disagio era istituzionalizzato. Questo non deve essere, ma la vitalità della cura deve essere sostenuta, davvero, ridando corpo e anima ai servizi territoriali e irrobustendo la loro capacità di lavoro comunitario, per una presa in carico capace di incidere sì, sulla malattia, ma anche su tutto ciò che la accompagna e sulle persone che ne sono coinvolte.

Note

1. Johan Galtung, sociologo e matematico norvegese fondatore del Peace Research Institute di Oslo (PRIO) e direttore della rete "Transcend International: A peace and development network", è uno dei maggiori studiosi della gestione nonviolenta dei conflitti.



La valutazione degli effetti degli psicofarmaci tra ricerca e pratica

di Angelo BARBATO*

Nel 1995 lo psichiatra inglese David Healy effettuò una serie di interviste a pionieri della ricerca in psicofarmacologia, successivamente raccolte in un volume (Healy, 2001). Tra gli intervistati vi era Silvio Garattini, che rievocò la sua partecipazione al primo congresso internazionale di psicofarmacologia nel 1957. Garattini ricordava l'atmosfera di entusiasmo che pervadeva il congresso e la convinzione dei partecipanti di vivere un momento rivoluzionario in cui si stavano aprendo nuove strade per la ricerca scientifica e la pratica terapeutica nel campo della psichiatria, che si sarebbe finalmente emendata dal suo status di disciplina di serie B, raggiungendo gli standard delle altre specialità mediche. Più di vent'anni dopo però lo stesso Garattini, in un articolo in cui rivedeva il percorso della psicofarmacologia nell'ultimo trentennio (Garattini, 2008), concludeva non senza una certa amarezza che le promesse di allora non si erano concretizzate, il bilancio critico dei risultati terapeutici degli psicofarmaci disponibili era deludente, non c'erano state vere innovazioni in psicofarmacologia dopo gli anni '60 e poco di significativo era stato prodotto dal punto di vista scientifico, in quanto le innovazioni presentate erano state trainate più dalle esigenze di mercato che dai dati della ricerca, determinando nei medici prescrittori un irragionevole spostamento delle preferenze verso farmaci nuovi

e più costosi, senza alcun vantaggio per la salute dei pazienti. Egli infine auspicava, da parte della comunità scientifica, una spinta verso l'individuazione di farmaci con nuovi meccanismi d'azione, anziché di farmaci più o meno simili a quelli già disponibili, suscettibili di generare false illusioni di novità.

Considerazioni simili apparvero successivamente nel giro di qualche anno sulle più autorevoli riviste di psichiatria. Nel 2011 il direttore del *British Journal of Psychiatry* Tyrer scriveva in un editoriale che era venuto ormai il tempo di ratificare la fine della rivoluzione rappresentata dall'introduzione degli psicofarmaci per la cura delle psicosi iniziata nel 1952 con la clorpromazina, notando che gli anni '60 e '70 erano stati caratterizzati da un grande ottimismo sulle potenzialità dei farmaci in psichiatria, ma nessuno degli ottimisti di allora avrebbe potuto immaginare che qualche decennio sarebbe stata messa in discussione l'indicazione dei farmaci antipsicotici come trattamento di prima scelta per le psicosi (Tyrer, 2011).

L'anno successivo *Schizophrenia Bulletin* ospitava un articolo di Fibiger, dirigente del programma di ricerca in neuroscienze dell'azienda farmaceutica Eli Lilly, che aggiungeva a questi argomenti il punto di vista dell'industria farmaceutica. Egli ricordava che le scoperte degli antipsicotici, delle benzodiazepine e degli antidepressivi

*Dipartimento di Politiche per la Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri Milano

vi erano state casuali e la psicofarmacologia si trovava in grave crisi. Era chiaro, a suo parere, che un grande esperimento era fallito: nonostante decenni di ricerche e miliardi di dollari investiti, da molti anni non un solo farmaco con nuovo meccanismo d'azione aveva raggiunto il mercato della psichiatria. D'altronde, dato che non era stato individuato un substrato biologico coerente per sindromi così eterogenee come la schizofrenia e la depressione, non era sorprendente che la ricerca avesse fallito nell'individuare specifici bersagli molecolari utili per lo sviluppo di terapie basate su meccanismi d'azione con precisi fondamenti empirici. Il riconoscimento di questa realtà, aggiungeva Fibiger, aveva già avuto profonde conseguenze sulla psicofarmacologia, inducendo quasi tutte le maggiori industrie farmaceutiche a ridurre o abbandonare la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci (Fibiger, 2012).

Trascorrono due anni e alla schiera degli scettici si aggiungeva il *Journal of Clinical Psychopharmacology*, che pubblica con grande risalto un intervento dello psichiatra De Leon, del Mental Health Research Center dell'Università del Kentucky, che metteva in luce i paradossi dell'uso degli psicofarmaci nella psichiatria nordamericana. Per la psicofarmacologia De Leon preannunciava un futuro tetro, caratterizzato dall'eccesso di trattamenti inutili per i disturbi mentali minori e da terapie inefficaci per i disturbi mentali gravi. Di questo secondo lui gli psichiatri nordamericani non sembravano rendersene conto, senza accorgersi che gli investimenti nella ricerca in psicofarmacologia declinavano, mentre essi si baloccavano con le nuove edizioni del DSM (De Leon, 2014).

In realtà nel corso degli anni diversi eventi si sono intrecciati determinando la sfiducia non solo dell'industria ma anche di una parte della comunità scientifica dell'industria farmaceutica per le prospettive della ricerca farmacologica nel campo della psichiatria.

Eccone un elenco:

1. I risultati dubbi o negativi di grandi e costosi studi sull'efficacia dei farmaci nel contesto reale, come l'MTA per l'ADHD, lo STAR-D per la depressione maggiore, il CATIE per la schizofrenia e lo STEP-BD per i disturbi bipolari.

2. L'identificazione di rilevanti limiti nel disegno e nella metodologia degli studi clinici in psicofarmacologia.

3. I risultati di una serie di revisioni sistematiche e metanalisi che hanno sintetizzato con una metodologia rigorosa i dati delle ricerche cliniche sui farmaci antidepressivi e antipsicotici, concludendo che rispetto al placebo gli effetti sono relativamente modesti sul miglioramento dei sintomi per le terapie nelle situazioni acute e assai dubbi per i trattamenti a lungo termine.

4. L'evidenza crescente che nella depressione i farmaci mediamente non offrono benefici rispetto alle terapie psicologiche, che sono peraltro preferite dagli utenti, quando hanno una possibilità di scelta, e hanno pochi effetti collaterali.

5. La crescente consapevolezza dei gravi effetti avversi associati alle terapie farmacologiche di lunga durata in psichiatria.

6. Lo sconcerto dell'opinione pubblica di fronte alla documentazione di rilevanti conflitti di interesse che influenzano la validità dei risultati delle ricerche in psicofarmacologia.

7. Le elevate sanzioni economiche subite da molte aziende farmaceutiche per attività illegali connesse alla promozione sul mercato degli psicofarmaci.

Da quando i primi allarmi sono stati sollevati più di dieci anni fa le cose non sono cambiate, anzi le riflessioni critiche si sono fatte semmai più approfondite, anche se negli ultimi tempi l'industria ha cercato di riprendere la ricerca di novità, rivolgendosi però a riproporre l'uso alternativo di molecole già note da tempo e in precedenza abbandonate, come i farmaci psichedelici (Silberner, 2022).

Tenendo conto dei limiti intrinseci degli studi, i dati sull'efficacia degli

psicofarmaci, considerando gli antipsicotici e agli antidepressivi, sono riportati nelle Figura 1 e Tabella 1, che evidenziano quanto precedentemente indicato nel punto 3.

Passando dall'efficacia alla tollerabilità, per gli antipsicotici alcuni problemi sono ben noti e riguardano la compromissione di aspetti del metabolismo

dei lipidi e dei glucidi, l'aumento di peso, soprattutto con alcuni farmaci di nuova generazione (Stogios et al, 2022). Altri invece sono stati messi in luce di recente, come il rischio di malattie neurodegenerative, con riduzione del volume cerebrale e ampliamento degli spazi ventricolari (Turkheimer et al, 2020) e la correlazione tra dosag-

Figura 1. Tassi di risposta sui sintomi psicotici acuti. Confronto tra antipsicotici e placebo.

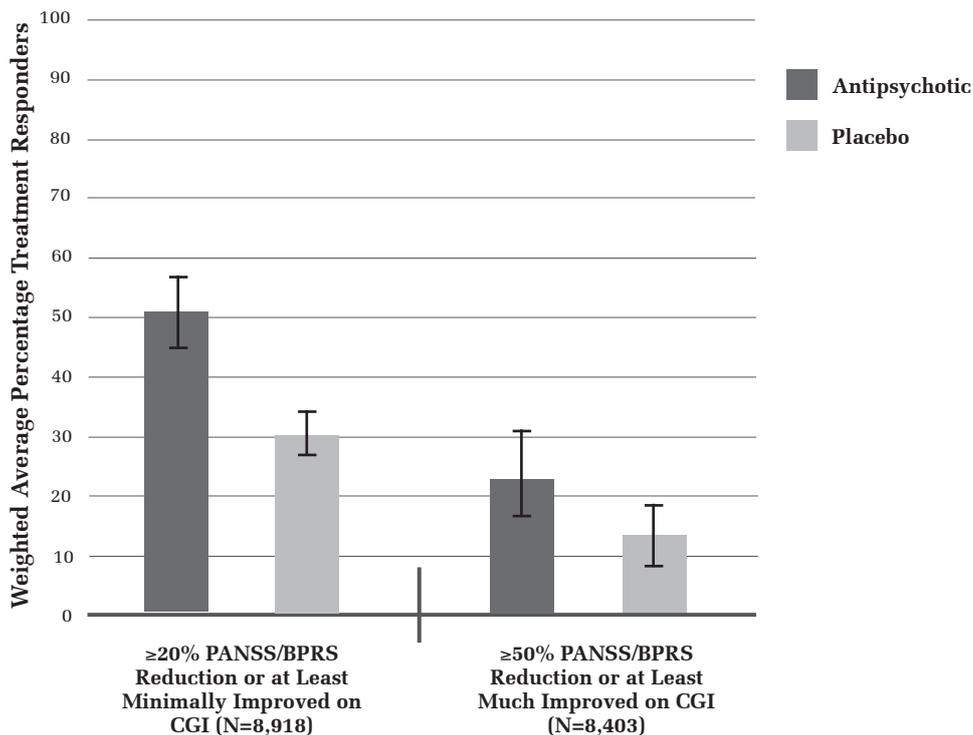


Tabella 2. Confronto tra SSRI e placebo nella depressione. Revisione sistematica e meta-analisi (131 studi, 27.422 casi)

SSRI-Placebo difference in reduction of depressive symptoms in points of the Hamilton Depression Rating Scale	-1.94 (-2.50 to -1.37)	
Remission of depression rate	SSRI: 35.3	Placebo: 25.5%
RR of non-remission SSRI versus Placebo	0.88 (0.84 to 0.91)	
Serious adverse events rate	SSRI: 2.7%	Placebo: 2.1%
Sexual dysfunction rate	SSRI: 13.4%	Placebo: 4.1%
Drug-Placebo difference in different SSRIs range	-1.42 to -3.30	

Jakobsen et al, BMC Psychiatry 2017

gio cumulativo, esposizione prolungata e mortalità (Ralph e Espinet, 2018). Per gli antidepressivi va segnalato che determinano in percentuali di casi non trascurabili disfunzioni sessuali, non di rado persistenti (Moncrieff, 2020) e la loro interruzione può indurre sintomi di astinenza che ne rendono difficile la sospensione (Davies e Read, 2018).

La Tabella 2 documenta le multe che le maggiori aziende farmaceutiche hanno subito negli USA per compor-

tamenti illegali nella promozione e commercializzazioni di vari psicofarmaci, e la Tabella 3 l'entità dei compensi economici ricevuti dagli psichiatri nordamericani da parte delle industrie, che esemplifica in maniera chiara i conflitti di interesse che affliggono la ricerca in psicofarmacologia. Ciò detto, dobbiamo però concordare con quanto affermato recentemente in una documentata ricostruzione della storia della psicofarmacologia (Braslow e Marder, 2019). Se il bilan-

Tabella 2. Industrie farmaceutiche multate negli USA.

Anno	Azienda	Importo	Motivazione	Prodotto
2007	BMS	\$ 515 milioni	corruzione, frode, promozione illegale	Aripiprazolo
2009	Eli Lilly	\$ 1,4 miliardi	promozione dell'uso <i>off-label</i>	Olanzapina
2009	Pfizer	\$ 301 milioni	promozione dell'uso <i>off-label</i>	Ziprasidone
2010	Astra-Zeneca	\$ 520 milioni	<i>ghostwriting</i> e promozione dell'uso <i>off-label</i>	Quetiapina
2012	Glaxo Smith Kline	\$ 1 miliardo	corruzione e promozione illegale	Paroxetina
2013	Johnson & Johnson	\$ 1,4 miliardi	promozione dell'uso <i>off-label</i>	Risperidone e Paliperidone
2016	Bristol-Myers-Squibb	\$ 20 milioni	promozione dell'uso <i>off-label</i>	Aripiprazolo

Tabella 3. Rapporti economici tra psichiatri e industrie farmaceutiche.

Pagamenti ricevuti negli USA da psichiatri da parte di aziende farmaceutiche (2016-2017)			
	Hanno ricevuto ≤20.000 \$	Hanno ricevuto >20.000 \$	Totale
N. (%)	25.681 (97,2)	741 (2,8)	26.442
Somma totale	\$ 19.252.000	\$ 91.261.000	\$ 110.513.000
Somma mediana (IQR)	\$ 180 (56-657)	\$ 60.726 (32.845-136.384)	\$ 194 (59-751)

Rhee e Wilkinsom, *Adm Policy Ment Health* 2020

cio di settant'anni è abbastanza deludente dal punto di vista scientifico e le promesse più ambiziose di trovare cure biologiche dei disturbi mentali nell'ambito di un modello biomedico non sono state mantenute, sono però innegabili due aspetti importanti: il primo è la profonda influenza che la psicofarmacologia ha esercitato sui modelli interpretativi dei disturbi mentali e la pratica di gran parte dei professionisti nel campo della salute mentale, il secondo è il successo di mercato testimoniato dalle prescrizioni e dal consumo di psicofarmaci, che non sembra finora siano stati scossi dalle critiche e dai consistenti dubbi che abbiamo citato. Si può dire, come è stato osservato, che il marketing ha sconfitto nettamente l'evidenza scientifica (Spielmans, 2015).

Una recente rassegna sull'evoluzione delle vendite degli psicofarmaci in quasi tutti i paesi del mondo indica che le vendite di tutti gli psicofarmaci sommati insieme dal 2008 al 2019 sono passate da 28,5 DDD (dosi medie giornaliere) su 10.000 abitanti a 34,8, con un aumento annuo del 4%. (Brauer et al 2021). L'incremento in assoluto è stato maggiore tra i paesi ad alto reddito, ma si è verificato in misura crescente ed è stato più rilevante in termini relativi nei paesi a medio e basso reddito. Alcuni di questi, come Brasile, Libano e Tunisia, hanno registrato incrementi notevoli. Su 65 stati che hanno fornito dati solo cinque (Giordania, Venezuela, Belgio, Svizzera e Giappone) hanno registrato una riduzione dell'uso. Siamo pertanto di fronte a un paradosso: nonostante gli ammonimenti, gli inviti alla prudenza e i rilievi critici sulle evidenze disponibili riguardanti l'impatto dei farmaci sul decorso dei disturbi mentali, la curva ascendente dei consumi prosegue.

Vi sono notevoli differenze tra le vendite nelle varie nazioni, i cui motivi non sono chiari, ma il dato più rilevante è che nei paesi con un consumo più ampio di psicofarmaci, cioè Canada, USA, Australia ed Europa occidenta-

le, la prevalenza d'uso raggiunge o supera ormai il 15% della popolazione. La tendenza all'espansione è trainata prevalentemente dagli antidepressivi, con un allargamento delle somministrazioni alle fasce di età più estreme, un incremento della durata dei trattamenti, un aumento delle prescrizioni off-label, cioè non autorizzate dalle indicazioni per cui il farmaco è stato immesso sul mercato (Hefner et al, 2022; McCrea et al, 2016). Infine, i trattamenti vengono erogati in misura sempre maggiore nel contesto delle cure primarie, piuttosto che nel settore specialistico (Kroenke, 2008).

I dati di consumo degli antidepressivi a livello internazionale, riportati per i paesi appartenenti all'OCSE nella Figura 2, mostrano che si tratta ormai di un fenomeno di massa, che sta suscitando allarmi sempre più consistenti per le sue conseguenze in termini di salute pubblica (Kendrick, 2021).

Sebbene con quantità minori rispetto agli antidepressivi, anche l'incremento del ricorso agli antipsicotici non va trascurato, considerando le indicazioni diagnostiche più ristrette e i rischi maggiori derivanti dagli effetti avversi associati all'uso prolungato.

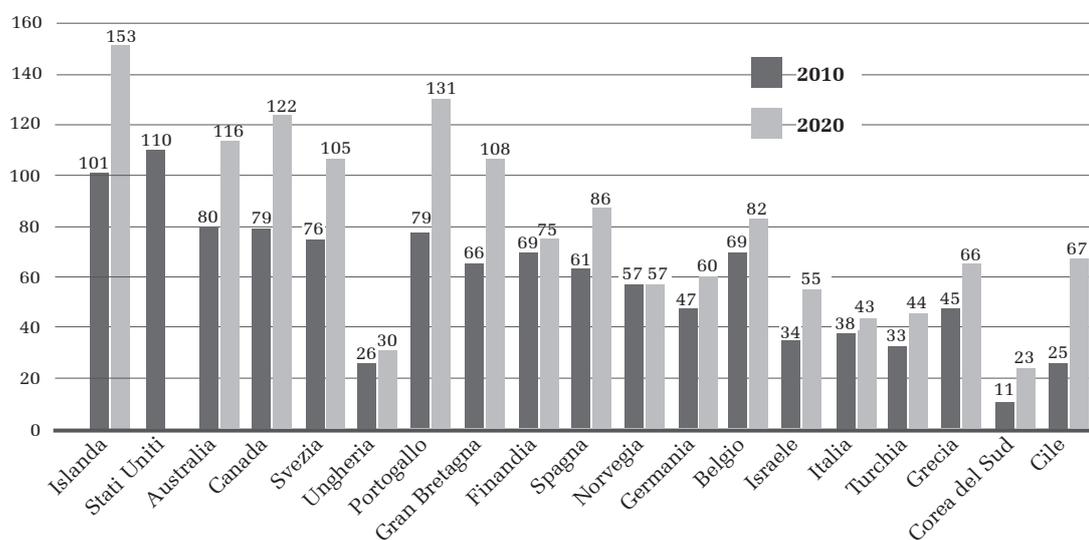
I dati italiani sull'evoluzione negli ultimi anni delle vendite per le tre classi principali di psicofarmaci, indicati nella Figura 3, confermano la tendenza già illustrata a livello internazionale. Riguardo specificamente gli antidepressivi la tendenza degli ultimi venti anni mostrata nella Figura 4 indica un aumento continuo e costante, che ha portato al raddoppio dei consumi, anche se rimangono a un livello più basso di tutti i paesi europei, lasciando quindi un certo spazio a interventi correttivi.

Benché le determinanti di uso degli psicofarmaci siano molteplici e comprendano sicuramente fattori sociali che vanno al di là delle pratiche prescrittive, non c'è dubbio che la persistente egemonia della psicofarmacologia nel campo della salute mentale, dal punto di vista ideologico ha contribuito a mettere in ombra le determinanti

sociali dei disturbi mentali (Saraceno, 2020) e dal punto di vista operativo ha impoverito la pratica terapeutica dei servizi di salute mentale, a dispetto delle numerose indicazioni della ricerca sull'efficacia, la sicurezza e l'applicabilità degli interventi psicologici e psicosociali (Leichsenring et al, 2022; Morin e Franck, 2017) i n

una vasta gamma di disturbi mentali. È tempo che una revisione critica delle indicazioni terapeutiche degli psicofarmaci e del loro rapporto costi/benefici trovi il giusto posto nella formazione e nella pratica dei medici e di tutti gli operatori sociosanitari non solo nel settore della salute mentale ma anche nelle cure primarie.

Figura 2. Vendita di antidepressivi nei paesi dell'OECD (DDD/1.000 abitanti).



OECD Health Statistics 2022

Figura 3. Consumo di psicofarmaci in Italia, 2014-2021 (DDD/1.000 abitanti).

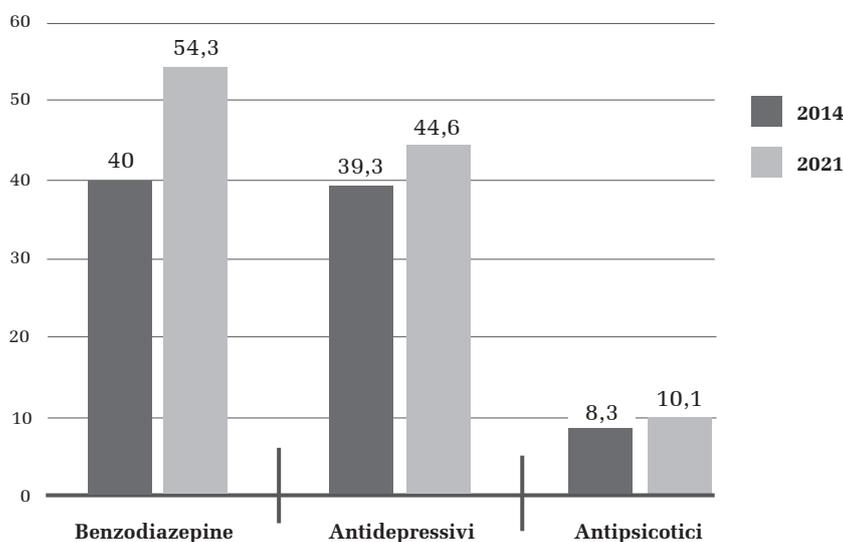
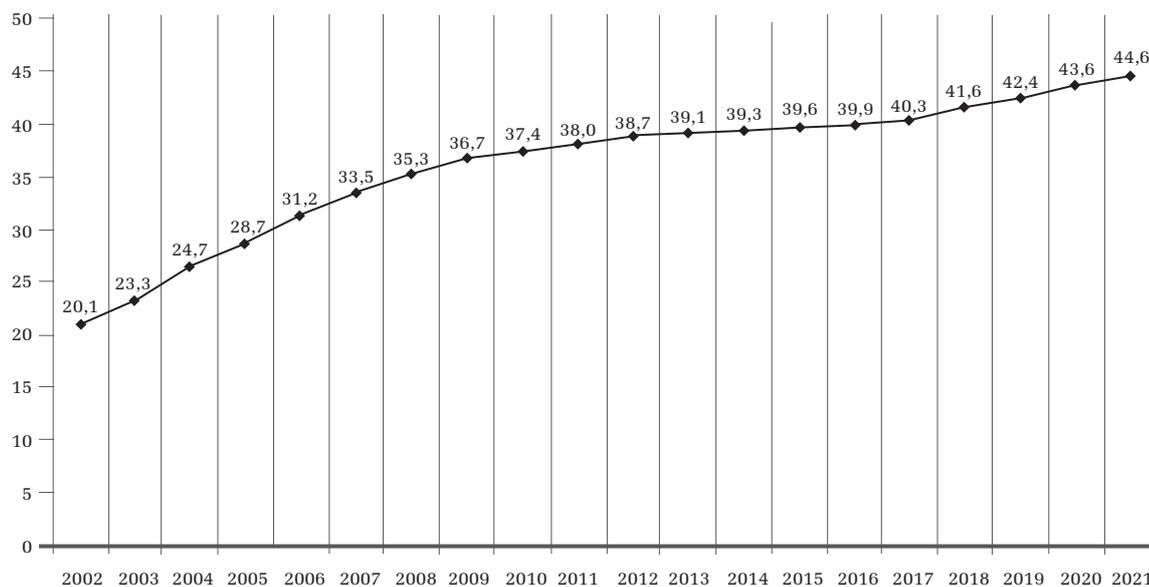


Figura 4. Vendita di antidepressivi in Italia, 2002-2021 (DDD/1.000 abitanti).



OSMED 2022

Bibliografia

- Braslow, J. T., Marder, S. R. (2019). History of Psychopharmacology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 25-50.
- Brauer, R., Alfageh, B., Blais, J. E., Chan, E. W., Chui, C. S., Hayes, J. F., Man K.K.C, Lau W C Y Lau, Yan V K C, Beykloo M Y, Wang Z, Wei L, Wong, I. C. (2021). Psychotropic medicine consumption in 65 countries and regions, 2008–19: A longitudinal study. *Lancet Psychiatry*, 8, 1071-1082.
- 3. Davies, J., Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviors*, 97, 111-121.
- de Leon, J. (2014). Paradoxes of US psychopharmacology practice in 2013: undertreatment of severe mental illness and overtreatment of minor psychiatric problems. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 34, 545-548
- Fibiger H.C. (2012). Psychiatry, the pharmaceutical industry, and the road to better therapeutics. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 649-650.
- Garattini S. (2008). Trent'anni di psicofarmacologia. *Psichiatria di Comunità*, 7, 200-203.
- Healy D. (2001). *The psychopharmacologists*, Arnold, London.
- Hefner, G., Wolff, J., Toto, S., Reissner, P., Klimke, A. (2022). Off-label use of antidepressants, antipsychotics, and mood stabilizers in psychiatry. *Journal of Neural Transmission*, 129, 1353-1365.
- Kendrick, T. (2021). Strategies to reduce use of antidepressants. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 87, 23-33.
- Kroenke, K. (2018). Depression screening and management in primary care. *Family Practice*, 35, 1-3.
- Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S., Ioannidis, J. P. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*, 21, 133-145.
- McCrea, R.L., Sammon, C.J., Nazareth, I. and Petersen, I., (2016). Initiation and duration of selective serotonin reuptake inhibitor prescribing over time: UK cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 209, 421-426.
- Moncrieff, J. (2020). Persistent adverse effects of antidepressants. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2020, 29, e56. 1-2.

- Morin, L., Franck, N. (2017). Rehabilitation interventions to promote recovery from schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 100.
- OECD (2022) Health Statistics, Paris: OECD Publishing
- Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (2022), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2021, 2022, Ministero della Salute, Roma.
- Ralph, S. J., Espinet, A. J. (2018). Increased all-cause mortality by antipsychotic drugs: updated review and meta-analysis in dementia and general mental health care. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 2, 1-26.
- Rhee TG, Wilkinson ST. (2020). Exploring the Psychiatrist-Industry Financial Relationship: Insight from the Open Payment Data of Centers for Medicare and Medicaid Services. *Administration and Policy in Mental Health*, 47, 526-530.
- Saraceno, B. (2020). Rethinking global mental health and its priorities. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e 64, 1-3.
- Silberner, J. (2022). Psilocybin: a revolution in psychedelic medicines in the US? *BMJ*, 379.
- Spielmans, G. (2015). When marketing met science: Evidence regarding modern antidepressants and antipsychotic medications. *Behavior Therapist*, 38, 199–205.
- Stogios, N., Smith, E., Bowden, S., Tran, V., Asgariroozbehani, R., McIntyre, W.B., Remington, G., Siskind, D., Agarwal, S.M. and Hahn, M.K. (2022). Metabolic adverse effects of off-label use of second-generation antipsychotics in the adult population: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*, 47, 664-672.
- Turkheimer, F. E., Selvaggi, P., Mehta, M. A., Veronese, M., Zelaya, F., Dazzan, P., Vernon, A. C. (2020). Normalizing the abnormal: do antipsychotic drugs push the cortex into an unsustainable metabolic envelope? *Schizophrenia Bulletin*, 46, 484-495.
- Tyrer P (2011) From the Editor's desk. *British Journal of Psychiatry*, 201, 168.



I recettori non mentono: la realtà dei trattamenti con antipsicotici

di Laura GUERRA*

SOMMARIO

Gli antipsicotici sono diventati il trattamento di elezione per le persone che sentono le voci o che, in termini psichiatrici, che vengono definite “*schizofreniche*” o “*psicotiche*”. Il loro utilizzo si è esteso anche a una gamma di disturbi psichici da severi ai più comuni, rappresentando un grosso giro d'affari per le case farmaceutiche.

Joanna Moncrieff nel libro “*Le pillole più amare*” presenta un'analisi della travagliata storia della psichiatria e dei farmaci antipsicotici, analizzando la letteratura scientifica e le fonti disponibili, dalla loro introduzione sul mercato ad oggi.

Nella sua analisi la Moncrieff mette in discussione la versione ampiamente accettata dalla psichiatria che considera gli antipsicotici come farmaci che aggrediscono la malattia cerebrale (**modello d'azione degli psicofarmaci centrato sulla malattia**), suggerendo invece che agiscano soltanto sui sintomi, sopprimendo le funzioni del sistema nervoso (**modello d'azione degli psicofarmaci centrato sul farmaco**).

PRESENTAZIONE

Gli antipsicotici sono stati introdotti sul mercato negli anni '50. Dagli anni '70 in poi, sono stati presentati come il rimedio per la patologia del sistema nervoso che sarebbe responsabile per la schizofrenia, nonostante questo non fosse mai stato dimostrato.

La psichiatria, con questi farmaci, po-

teva finalmente considerarsi perciò al pari delle altre branche della medicina, dotate di farmaci per sconfiggere le malattie.

LA RICERCA SCIENTIFICA SUGLI ANTIPSICOTICI

La produzione scientifica a sostegno dell'uso degli antipsicotici, largamente **finanziata dalle case farmaceutiche**, fece passare **in secondo piano la ricerca sulla loro sicurezza**.

Il messaggio che veniva dato era che **gli antipsicotici facessero sentire meglio le persone a breve termine e prevenissero le ricadute a lungo termine**.

In realtà, gli studi clinici erano disegnati in modo da produrre una tale versione della realtà. Infatti, la quasi totalità degli studi era condotta su individui già in trattamento con antipsicotici, ai quali venivano sospesi i farmaci per una settimana e randomizzati (suddivisi a caso) in un gruppo placebo e in un gruppo in cui veniva testato un nuovo antipsicotico.

Chiaramente, il gruppo sotto placebo andava in astinenza, mentre il gruppo a cui veniva somministrato il nuovo antipsicotico non mostrava sostanziali ricadute durante il tempo limitato del test clinico.

La conclusione dei ricercatori era che **il nuovo antipsicotico fosse più efficace del placebo, tralasciando di evidenziare che le ricadute nel gruppo placebo erano causate dall'astinenza al farmaco**.

**Biologa,
Farmacologa,
Amministratrice di MAD IN
ITALY*

Sorprendentemente, non c'è quasi nessun studio su campioni di individui che non fossero già in trattamento con antipsicotici.

Quindi era evidente che gli antipsicotici riducessero un disturbo psicotico acuto, ma gli studi non davano informazioni riguardo il loro meccanismo d'azione.

Peraltro, il modello centrato sulla malattia faceva passare in secondo piano la gravità degli effetti collaterali che venivano considerati un prezzo ragionevole da pagare rispetto al beneficio della cura.

Malattia o effetti collaterali del farmaco?

Le **case farmaceutiche** cercarono di **presentare gli effetti collaterali** più importanti degli **antipsicotici** come una **conseguenza della schizofrenia**.

In questo modo, la **discinesia tardiva**, un disturbo invalidante e a volte irreversibile, caratterizzato da movimenti incontrollati della bocca, della lingua, del viso, degli arti e del tronco venne attribuito alla condizione psichica e non ai farmaci. Fu anche nascosta la **correlazione tra la discinesia tardiva e il decadimento cognitivo** che di solito l'accompagna, facendolo ritenere una conseguenza della psicosi.

Anche la **riduzione del volume cerebrale** fu presentata come una **conseguenza della schizofrenia**, nonostante le chiare evidenze che la legano **all'uso prolungato dei farmaci**, come sottolineato da Peter Breggin già da decenni.

Tuttavia, l'idea che la schizofrenia sia responsabile della riduzione del cervello viene ancora ampiamente accettata e acquisita.

Nella storia di ricerca sugli **antipsicotici non c'è mai stata una decisa volontà di chiarire gli effetti a lungo termine di questi farmaci**. La cosa è sorprendente in quanto questi farmaci vengono quasi sempre utilizzati per lunghi periodi di tempo, se non a vita.

Dal momento che questi farmaci compromettono le capacità mentali sareb-

be opportuno uno studio a lungo termine.

Questi studi sarebbero necessari anche per il fatto che c'è sufficiente evidenza per sostenere che **l'uso degli antipsicotici a lungo termine può aumentare la vulnerabilità di un individuo ad avere ricadute psicotiche**, fenomeno noto come **"psicosi da ipersensibilità"**.

IL DSM III E LA PROMOZIONE DEL CONCETTO DI "MALATTIA MENTALE"

Il concetto di *"malattia mentale"* come una entità biologica è stato sancito nella terza edizione del **DSM** (Manuale Statistico e Diagnostico) che **ha abbandonato l'influenza psicoanalitica** delle precedenti edizioni ed **ha attribuito un'etichetta a comportamenti anomali**, facendo intendere che fossero l'espressione di sottostanti **cause organiche da trattare con gli psicofarmaci**.

L'idea che i nuovi farmaci funzionassero attaccando una malattia sottostante ne ha legittimato un uso indiscusso.

In sostanza, la promozione degli psicofarmaci come cura di una malattia organica sottostante ha messo in **secondo piano** i terribili effetti come la **discinesia tardiva** e il **decadimento cognitivo** ad essa legato, la **riduzione del tessuto nervoso**, la **riduzione della durata della vita**, la **sindrome metabolica**, il **diabete** e altri effetti dannosi, considerati un prezzo da pagare in cambio dei benefici della cura.

Come funzionano gli antipsicotici?

In **assenza della benché minima evidenza di una causa organica dei disturbi psichici**, il modello **centrato sul farmaco** aiuta a comprenderne gli effetti: gli psicofarmaci agiscono inducendo la **soppressione del pensiero** e il **contenimento delle emozioni** attraverso la **soppressione dell'attività cerebrale**.

Questo effetto aiuta a mettere in secondo piano le esperienze psicotiche intrusive che creano dolore e spavento, attenuandone l'intensità. Sotto l'ef-

fetto dello psicofarmaco che induce un distacco emotivo dalle cose e dalle situazioni, la persona non fa più tanto caso ad esse. E questo distacco emotivo aiuta la persona a rimettere ordine ai propri pensieri e a fare “*riemergere*” comportamenti “*sani*”.

I farmaci possono quindi ridurre l'intensità delle esperienze psicotiche e la sofferenza che queste procurano, anche se i sintomi e le difficoltà persistono, spesso aggravati dagli effetti nocivi dei farmaci.

Effetti del trattamento a lungo termine

Basandosi sulla letteratura scientifica e su indagini condotte sul territorio, Robert Whitaker avverte che i **trattamenti psicofarmacologici a lungo termine** hanno creato un'**epidemia iatrogena di effetti collaterali** e un **aumento delle dipendenze da farmaci**.

Studi a lungo termine ed esperienze come quelle di Soteria House e dell'Open Dialogue finlandese, dimostrano che le **persone non trattate o trattate con basse dosi di psicofarmaci per periodi limitati hanno esiti migliori di quelle che ricevono un trattamento continuativo**.

Dalle testimonianze delle persone che assumono antipsicotici si evince che i farmaci possono attenuare i pensieri psicotici, ma allo stesso tempo attenuano e inibiscono il funzionamento mentale e fisico, abbassando quindi la qualità della vita.

Alcune persone possono trovare utile questo effetto di appiattimento emotivo, mentre altre preferirebbero una vita più eccitante.

La narrazione dalla Moncrieff, basata su solide evidenze scientifiche, indica chiaramente che **gli antipsicotici sono sostanze pericolose** che dovrebbero essere **evitate quando possibile**.

L'OFFERTA DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

I servizi di salute mentale, tuttavia, spesso **non offrono alternative ai trattamenti farmacologici prolungati** anche se i progetti basati sugli **inter-**

venti psicosociali hanno dimostrato **esiti migliori** rispetto a quello farmacologico.

Dal momento che l'uso a lungo termine peggiora l'esito dei disturbi e che gli effetti avversi sono importanti e a volte irreversibili, ci dovrebbe essere la possibilità di **sospendere questi farmaci in sicurezza**. Si potrebbe così ridurre il rischio di molte malattie che abbassano la qualità della vita come le disfunzioni sessuali, il rallentamento mentale, l'appiattimento emotivo e l'agitazione per citare alcuni degli effetti tipici di questi psicofarmaci.

La sospensione degli psicofarmaci

Molto spesso, la **sospensione dei farmaci mal eseguita** può provocare **crisi di astinenza** che possono essere **confuse come ricadute** oppure con un **peggioramento dello stato psichico**, facendo ritenere che il trattamento non possa essere sospeso.

Il problema della sospensione dei farmaci è molto sentito in quanto è proprio questo passaggio che, se non eseguito bene, confina le persone a trattamenti a lungo termine o, peggio, a vita “*come l'insulina per il diabete*”.

Trattamenti coercitivi: trattamento depot

Dal momento che gli psicofarmaci non riportano un “*sistema squilibrato all'equilibrio*”, ma al contrario creano uno squilibrio chimico, **bisognerebbe discutere apertamente e onestamente sull'opportunità e la legalità dei trattamenti coercitivi**.

Molte persone si trovano costrette, infatti, dopo un TSO, a subire contro la loro volontà la somministrazione forzata in forma di depot (iniezioni mensili o trimestrali) di antipsicotici.

È etico costringere le persone a subire **trattamenti che ledono l'integrità fisica e psichica** della persona in **assenza di prove di un effetto terapeutico?**

È etico costringere le persone a subire un trattamento depot quando le evidenze scientifiche dimostrano che il trattamento a lungo termine ha un esito peggiore rispetto a un trattamento

a breve termine o nessun trattamento? Oppure il trattamento farmacologico perde il significato di cura e acquista un ruolo di strumento di **controllo sociale**?

IL RUOLO DELLE CASE FARMACEUTICHE

L'industria farmaceutica ha incoraggiato la diffusione dell'uso degli antipsicotici, a volte anche in **modo fraudolento**, per pratiche che vanno al di là delle psicosi come il **controllo del comportamento dei bambini**.

In questa cornice, **l'allargamento dei criteri diagnostici del disturbo bipolare**, diagnosi che attualmente potrebbe essere affibbiata a chiunque, gli antipsicotici possono essere prescritti a tutti. Infatti, parafrasando David Healy, il "*nervosismo quotidiano*" è sostanzialmente universale.

La loro prescrizione si estende anche a moltissime altre diagnosi come **la depressione, l'ansia** e vengono nominati con termini edulcorati e rassicuranti come "*stabilizzatori dell'umore*".

La prescrizione sempre più indiscriminata di queste sostanze nocive rappresenta un notevole problema di salute pubblica sempre più in espansione e sempre più preoccupante di cui bisogna occuparsi.

IMPORTANTE: Gli psicofarmaci possono causare reazioni da sospensione, talvolta includendo reazioni emotive che minacciano la vita e problemi di astinenza fisici. La sospensione degli psicofarmaci dovrebbe essere eseguita attentamente sotto una collaudata supervisione clinica e accompagnata da una buona psicoterapia per risolvere i problemi che ne avevano fatto intraprendere l'uso.

Bibliografia

1. Joanna Moncrieff. *Le pillole più amare. La storia inquietante dei farmaci antipsicotici*. 2020 Fioriti Editore
2. Peter Roger Breggin. *La sospensione degli psicofarmaci. Un manuale per i medici prescrittori, i terapeuti, i pazienti e i loro familiari*. 2018 Fioriti Editore

NOTE SULL'AUTRICE DEL LIBRO *LE PILLOLE PIÙ AMARE*

La Dr.ssa Joanna Moncrieff è docente presso la University College di Londra. È una delle fondatrici e co-presidentessa della Critical Psychiatry Network. Ha scritto tre libri: *The Bitterest Pills* tradotto e presentato come *Le pillole più amare*, *The Myth of the Chemical Cure* e *A Straight Talking Introduction to Psychiatric Drugs*.



Il corpo e la mente delle donne: cuori pensanti

di Donatella ALBINI*

“Il mio animo era rimasto semplice, pulito, sempre in attesa che qualcosa di bello si configurasse al mio orizzonte”

Alda Merini

I cuori pensanti entrano nel linguaggio filosofico con Laura Boella.

Mi sento, sulla base della mia esperienza, di allargarli al linguaggio della mia pratica clinica ed etico politica.

Cosa portano i cuori pensanti delle donne?

Lo scrisse nei suoi diari Etty Hillesum: portano passione, portano sentimento, portano empatia.

Sono il segno dell'apertura sul mondo, che parte dall'essenza biografica delle donne.

Perché l'importante è essere calati nel tempo, per sentire col cuore, trovare il punto di congiunzione tra la propria persona e l'andamento del mondo, si tratta in una parola della propria visione umana nella storia.

Questa scelta di sentire, e di sentire così, non è per niente facile, spesso è un fardello ingombrante, da cui non ci si può liberare, per senso di responsabilità nei confronti degli umani, uomini e donne.

Penso anche *“Le tre Ghinee”* di Virginia Woolf e alla sua prospettiva di dare incremento alla differenza femminile in forme originali e libere, perché la libertà si sviluppa solo con la libertà.

La differenza femminile è ben diversa dalla parità, criterio mutilante, perché pareggia assurdamente la fecondità

femminile, appunto il cuore pensante delle donne, con quella maschile.

Infatti, per fare un esempio, la conciliazione è pretesa troppo modesta, irrealizzabile, sacrifica la maternità e la sua potenza e pospone i cambiamenti nella cura, nell'organizzazione delle città, nell'organizzazione del lavoro.

Le donne e i loro diritti abbracciano, come abbiamo già intravisto, non solo il contesto sociale, economico e politico, a partire dal loro essere donne, ma anche e soprattutto quello legato alla propria salute, tanto fisica quanto mentale.

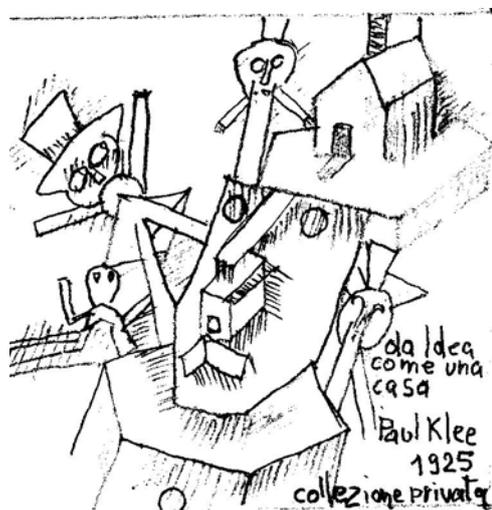
A proposito di quest'ultima, però, secondo il Gender Equality Index 2021 dell'European Institute for Gender Equality, il 39% delle donne afferma di non potersi permettere, per denaro e per tempo, percorsi di psicoterapia o cure specialistiche.

Eppure siamo proprio noi donne a riferire un peggior stato di benessere mentale: sempre secondo il rapporto che ho indicato prima, è il 62% a riportare buone condizioni di salute contro il 66% degli uomini. Non solo, la popolazione femminile ha una probabilità due volte superiore rispetto a quella maschile di soffrire di ansia e depressione. Le motivazioni sono sfaccettate e plurime, eppure ve ne sono tre che

**Consigliera comunale delegata alle politiche della Sanità, Città di Brescia*

meritano una particolare attenzione: l'aspetto economico, il ruolo di cura e il tempo.

Le donne sappiamo bene che, in media, guadagnano meno degli uomini, così come hanno in media pensioni più basse e che sono pertanto maggiormente esposte al rischio di povertà, specie se con figli, anziane e sole. La ridotta capacità economica incide inevitabilmente sul diritto alla salute. Se si pensa a quella mentale, appaiono subito evidenti i costi continuativi ed importanti che hanno i percorsi di psicoterapia e le cure specialistiche, costi che non sempre sono coperti dal Servizio Sanitario Nazionale.



L'iter legislativo del bonus psicologico getta luce sulla questione, ma c'è ancora molto da fare per rendere il benessere mentale davvero accessibile: il budget totale basta per meno di 42.000 domande, poco più di una su dieci tra quelle già arrivate all'INPS (il bonus è diverso a seconda del reddito) ma se anche le richieste riguardassero le fasce di reddito più alte, le domande soddisfatte non potranno superare un terzo del totale di quelle presentate. Risultato: la stragrande maggioranza delle persone che hanno diritto al bonus non potranno contarci. A stabilire ammessi ed esclusi sarà una graduatoria stilata sulla base dell'ordine di arrivo delle domande e dell'ISEE. Lo stesso accade per lo psicologo delle cure primarie recentemente licenziato

dalla Regione Lombardia, che è in realtà uno snodo di emergenza, che poi "indirizzerà" ai servizi: non aveva più senso potenziare i servizi territoriali, aumentando il personale?

L'altro elemento in gioco è il ruolo di cura, dei figli, della casa, dei genitori anziani, che tradizionalmente e ancora ricade sulle donne. Con la conseguenza di andare a gravare sul carico di lavoro percepito ed effettivo, esponendo tra gli altri a maggior rischio di burn out, proprio in virtù del forte carico emotivo che finisce per caratterizzare il lavoro e la vita di chi è donna. Questo è un punto su cui riflettere perché il genere femminile è più esposto al dolore psichico ma è altresì una risorsa per le professioni di cura. La tempesta Covid ha rivelato il lavoro essenziale delle donne e la famiglia come baluardo intramontabile dei paesi del sud del mondo che sostituisce l'intero sistema dei servizi.

C'è poi la mancanza di tempo, per prendersi cura di sé. Secondo il report ISTAT "I tempi della vita quotidiana", le donne dedicano in media al lavoro non retribuito circa 5 ore al giorno, mentre gli uomini poco più di due ore. Risulta quindi evidente che la popolazione femminile ha meno tempo da dedicarsi, semplicemente per esistere. E anche all'interno delle organizzazioni lavorative le donne portano il peso sproporzionato della cura, che in un mercato del lavoro sempre più basato sul *always on*, significa maggiori difficoltà a sconnettersi e ad andare incontro a burnout da iperconnessione.

Possiamo quindi trarre una prima conclusione che la salute mentale è un diritto, ma forse lo è un po' meno per le donne.

È chiaro a questo punto, direi forse anche un po' banale, che le persone stanno bene, se godono di una qualità della vita soddisfacente e che alla base del concetto stesso di salute c'è, prima ancora che una dieta sana e una costante attività fisica, rimbombo costante delle cosiddette raccomandazioni di pre-

venzione, prive di qualsiasi validità se estrapolate dai contesti di vita, una buona integrazione sociale.

Il nuovo Gender Equality Index cui facevo riferimento all'inizio, diffuso a fine ottobre, in linea con i dati già diffusi a gennaio da uno studio pubblicato dalla Commissione Europea sullo stato di salute di donne e uomini in Europa, conferma quello che ormai è un dato di fatto: le donne vivono alcuni anni più degli uomini, ma ne vivono molti di più in peggiori condizioni di salute, spesso tenendo chiusi negli scrigni dei loro corpi i loro cuori pensanti. Questo, sicuramente a fronte di un gap nella diagnostica e di una ricerca ancora prevalentemente orientata su corpi e vissuti maschili, ma anche e in modo sempre più evidente mettono in luce la complessa rete di comportamenti e norme sociali legate al genere.

Cosa succede ad esempio se, a prescindere da composizione della famiglia, dall'età, dal livello di reddito, dal paese di nascita o dalla disabilità, le donne riportano comunque stati di salute e di salute mentale peggiori?

L'abbiamo visto prima, c'entrano i soldi, lo ripeto, le donne in Europa guadagnano meno e sono più a rischio di povertà degli uomini, soprattutto se single, con figli o anziane e c'entra il tempo.

A questo punto forse bisogna porsi la domanda su cosa significa essere "*sani di mente*". Nel 2018 l'OMS ha definito la salute mentale come "*lo stato di benessere in cui gli individui possono realizzare il proprio potenziale, far fronte ai normali stress della vita, lavorare in modo produttivo e contribuire alla propria comunità*". Rientrano quindi nella categoria dei disturbi mentali tutta una serie di condizioni capaci di influenzare non solo l'umore, ma anche il pensiero, il comportamento e le relazioni tra le persone. Il discriminante, in ogni caso, sembra restare la sofferenza percepita: e qui viene da dire che la solidarietà è il cuore della buona relazione di comunità, e che non sta solo e tanto accanto al dolore e

al lutto ma dentro il desiderio di cambiare di tutti e di tutte.

Di cosa stiamo parlando? Nel 2019 in Europa sono state più di 36 milioni le donne, a fronte di circa 34 milioni di uomini, ad aver sofferto di disturbi mentali.

Ma questi disturbi si manifestano anche con differenze importanti legate al genere: se i maschi mangiano peggio, abusano maggiormente di alcol e droghe, sono le donne a presentare tassi più elevati di depressione, ansia, fobie e pensieri e tentativi di suicidio: tutti elementi che contribuiscono in modo significativo a peggiorarne la qualità di vita.

I numeri drammatici raccolti dal Global Burden of Disease ci dicono infatti che le donne perdono un anno ogni dieci a causa della depressione, gli uomini uno ogni venti. Che le donne hanno una probabilità di due volte superiore rispetto agli uomini di soffrire di ansia e depressione e di tre volte superiore di soffrire di disturbi alimentari.

Questo non significa che gli uomini stiano meglio anzi: sono loro, infatti ad avere una probabilità di oltre tre volte superiore rispetto alle donne di sviluppare una dipendenza da alcol oltre alla dipendenza da cannabis e da altre droghe, a perdere più anni di vita a causa di ischemie miocardiche, tumori dell'apparato respiratorio e digerente, cirrosi e diabete; le donne per demenza.

Sono sempre loro, peraltro ad esercitare comportamenti violenti all'interno delle relazioni domestiche ed anche a chiedere meno aiuto al sistema sanitario o sul lavoro.

Le donne peraltro ricorrono più di frequente al sistema sanitario e sono le principali utenti di psicoterapeuti e psichiatri, oltre che le prime consumatrici di farmaci e psicofarmaci. Se si ammalano più degli uomini, insomma, è anche perché lo riconoscono, perché seguono percorsi di prevenzione o perché si convincono di avere qualcosa che "*non va*". Un dato questo che ci parla non solo della femminizzazione dei nostri modelli di cura,

ma anche della storia della medicalizzazione dei nostri corpi, oltre che di una specifica cultura della mascolinità fondata sulla repressione delle emozioni e sulla negazione della fragilità. La pandemia non ha fatto che rendere questi nodi più evidenti. I periodi di isolamento sociale infatti hanno esposto le donne a un più ampio rischio di burnout e di problemi di salute mentale, non solo nel caso di relazioni familiari violente, ma anche per l'inasprirsi delle tensioni legate alla gestione dei figli e del lavoro, che già in situazioni ordinarie ne determinano una peggiore qualità di vita.

Su questa fitta rete di squilibri pesano stereotipi e convinzioni culturali importanti, un'idea di famiglia basata ancora fortemente su una divisione asimmetrica del lavoro domestico e di cura, un modello di mascolinità tossica e infrangibile fondato sullo stigma della malattia mentale, ideali estetici irraggiungibili amplificati dall'uso distorto delle nuove tecnologie, che stanno causando scompensi, soprattutto tra le giovanissime in termini di dispercezione di sé e che si traducono in disturbi alimentari di natura nervosa.

Non è una coincidenza se, come sappiamo dalle relazioni delle Nazioni Unite sullo stato della popolazione, a livello mondiale il suicidio è diventato la prima causa di morte per le ragazze tra i 15 e i 19 anni. Senza scomodare Simone De Beauvoir, proprio l'età in cui il mondo si aspetta che diventi una donna.

Se i dati, dunque sono ancora fortemente concentrati attorno al nodo della cura, della maternità e della violenza domestica sappiamo che non è solo il tipo di lavoro, la presenza dei figli o un familiare violento a impattare così tanto sulla salute di una donna, a pesare è anche e soprattutto quel groviglio più sottile di modelli ancorati ai corpi e pressioni sociali legati al genere e all'orientamento sessuale. Gli stereotipi dalla buona madre alla grande lavoratrice passando per la secchiona e la brava ragazza sono immaginari

tanto radicati da risultare giustificazioni naturali dello stato dei fatti.

Ma ci sono altre connessioni, non certo nuove, prima fra tutte quella tra disturbi mentali e povertà; lo ripeto le occupate precarie, le madri sole e le donne anziane sono le categorie più a rischio.

Ma c'è altro, pensiamo a quel vizio di pensiero, scivoloso, che potrebbe annidarsi nelle categorie che separano chi è "*sano di mente*" da chi è semplicemente fatto in un altro modo rispetto a quella che viene ritenuta la norma. Basta pensare a come i disturbi cosiddetti psicosomatici o alcuni disturbi più diffusi nella popolazione femminile, come ad esempio quelli legati alla percezione del dolore, fino a non molti anni fa venissero archiviati non solo dalla psicoanalisi ma dalla stessa medicina alla voce "*isteria*".

Oggi si è sollevato il velo sull'endometriosi (il terzo e il quarto stadio rientra nei LEA) e sulla vulvodinia (per altro non ancora acquisita nei LEA); quanto al riconoscimento della dismenorrea, e dei diritti mestruali, ci ha già surclassato la Spagna.

Per non dire della cosiddetta narrativa del recupero, così radicata in politiche che hanno fatto dell'estrapolazione dei vissuti dal contesto sociale un principio cardine di interi sistemi di welfare e non a caso legati alle testimonianze in prima persona singolare: "*io ho lottato contro*" "*io ho vinto*" la malattia.

Ma ci sono disagi da cui non si guarisce, le malattie croniche, alcuni tumori e i disturbi mentali.

Cosa accadrebbe, e quali prospettive potrebbero aprirsi, se dalle narrazioni in prima persona singolare si passasse, nel resoconto della malattia, a una narrativa dei "*noi*" capace di tenere in conto le condizioni in cui le persone vivono accanto ai loro dati strettamente biografici, e questo vale molto, come abbiamo visto, per le donne?

È una domanda utile ed è una domanda giusta. Mentre sappiamo che l'impatto che la pandemia sta avendo

sulla salute mentale della popolazione richiederà del tempo per manifestare la sua reale entità e che il picco potrebbe arrivare addirittura tra qualche anno, sappiamo che abbiamo di fronte una mappa ad ampio spettro di una salute sempre più difficile da definire e quasi impossibile da recintare, che ha a che fare con le nostre culture più di quanto siamo abituati a immaginare. Ci sarebbe da rileggere *“Malattia come metafora”* di Susan Sontag.

Torniamo alle donne, abbiamo visto che le donne a maggior rischio di salute mentale sono quelle che svolgono una quantità sproporzionata di lavoro non pagato nella cura dei figli e della casa, sono povere e non hanno influenza nelle decisioni economiche, hanno maggiori probabilità di subire violenza dal proprio partner, hanno minore possibilità di accesso a fattori protettivi come la piena partecipazione all'educazione, il lavoro retribuito e l'opportunità di prendere decisioni. Vorrei fermarmi però su pochi punti che riguardano il corpo e il vissuto della donna:

1. Da quando la gravidanza e il parto sono diventati più sicuri l'attenzione per i problemi psicologici legati alla salute riproduttiva della donna è cresciuta e ha messo in mostra una serie di dati preoccupanti: la violenza in gravidanza e nel periodo del post parto, la violenza ostetrica, il suicidio durante la gravidanza, non comune ma che quando si verifica è connesso a gravidanze indesiderate, ad abusi sessuali o fisici e alla povertà.

2. La disponibilità di metodi contraccettivi sicuri, affidabili e accessibili ha un profondo impatto sulla salute delle donne, compresa quella mentale. AIFA ha recentemente perso l'occasione di rendere gratuiti i contraccettivi ormonali per tutte le donne almeno fino ai 25 anni, come già fanno alcune Regioni italiane, e quindi ha di fatto tolto un'occasione di buona salute per le donne.

La legge sull'aborto volontario ha portato a una diminuzione degli aborti illegali con conseguenze positive sulla

salute fisica e mentale della donna, a patto che riesca a farlo. Il premio Nobel ad Annie Ernaux, che ha scritto il libro *“Levenement”* sulla sua esperienza di aborto clandestino nella Francia degli anni 60 e il film che ne è seguito ci fanno capire tanto.

3. Menopausa. La menopausa e i cambiamenti ormonali possono essere rilevanti o irrilevanti a seconda della donna, della sua biologia e della sua biografia non esiste una regola rigida, in questo periodo arriva la depressione perché la donna è a metà della sua vita e questa seconda metà è un mondo sconosciuto che avanza (sessualità libera, senza timore di gravidanze, vita più libera perché i figli se ne sono andati, ma spesso carico di genitori anziani che ti fa ribaltare lo sguardo da figlio accudito a figlio accidentato).

4. Procreazione medica assistita (PMA). La sterilità porta con sé una delusione, un senso di fallimento quando, soprattutto in altre culture che intrecciano le nostre, l'abbandono.

La PMA a sua volta può portare con sé aspettative irrealistiche e quindi gravi delusioni, spesso perché manca una informazione corretta, mi viene da dire umile, seria sulle reali possibilità di una gravidanza: siamo sempre davanti ad una medicina onnipotente. Se è vero quello che scrive Robin Lim, ostetrica, scrittrice, poetessa statunitense *“Crediamo che un inizio della vita sano e dolce sia il fondamento di una vita d'incanto e che la pace nel mondo può venire costruita cominciando oggi, un bambino per volta.”*

Se è vero che il corpo delle donne ha una sua storia che merita di essere raccontata, nei suoi ritmi ciclici, nei suoi vuoti, nei suoi pieni allora questo corpo delle bambine, delle adolescenti, delle donne gravide, delle donne in menopausa guardiamolo con tenerezza e gentilezza e scorgiamo dietro l'eccezionalità inquietante dei corpi magrissimi dietro il grembo psichico che accoglie il nuovo bambino, dietro le rughe che percorrono i corpi delle donne, i loro cuori pensanti.

Identità transgender e disuguaglianze di salute. Elementi psicologici e psicosociali

di Giulia GIARDINA*

Negli ultimi anni il tema della varianza di genere (1) è divenuto di maggiore interesse nel dibattito pubblico e nell'ambito della salute mentale, accompagnandosi a nuove traiettorie di ricerca. Tale interesse, tuttavia, non è stato sufficiente a supportare la diffusione e l'uniformazione di servizi socio-sanitari e prassi professionali per la salute delle persone transgender (2). Ciò riflette un'impreparazione del personale e del settore socio-sanitario in generale che è causa, tra i vari fattori, delle disparità di salute.

Notoriamente le persone transgender sperimentano disparità di salute in diverse aree di vita, con ripercussioni significative sul benessere generale. Tali disuguaglianze risentono direttamente del clima sociale e dei servizi presenti in un dato territorio (3) (4).

DISUGUAGLIANZE DI SALUTE FUORI E DENTRO IL PERCORSO DI AFFERMAZIONE DI GENERE IN ITALIA

Ad oggi, le principali disparità di salute cui le persone transgender in Italia sono esposte possono essere suddivise in due macrocategorie: quelle emergenti dal percorso di affermazione di genere, e quelle conseguenti la negazione del diritto alla salute a causa dell'incongruenza di genere.

Alcuni elementi di disuguaglianza possono essere definiti strutturali. Il percorso di affermazione di genere è infatti regolato da una legge del 1982 -

la n. 164 (5) - che, prestandosi a diverse interpretazioni, ha favorito l'affermazione di prassi professionali e (mis) credenze personali. Le linee guida internazionali sulla salute delle persone transgender, e le istanze della comunità transgender stessa, compreso il diritto alla propria autodeterminazione, sono passate, così, in secondo piano nella definizione del percorso di affermazione di genere.

Altri elementi di disparità colpiscono, invece, l'ambito della salute delle persone transgender in senso più ampio, respinte o negate da un sistema che si fonda sulla cisnormatività (6) e sul binarismo di genere (7). Le persone cisgender vengono considerate come uniche fruitrici del sistema sanitario, e pertanto, sono le loro necessità di salute le uniche a dover essere indirizzate.

In ambito sanitario le disparità di salute si declinano in ostacoli nell'accesso ai servizi e agli spazi sanitari attraverso il rifiuto ai trattamenti, il prolungamento di tempi di attesa, l'impreparazione del personale e la legittimazione dell'ignoranza, o, più in generale, l'applicazione di trattamenti, protocolli e cure non originariamente costruiti sulle necessità e caratteristiche della popolazione transgender.

L'inadeguatezza dei servizi, per lo più aspecifici, o scarsamente distribuiti quando specifici, determina disuguaglianze che hanno ripercussioni dirette sul diritto alla salute. A dimo-

*Sat-Pink Centro Antidiscriminazioni LGBT M.S. Spoleto

strazione di questo, una delle più frequenti esperienze denunciate delle persone transgender è il trovarsi a dover educare il personale sanitario, im-preparato ad accogliere e indirizzare le richieste (8).

DISUGUAGLIANZE EMERGENTI DAL PERCORSO DI AFFERMAZIONE DI GENERE

Le disuguaglianze di salute emergen-ti dai limiti “*strutturali*” del percorso di affermazione di genere sono legate ai temi della patologizzazione, della legittimità di accesso ai trattamenti, e dell’assenza di tutele sistemiche.

Né è esempio la prassi consolidata nella richiesta di una diagnosi di Disforia di Genere per l’accesso al TOS (Trat-tamento Ormonale Sostitutivo). Benché il focus sulle persone transgender si sia progressivamente spostato dalla dimensione della malattia a quella della salute, la patologizzazione delle identità transgender, infatti, è una cornice ancora attuale. Lo si comprende dall’elezione della sofferenza (Disforia di Genere) a requisito per la legittima-zione dell’identità transgender stessa. Nonostante il malessere associato all’incongruenza di genere non sia una condizione intrinseca alla stessa (ma possa, *o meno*, accompagnare l’esperien-za di una persona transgender) (9), il settore socio-sanitario fatica ancora a svincolare le persone transgender dal tema della sofferenza. Il soggetto sofferente, riconosciuto come bisognoso, è fruitore di un percorso te-rapeutico/correttivo, come quello del TOS, che mira alla ricollocazione in una categoria di genere. Tale modello,

tuttavia, esclude un soggetto che non è sofferente, ma *solo* incongruente, lasciando aperto l’interrogativo sulle possibilità di una sua affermazione. Eppure alternative diagnostiche alla Disforia di Genere sono state offerte da manuali come il PDM-2 (10) e l’ICD-11 (11) con la categoria dell’Incongruenza di Genere, che pone l’accento sul disallineamento tra genere esperito e genere assegnato alla nascita, invece che sul malessere, proponendo l’in-congruenza come variante di salute, e non di malattia. Un cambiamento di prospettiva particolarmente signifi-cativo nell’ICD-11, nel quale l’Incongruenza di Genere è inserita nel capito-lo delle condizioni legate alla salute (e non patologia) sessuale.

Ulteriore disparità di salute è legata al ritenere la diagnosi di Disforia di Ge-nere requisito indispensabile all’auto-izzazione agli interventi chirurgici affermativi e alla rettifica anagrafica e di genere. Successivamente alle sentenze storiche del 2015 e 2017 (12) è stata eliminata la prassi che definiva la ster-ilizzazione un presupposto necessa-rio alla rettifica anagrafica e di genere, dal punto di vista legale. La chirurgia di rettifica del sesso da obbligatoria è divenuta volontaria e affermativa, ma realizzabile solo se rispondente al re-quisito della sofferenza (o devianza), a seguito di una diagnosi di Disforia di Genere, in virtù di una rettifica (o correzione). L’autodeterminazione, ancora una volta, è confinata a una di-mensione secondaria, rispetto a un’e-sigenza di performance e adesione alle aspettative, prima di tutto sociali, sui generi. Le persone transgender si tro-



vano a dover documentare la propria identità attraverso il malessere, per poter accedere a diritti e servizi, come quelli socio-sanitari.

In aggiunta, dal 2020 l'accesso al TOS in gratuità è vincolato a un piano terapeutico emesso da una struttura pubblica con équipe multidisciplinare di comprovata esperienza sulla salute delle persone transgender (13). Oltre alla difficoltà di applicabilità e verificabilità dei requisiti che rendono eleggibili alcuni centri a scapito di altri, la distribuzione degli stessi è limitata sul territorio nazionale: numerose persone transgender devono, così, affrontare spese elevate di spostamento o di acquisto dei farmaci necessari.

Infine non possono essere trascurate l'esclusione, e le forti limitazioni, sperimentate dalle identità non binarie (14) nelle prassi professionali legate al percorso di affermazione di genere, compresa la rettifica anagrafica e di genere. Di ostacolo è il fondamento binario e cisnormato che inquadra il percorso in un modello medico di adeguamento, mancando di fornire risposte specifiche alle identità non binarie. Queste prassi, con poche esclusioni, disattendono le indicazioni della più recente versione degli *Standards of Care* della World Professional Association for Transgender Health (WPATH), che hanno introdotto un nuovo capitolo dedicato alle specificità delle identità non binarie (15).

DISUGUAGLIANZE DI SALUTE AL DI FUORI DEL PERCORSO DI AFFERMAZIONE DI GENERE

Altre disuguaglianze di salute, per le persone transgender, sono, invece, imputabili all'incongruenza di genere al di là del percorso di affermazione di genere.

Una prima riflessione riguarda i farmaci utilizzati dalle persone transgender nel TOS, farmaci sviluppati per le persone cisgender (16), e riadattati alla salute delle persone transgender in seconda istanza. Ne sono esempio i farmaci antiandrogeni, somministrati per i loro effetti secondari femmini-

lizzanti, ma ideati come trattamento medico del carcinoma prostatico. La salute delle persone transgender è attualmente vincolata agli effetti secondari, o collaterali, di farmaci ideati per le persone cisgender, trascurando le specificità dei corpi e delle necessità delle persone transgender.

Ulteriore significativa limitazione riguarda l'accesso e il ricorso alla medicina ginecologica e andrologica, pensata, ancora una volta, come di esclusivo appannaggio delle persone cisgender. Gli spazi ambulatoriali e virtuali, infatti, sono prevalentemente connotati da aspettative di genere cisnormate, rette dall'equazione tra genitali e genere. Le ripercussioni di una tale impostazione ricadono sull'accoglienza dedicata a chi dalla norma si discosta, e, di conseguenza, sulla sicurezza (effettiva o percepita) degli spazi stessi. Un tale modello impatta sulla possibilità di inclusione nei protocolli di cura, e sugli associati programmi di screening: oggi un uomo trans in Italia viene escluso dal programma di prevenzione del tumore al collo dell'utero il giorno stesso in cui riceve la rettifica anagrafica e di genere a seguito di sentenza. Le spese e l'organizzazione dello screening di salute, fino al giorno prima garantito, diventano improvvisamente e completamente a carico dell'interessato.

Anche il prelievo e la crioconservazione di spermatozoi/ovociti sono procedure che escludono le persone transgender, con rare eccezioni imputabili a iniziative singole. Dagli spazi, fortemente connotati in base al genere, all'assenza di tutele sul materiale prelevato successive alla rettifica anagrafica e di genere, le persone transgender sono esposte a disuguaglianze di salute che persone cisgender, a parità di condizioni, non sperimentano.

CONCLUSIONI

Le conseguenze delle disparità elencate ricadono direttamente sul benessere delle persone transgender, causando maggiore vulnerabilità psicoemotiva, condotte di evitamento, ipervigilanza,

e più elevato rischio di disagio psicologico variamente espresso (17). Ciò che rischiosamente può svilupparsi nelle persone transgender che si interfacciano con il sistema sanitario sono l'abitudine all'impotenza e l'apprendimento della tolleranza, la cui soglia è spostata sempre più in alto, nell'accettazione, o rassegnazione, alle contingenze esterne, con conseguenze ricalibrazione di bisogni e di diritti di salute.

Note

1. Varianza di genere: non conformità alle norme di genere per quanto concerne identità e/o espressione di genere.
2. Transgender: persone la cui identità di genere non corrisponde al genere assegnato alla nascita, laddove, con identità di genere, si intende il senso profondo e soggettivo di sé di appartenenza a una determinata configurazione di genere.
3. Cicero et al., 2019.
4. Zeeman et al., 2019.
5. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1982/04/19/082U0164/sg>
6. Cisnormatività: la concezione, e derivante percezione, che tutti gli individui siano, per norma, cisgender, ovvero che tutte le persone percepiscano una congruenza tra l'identità di genere e il genere assegnato. Le persone transgender, in questo senso, risulterebbero l'eccezione, manchevoli o devianti, perché distanti dalla norma, con un rischio intrinseco di patologizzazione.
7. Binarismo di genere: la concezione che i generi siano solo due, opposti, complementari e mutualmente escludenti: il maschile e il femminile. Tutte le identità al di fuori di questa suddivisione sono negate, o appiattite a uno dei due generi in senso binario.
8. Cicero et al., 2009
9. American Psychiatric Association, 2022
10. Lingardi & McWilliams, 2017.
11. World Health Organization, 2019.
12. Sentenze della Corte di Cassazione (n. 15138/2015), della Corte Costituzionale (n. 221/2015) e Sentenza n.180 della Corte Costituzionale del 2017.
13. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/09/30/20A05245/SG>
14. Identità non binarie: persone che vivono

il contrastato alle disuguaglianze di salute, tuttavia, non è impossibile: professionisti e professionisti dell'ambito socio-sanitario devono considerare la vulnerabilità sperimentata dalle persone transgender, per ricostruire modelli di trattamento e servizi che partano dalle necessità effettive, costruiti in accordo all'autodeterminazione dei soggetti protagonisti.

il proprio genere al di fuori del binarismo di genere.

15. Coleman et al., 2022.

16. Cisgender: persone la cui identità di genere corrisponde al genere assegnato alla nascita.

17. Zeeman et al., 2019.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2022). Gender Dysphoria. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).
- Cicero, E. C., Reisner, S. L., Silva, S. G., Merwin, E. I., & Humphreys, J. C. (2019). *Healthcare experiences of transgender adults: An integrated mixed research literature review*. *Advances in nursing science*, 42(2), 123-128.
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8*. *International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl 1), S1-S258.
- Lingardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- World Health Organization. (2019). *Gender Incongruence*. In *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*
- Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., ... & Amaddeo, F. (2019). *A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities*. *European Journal of Public Health*, 29(5), 974-980.

Movimenti, politica e salute. Prima parte

Discorsi e pratiche di salute mentale dentro e fuori dalle istituzioni

di Luca NEGROGNO*

Come è possibile che dopo due anni e mezzo di sindemia, la destrutturazione del servizio sanitario sempre più evidente, l'attacco che stanno subendo gli ambiti del welfare, della cura e della riproduzione sociale nel suo complesso, non sia emerso in Italia un movimento capace di tematizzare la difesa del servizio sanitario pubblico, la riformulazione della salute in senso relazionale, la connessione tra il benessere della popolazione e la necessità di porre un freno alla legge del profitto sul piano esistenziale, ambientale e istituzionale – e farne oggetto di rivendicazioni, pratiche, mobilitazioni che incidessero sull'esistente?

In questo contributo proverò a situare il campo delle questioni di cui bisogna tenere conto per rispondere a questa domanda; utilizzerò l'ambito della salute mentale per vedere nello specifico tre dinamiche che possono chiarirci questioni relative alla salute in generale, riguardanti: **1.** il ruolo del terzo settore; **2.** le ambivalenze della partecipazione; **3.** l'assenza di saperi emancipatori. Questo sarà oggetto della prima parte del contributo, qui pubblicata. Nel prossimo numero verrà pubblicata la seconda parte, in cui procederò a svolgere un'analisi dei limiti dei tentativi di movimento esistenti; per concludere farò delle osservazioni sul caso bolognese.

LA SALUTE MENTALE

Come hanno chiarito i recenti contri-

buti di Ierna, Esposito e Di Vittorio (1), nel campo della salute mentale assistiamo a una situazione contraddittoria: da una parte una estrema povertà culturale, pratica e strutturale nei servizi e nelle possibilità di presa in carico, dall'altro un proliferare di discorsi in cui i temi dell'innovazione, della partecipazione e della comunità oscurano ambiguamente tre processi: il costante allargamento di condizioni che ricadono sotto l'etichettamento diagnostico (e che in virtù dell'etichettamento diagnostico non trovano però né prassi comunitarie e relazionali dignitose ed emancipatorie né un aumento complessivo della capacità di presa in carico territoriale, ma soprattutto contesti di inclusione differenziale e diminuita), l'irrigidimento dei corpi professionali in saperi e identità sempre più corporative, la proliferazione di forme di abbandono e di desoggettivazione che colpiscono le sempre più numerose "vite di scarto" prodotte dalle dinamiche di quella che è stata a ragione definita "necropolitica" capitalista.

La fase pandemica ha messo in luce la rapidità con cui i segmenti della cosiddetta psichiatria o salute mentale "di comunità" si dispongono ad affrontare le situazioni di emergenza ricorrendo ai vecchi modelli del dispositivo manicomiale. Chiusura o riduzione di orario dei centri di salute mentale, riduzione della quantità di interventi territoriali a vantaggio di quelli ambu-

*Fondazione
Gian Franco
Minguzzi
(Bologna)

latoriali e farmacologici, rigidi limiti alle uscite e alle entrate in ogni tipo di struttura residenziale, aumento del ricorso alle pratiche contenitive e riavvolgimento del nodo che lega pratica clinica e mandato giudiziario sono stati elementi che in questi due anni e mezzo consentono di parlare di una diffusa neomanicomialità. È quindi venuto alla luce che non esiste un confine così netto tra le pratiche di salute mentale e quelle manicomiali: queste ultime tendono a riprodursi talvolta con maggiore facilità in alcuni punti del sistema, come le strutture residenziali, le CRA e le RSA – in cui la popolazione ospitata è composta anche di persone disabili e anziane – ma non si limitano a eventi localizzati in specifiche strutture. Come ha chiarito Pierangelo Di Vittorio (2), non ci sono elementi per cogliere la distinzione tra “cattive” pratiche manicomiali e “buone” pratiche di salute mentale: tale distinzione è piuttosto un artificio discorsivo che impedisce di vedere le continuità teoriche e storiche e di cogliere la natura più profonda della salute mentale stessa, che una prospettiva storiografica debole vuole definire solo in contrapposizione al manicomio, impedendo di coglierne gli intrinseci tratti di controllo biopolitico delle popolazioni. Nella pratica gli esempi più evidenti di neomanicomialità sono l’esito di un insieme di processi, di pratiche e di forme organizzative dei servizi tra cui possiamo inserire il ricorso ingiustificato al TSO, l’ipertrofia delle strutture residenziali con la povertà culturale e di opportunità della cosiddetta riabilitazione, l’assenza di riflessione sul rapporto tra servizio e territorio, la chiusura delle discipline psy in asfittici confini tecnicistici – da cui deriva la sostituzione di dispositivi asettici (che siano i farmaci o le psicoterapie o gli interventi “educativi”) a forme reali di relazione: l’organizzazione principalmente ambulatoriale, la vaghezza dell’approccio comunitario e la debolezza della riflessione politica alla base delle discipline tecniche concorrono alla strutturazione di relazioni

(o piuttosto dovremmo dire non relazioni) basate sulla desoggettivazione e l’intrattenimento; tali dinamiche attraversano i servizi, e il terzo settore che con essi svolge attività, anche quando non esitano in fenomeni manicomiali più evidenti.

IL TERZO SETTORE

Negli ultimi vent’anni non siamo stati in grado di discernere quale fosse il terzo settore che svolgeva pratiche emancipatorie, che inventava configurazioni istituzionali rese impossibili in altri contesti dalla rigidità burocratica dei servizi, e qual era invece il terzo settore funzionale solo alla destrutturazione e dismissione del servizio pubblico, nel quale si radicavano sfruttamento della manodopera, oppressione dell’utenza e subalternità culturale alle logiche di un’istituzione ormai residuale e dedicata a popolazioni residuali. È necessario compiere un’autocritica ampia per riaprire una riflessione politica sul terzo settore; è oggi necessario considerare questa galassia di realtà come oggetto di interlocuzione per favorire al suo interno una “separazione del grano dal loglio”.

L’ambito della salute mentale è quello in cui si può con maggiore precisione leggere l’ambiguità del terzo settore. Negli anni ‘80, fatte le leggi per istituire i servizi sanitari universali e deistituzionalizzati, non si erano create strutture territoriali adeguate per realizzarli e non si era data una base credibile al sistema dei servizi sociali che avrebbe dovuto integrarli; quelle poche volte che amministrazioni locali illuminate avevano fatto dei passi avanti in questa direzione, comunque non esistevano conseguenti finanziamenti nazionali a cui fare affidamento. In questo scenario è nata l’attuale configurazione del lavoro sociale, spesso radicata nell’azione politica e volontaristica di attivisti connessi al movimento ambientalista e pacifista, che sceglievano come campo d’azione centrale quello della riproduzione sociale e del vivente. Pur in un modo fin da principio imbricato nelle contraddizioni che decenni

dopo sarebbero divenute insostenibili, “l’impresa sociale” fu il metodo attraverso cui gli epigoni del movimento basagliano si ingegnarono per creare vettori di deistituzionalizzazione nella pratica quotidiana dei servizi. Pesanti baracconi amministrativi speculari alla logica fordista come gli ospedali psichiatrici furono decostruiti dall’interno ampliando e generalizzando il metodo della cooperazione sociale, favorendo l’iscrizione e il lavoro degli utenti in veste di socia, aprendo spazi di negozialità economica che – pur cavalcando una prima fase di “*esternalizzazione*” delle funzioni “*statali*” – incidevano positivamente sulla possibile soggettivazione emancipatoria degli ex internati (3).

Negli anni successivi si è invece reso evidente come il volontariato, la cooperazione sociale e il terzo settore siano stati a più riprese agenti in connessione strutturale con le politiche neoliberali di dismissione del servizio pubblico. Se da una parte un gruppo di soggetti ha ampliato le proprie prospettive immaginando e realizzando forme innovative di azione sulla salute dei territori, promozione e prevenzione (che pure sono da analizzare cogliendone le ambivalenze), dall’altra una larga parte di quei soggetti si è invece limitata ad eseguire la curatela fallimentare del sanitario e del sociale. Già alla fine degli anni ‘90, quando si dovettero velocemente dismettere i cosiddetti “*residui manicomiali*” per evitare le mannaie statali sui bilanci delle sanità regionali, laddove i servizi non erano stati costruiti, con la connivenza di CGIL e Psichiatria Democratica, il terzo settore contribuì a costruire quelle istituzioni psichiatriche postmanicomiali (4) in cui le prassi dell’ospedale psichiatrico non furono per nulla abbandonate e la popolazione internata fu meramente spostata dentro più piccoli contenitori residenziali.

Ad oggi, fuori dai quartieri smart e culturali – ove si concentra maggiormente l’azione della cooperazione dinamica, innovatrice e progressista – la residenzialità sociosanitaria per disabili,

anziana, minore e utente psichiatrica continua a configurarsi come sistema di lager legalmente formalizzati, dove i principi dell’esternalizzazione e della dismissione del welfare creano vere e proprie scariche sociali. In questi contesti larga parte della cooperazione sociale nutre il germe intestino della subordinazione culturale: per fare un esempio, in Lombardia sono pochissime le rsa che si sono opposte alle fallimentari direttive regionali sulla gestione del covid e hanno disposto che il loro personale indossasse le mascherine. Allargando lo sguardo, in Emilia-Romagna i politici locali hanno chiarito che le inchieste per individuare eventuali responsabilità civili o penali nella gestione del covid, richieste dai comitati di parenti delle vittime, sarebbero state una pura formalità. Nell’ambito di questa cooperazione sociale prospera la collusione con il potere politico, le cooperative funzionano come camere di compensazione e gestione preventiva dei conflitti, bacini di consenso elettorale, riserve di subalternità politica e culturale: come si può in tali condizioni essere agenti di emancipazione per le popolazioni assistite?

Cosa è rimasto del valore partecipativo da cui scaturivano la teoria e la prassi del lavoro sociale? Oggi alcuni elementi di quello spirito originario sembrano riaffermarsi nel tema della coprogettazione, bella sulla carta ma difficile da realizzare, e i nostri dubbi si basano sul fatto che i principi della 328 del 2000 che già andavano in questa direzione sono sempre stati disattesi. Nei prossimi mesi i piani di zona, i budget di salute e altre pratiche di partecipazione saranno un banco di prova per vedere se è possibile innovare i servizi in forma partecipativa resistendo alla loro dismissione economica – favorita dai processi di rientro di bilancio che ci aspettano. Per adesso resta un grosso punto interrogativo su questo orizzonte: se il terzo settore svolge una funzione pubblica, come ha riaffermato la Cassazione, di conseguenza anche il valore delle retribuzioni e i livelli salariali dovrebbe-

ro essere adeguati alla funzione pubblica che viene svolta?

Oggi troviamo picchi di coscienza e impegno civico nel campo della salute di prossimità, della promozione e della azione sui determinanti sociali proprio in aggregati di quella stessa variegata galassia. Negli ultimi anni sono emerse varie occasioni di presa di parola, organizzazione, intervento nel dibattito pubblico da parte di reti in cui convergono esperienze emancipatorie e partecipative del terzo settore (sia laico che cattolico), sperimentazioni organizzative avanzate nate tra reti di professionisti (come in alcune case della salute, come quella delle Piagge di Firenze, o nell'ambulatorio Julian Tudor Hart di Ferrara) le cui elaborazioni sono spesso confluite in soggetti collettivi o campagne impiegate a promuovere lo sviluppo delle cure primarie o modelli di gestione alternativa del servizio sanitario (5). Gli esempi più significativi sono rappresentati da soggetti plurali come la Campagna PHC, Salute Internazionale, Salute Diritto Fondamentale, Movimento Giotto, Forum Non Autosufficienza, Prima la Comunità – queste ultime molto interessanti per la compresenza, al suo interno, di operatori sociali molto impegnati nella lotta alle disuguaglianze, delle Acli, di fondazioni bancarie come Intesa San Paolo, di soggetti di spicco del mondo Cergas – Bocconi. Non vanno dimenticate a questo proposito anche varie esperienze di Cooperazione di Comunità: istituti cooperativi innovativi finalizzati a produrre benessere sui territori intervenendo nei settori dell'accoglienza diffusa, dell'economia circolare, della microimpresa inclusiva. Pure se in una forma compatibile con i processi di destrutturazione della azione statale, vari soggetti provenienti da questo ambito spesso svolgono una funzione di critica alle scelte governative – un esempio importante in questo ambito è rappresentato dal Forum Diseguaglianze Diversità – o si pongono come interfaccia di processi di formalizzazione delle occupazioni

sociali e abitative – si veda l'aggregato costituito da LabSUS.

In termini di geometrie politiche è evidente che tra questi soggetti ce ne sono alcuni che non hanno mai attraversato forme di attivismo e in particolare che non hanno incontrato la storia delle mobilitazioni per la difesa del servizio pubblico nazionale; ciò che ci preme sottolineare è che in questi contesti però spesso si trova una consapevolezza delle leve di azione, una cognizione delle dinamiche gestionali, una preparazione ad affrontare processi trasformativi ed emancipatori nella pratica quotidiana, che non si vede nei movimenti a difesa del servizio sanitario pubblico. Certo le tattiche di questi soggetti sono maturate in un alveo complessivo di compatibilità con l'esistente, ma esse hanno generato e stanno generando sperimentazioni e prassi che hanno impatti e significati pratici più progressisti di quanto avviene nell'alveo formale di un servizio pubblico incapace di dialogare con il suo fuori – tanto da dare l'impressione che la maggior parte dei movimenti a sua difesa sia attestato su posizioni conservatrici in quanto costituito da ceti professionali intermedi, non ancora destrutturati totalmente dalle trasformazioni delle ASL ma per ora incapaci di ragionare praticamente su come produrre pratiche innovative nell'attualità. Giovani medici e operatori sociali interessati a prassi innovative nel quotidiano guardano più di buon grado alle realtà a cui abbiamo qui accennato, quando cercano un orizzonte teorico e pratico nel quale sperimentare la propria politicizzazione, la propria etica professionale, il loro afflato come cittadini impegnate a contrastare le disuguaglianze e le ingiustizie nella quotidianità del proprio ruolo intellettuale specifico, che ai movimenti di difesa del servizio sanitario nazionale che sembrano anteporre a una visione politica sull'attualità la critica ai processi di aziendalizzazione neoliberale intervenuti negli anni 90. Tematizzare la questione è anche un passo obbliga-

to per riflettere su come portare fuori dalla compatibilità sistemica i saperi maturati nelle esperienze di innovazione più emancipatori. Se ci si pone l'obiettivo di incidere efficacemente sui rapporti di forza, non può esserci oggi un posizionamento a fianco delle lotte di lavoratrici e lavoratori a difesa "dell'esistente" senza interlocuzione con i professionisti che hanno in questi anni elaborato innovazioni a partire dalla qualità delle pratiche, delle teorie dell'organizzazione e delle esperienze innovative di salute territoriale e comunitaria.

Per quanto riguarda il terzo settore, un obiettivo intermedio sarebbe quello di spingere le aggregazioni genericamente progressiste a dirimere la questione etica principale che le riguarda: separare nel proprio ambito chi può essere alleato in una prospettiva complessivamente emancipatoria e chi no. Per predisporci a questo dibattito è importante che dismettiamo qualsiasi sicumera ideologica sulla primazia morale del pubblico: 30 anni di esternalizzazioni hanno deprivato il settore pubblico di leve operative per incidere sulla realtà in forme diverse dalla mercatizzazione. Facciamo un esempio che sembra lontano dal settore sanitario ma non lo è: l'energia nel Comune di Mantova. Laddove non si sono svenduti pezzi di pubblico alle parapubbliche aziendalizzate, la "tassazione dei maxi profitti" ha permesso di attuare politiche di redistribuzione e sostegno al pagamento delle bollette. Nella gran parte dei casi in cui è avvenuto altrimenti, il pubblico ha vissuto una perdita di competenze interne che ne ha limitato sempre di più la capacità di agire in modo diverso da quello che la temperie culturale anni '90 ha presentato come unico viatico verso la razionalizzazione, vale a dire quello che – in un contesto di spolitizzazione – porta direttamente alla logica aziendale orientata al conteggio delle mere prestazioni. Il lavoro dello dipendente pubblico non solo è sfruttato ma è anche vilipeso ed espropriato sul piano simbolico e dei significa-

ti. Per questo è necessario riformulare una domanda complessiva su cosa significa Pubblico (non solo qualcosa da difendere ma qualcosa da ricreare – anche coinvolgendo i saperi di questo terzo settore progressista); si riconosce qui la necessità di uscire dalla dichiarazione ideologica e andare a leggere nei microcontesti, nelle pratiche, nelle relazioni, sia istituzionali sia informali, nelle lotte quotidiane che avvengono attraverso i servizi. Andiamo a leggere quello che succede facendo con ricerca per ricostruire delle indicazioni su cosa significhi oggi una pratica politica per la trasformazione.

LA PARTECIPAZIONE MANIPOLATORIA

Un secondo ambito in cui a partire dalla salute mentale è possibile svolgere riflessioni generalizzabili è quello della partecipazione, in particolare dei limiti e delle ambiguità che questa pratica ha mostrato negli ultimi vent'anni. Giova molto alla riflessione più generale su movimenti, politica e salute l'osservazione di quelle forme di partecipazione manipolatoria che abbiamo visto svilupparsi negli ultimi 20 anni nel campo delle politiche di salute mentale, a partire dai comitati consultivi locali fino alle commissioni ministeriali, che hanno prodotto direttive e impegni largamente disattesi nei processi reali. In alcuni contesti si sono sviluppate inoltre specifiche sperimentazioni partecipative ancora alla ricerca di una complessiva sistematizzazione, che superi la dimensione puntuale e geograficamente limitata. Nonostante venti anni di sperimentazioni e tentativi di formalizzazione della partecipazione dell'associazionismo di familiare, utente e volontario nei servizi di salute mentale, non esistono risultati scientifici univoci su come si realizzi e quale efficacia abbia relativamente all'aumento del potere contrattuale dell'utenza nella definizione dei trattamenti e alla capacità dei servizi di rispondere ai bisogni della comunità con un approccio che effettivamente produca recovery, inclu-

sione sociale e possibilità di esercizio dei diritti di cittadinanza. Nella grande varietà di formule descrittive usate nella letteratura degli ultimi anni, non si è definito un costrutto efficace e dotato di adeguato consenso per tradurre in termini analitici e operativi le varie pratiche che si sono affermate nel campo della partecipazione, la cui concreta realizzazione risulta caratterizzata da estrema vaghezza e indeterminazione. Complessivamente sembra piuttosto che gli “*utenti esperti*”, i percorsi di auto-mutuo-aiuto e di supporto tra pari, così come i percorsi di coprogettazione (tre delle formule più diffuse che ha assunto la partecipazione nei servizi di salute mentale) abbiano isolato porzioni dell’attività di cura e riabilitazione molto limitate, ritagliandosi in esse un ruolo marginale rispetto all’attività complessiva dei servizi pubblici; talvolta queste formule hanno esasperato l’approccio prestazionistico e correttivo degli interventi, favorendo la penetrazione di specifiche lobbies scientifico-professionale-accademiche-editoriali nel novero dei diritti esigibili dal servizio pubblico, con il supporto di associazioni di famiglie (è il caso dei percorsi ABA per le persone autistiche in molte regioni, in cui una specifica attività di lobbying ha ottenuto il riconoscimento del diritto a ore di prestazione, che poi vengono svolte dal privato attraverso voucher ...).

Laddove si sono tentate pratiche di ibridazione tra saperi più emancipatorie, declinate attraverso percorsi formalizzati di inclusione dell’utenza nelle équipes dei centri di salute mentale, nelle unità di crisi degli SPDC, nell’organico strutturato dei centri diurni, si è trattato di esperienze con un’alta componente di aleatorietà, legate agli umori e alle convinzioni delle direzioni di turno, incapaci di produrre, direttamente o indirettamente, sedimentazione di conoscenza scientifica a cui fare riferimento. Le osservazioni più attente hanno inoltre messo in evidenza alcuni rischi costanti nelle pratiche di partecipazione

realizzate sui nostri territori. In primo luogo il rischio complessivo che la partecipazione venga “*tecnicizzata*”, si risolva cioè in un meccanismo di innovazione parziale, che non mette realmente in discussione il paradigma dei servizi ma ne realizza limitati aggiustamenti, attraverso cui si sviluppano nuovi processi di inclusione differenziale di peculiari fasce di utenza, senza che avvenga una complessiva trasformazione delle forme di interlocuzione tra servizi e comunità territoriale di riferimento.



L’altro aspetto critico emerso dalle osservazioni di questi anni è che la partecipazione di associazioni di utenti, familiari e volontari nei servizi di salute mentale, se non sviluppa un proprio autonomo assetto concettuale sui temi di cui si occupa e non riesce a modificare radicalmente l’impianto epistemologico e organizzativo dei contesti in cui agisce, rischia di tradursi in un fenomeno a cui può applicarsi la categoria Basagliana dei “*nuovi funzionari del consenso*”: come la psichiatria degli anni ‘70 ha dovuto “*ripulirsi*” dalla vecchia immagine ormai insopportabile del manicomio, così oggi, attraverso le esperienze di partecipazione, si afferma una nuova immagine dei servizi di salute mentale, oltre i conflitti e l’apparenza di miseria, per permettere a una disciplina esteriormente “*ripulita*” di continuare ad agire indisturbata nelle sue pratiche di invalidazione, esclusione e legittimazione dell’esclusione nel-

le pieghe delle contraddizioni sociali più stridenti, in cui la pratica più diffusa resta irrimediabilmente legata al modello della asimmetria di potere e della assenza di ogni possibilità di partecipazione.

Inoltre, il rischio che le forme di partecipazione siano solo una riproposizione dei modelli culturali e professionali già dominanti nei servizi deriva dal fatto che nei contesti locali queste pratiche spesso creano un “*trade off*”: i gruppi di “*coloro che partecipano*”, effettivamente ottenendo una maggiore legittimazione della propria soggettività, in cambio mostrano una adesione consensuale al modello epistemologico e organizzativo del servizio, quale che sia. Questi ambiti sono attraversati da un associazionismo che viene “*sussunto*” e funzionalizzato dalla governance locale di turno fino ai livelli ministeriali nazionali. La commissione parlamentare che c’è stata nel 2020 che esiti ha prodotto, se non quello di rinnovare l’immagine progressista di alcuni ceti professionali dall’area particolarmente “*engagé*”, senza incidere nella possibilità reale di costruzione di un ampio movimento popolare capace di raccogliere e dare voce alle esperienze più significative di partecipazione, ponendosi in una dimensione di radicale modificazione dell’esistente? Dobbiamo capire queste forme di partecipazione come allusioni a possibili cambiamenti sistemici, cogliendone le dinamiche emancipatorie ma riconoscendo anche la loro dimensione tendenzialmente manipolatoria; questo può emergere solo attraverso nuovi modelli di ricerca sulle pratiche, che coinvolgano direttamente la cittadinanza e l’utenza come soggettività produttrici di saperi – sul modello di quanto oggi viene portato avanti in contesti extranazionali dai critical disability studies, dai mad studies e dal movimento per la neurodivergenza, laddove questi abbiano sviluppato in ambito accademico e di ricerca saperi maturati in forme reali di coproduzione e attivismo. Dobbiamo capire cosa succede

in questi processi creando una forma di ricerca emancipatoria che ci aiuti a trovare un ruolo politico in questi spazi ambivalenti di partecipazione (6).

IL MUTUALISMO E IL PROBLEMA DELLE EPISTEMOLOGIE

La fase di sindemia ha dato slancio a una serie di esperienze politiche di “*mutualismo dal basso*” che hanno riportato al centro dell’azione dei movimenti la pratica autorganizzata di sostegno alla salute sul territorio, in forma solidaristica e militante. Per adesso queste pratiche hanno prodotto un impatto ambiguo: la grande attenzione posta sulla salute psicologica, che alcuni di questi progetti hanno contribuito a costruire, si è risolta – come esito sul piano vertenziale – in un bonus governativo che ha finito per rinforzare i ceti professionali e ricondurre il campo problematico a una dimensione individuale. Tuttavia, per stare al di fuori da una prospettiva limitante che vuole vedere in queste forme di mutualismo solo una “*quinta colonna*” della destrutturazione del servizio pubblico, dobbiamo analizzare queste esperienze per il portato di soggettivazione politica, per la capacità di incidere direttamente sul malessere di moltissime persone, per le potenzialità di sviluppo a cui alludono. Gli ambulatori popolari, che ad oggi non hanno una significativa formula di aggregazione in Italia ma che svolgono varie forme di interlocuzione ai livelli locali, nazionali e anche con le cliniche autogestite europee, hanno costituito uno stimolo alla riflessione dei movimenti sui temi della cura e hanno attratto molti giovani operatori sanitari in un’attività di grande valenza pratica. Ad oggi l’ipotesi più recente che potrebbe si sta proponendo come luogo di aggregazione e dibattito per queste realtà è quella costituita dalla rete del mutualismo innescata dalle riflessioni di Rimake e Fuorimercato; non si tratta del primo tentativo di aggregazione a livello nazionale: nell’estate del 2022 si è svolta la prima assemblea nazionale pubblica a Labas a

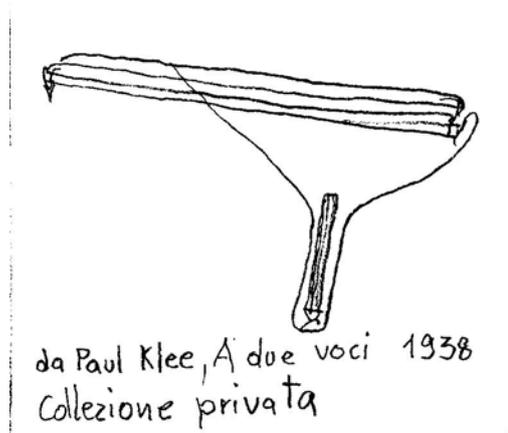
Bologna, a cui però non ha seguito uno sviluppo in termini di mobilitazione e di crescita del movimento a livello nazionale. Contestualmente, sia il Gabrio con la Microclinica Faith di Torino sia la Brigata Basaglia di Milano hanno svolto tentativi di costruzione di reti, aggregando i laboratori mutualistici transfemministi, le reti antipsichiatriche e il terzo settore impegnato nelle carceri, nei CIE e in alcuni segmenti particolarmente innovativi dei servizi di salute mentale. Tuttavia l'assenza di una prospettiva politica nazionale e di un coordinamento organizzativo pubblicamente riconosciuto, capace di tenere insieme mobilitazione, ricerca e interlocuzione con altri pezzi di movimento, non ha permesso lo sviluppo di un processo che avesse impatto sulle mobilitazioni.

A livello europeo recentemente si è aperto un percorso con le cliniche autogestite (soprattutto greche, inglesi e tedesche): tra i diversi attori coinvolti c'è il Centro di Salute Internazionale di Bologna, che a livello locale svolge varie interlocuzioni istituzionali formalizzate e si rapporta soprattutto con gruppi di tecnici e professionisti dei servizi. La rete europea non sembra in questa fase costituire un ambito in cui emergano strategie esplicite di movimento, legami chiari con altre mobilitazioni o ipotesi sul rapporto con le istituzioni ed è forte il rischio che queste aggregazioni si disperdano sul terreno dei dibattiti sull'egemonia. Rispetto a questi tentativi, la rete innescata da Fuorimercato ha il merito di aver unificato nella riflessione mutualismo militante nato dai centri sociali e terzo settore più impegnato in pratiche emancipatorie. Ci sono probabilmente delle questioni di egemonia, da cui deriva questa frammentazione di ipotesi organizzative – in cui si mescolano ai temi teorici, rischi di opportunismi e fraintendimenti, indipendentemente che essi riguardino aree autonome/post-operai, marxiste-leniniste o anarchiche. Oggi non sappiamo se i vari tentativi di aggregazione possano ancora produrre qualcosa, se il tentati-

vo dei trozkisti milanesi, o altri tentativi di aggregare realtà mutualistiche (a Bologna per esempio la “*Colonna solidale*”) possono superare una tendenziale incapacità relazionale che spesso prende la forma semplificatoria di una contrapposizione teorica. Per ora qui ci limitiamo a cercare di capire, a partire dai temi legati alla salute mentale, quali contraddizioni e quali potenzialità esprime questo ambito all'interno di una riflessione più generale su salute, movimenti e politica.

Il punto principale da cui guardare a questo campo denso di contraddizioni è il rapporto tra prassi mutualistica e possibilità di cambiamento delle epistemologie e delle prassi codificate; rispetto all'altro tema brevemente sopra evocato – se il mutualismo sia cioè la quinta colonna dell'erosione del servizio pubblico – riteniamo che la questione sia mal posta e vada ricompresa, appunto, all'interno della domanda su come prassi ed epistemologie “*di movimento*” possano interloquire da una parte con le istituzioni esistenti e dall'altra con le altre ipotesi di mobilitazione che insistono sul terreno della salute e della sanità. Ricalcando il ragionamento svolto sul terzo settore nel paragrafo precedente, si può meglio rintracciare il filo del nostro pensiero: il problema non è tanto se un territorio – povero di accessibilità ai servizi in generale o per particolari gruppi di popolazione – si autoorganizza per produrre risposte con la militanza. Certo, in questa azione possono esserci molte ambiguità: dal farsi finanziare da fondazioni bancarie che con l'altra mano promuovono programmi più generali di mercatizzazione del welfare attraverso improbabili “*Fondi di comunità*” intesi a rendere obsoleto il finanziamento pubblico dei servizi, alla possibilità che in tali forme di mutualismo militante si esercitino nuove dinamiche del controllo del merito (per esempio: occupo per te se partecipi alle manifestazioni, ti do il cesto di pasta o le cure mediche se ti iscrivi al mio sindacato di base, conto quante volte ti fai vedere al centro

sociale a fare i lavori per fare la nostra graduatoria da assistenti sociali, pensando questo conteggio come opera di “*politicizzazione*”). Per tenere legate queste domande a quelle precedenti sul terzo settore bisogna guardare con occhio critico al nodo delle prassi, dirimere se queste divengano emancipatorie o se riproducano i saperi e le gerarchie di ruoli esistenti, pur se trasposte in altro contesto. Riprendendo quella necessità di dismettere qualsiasi pregiudizio ideologico sulla superiorità morale del pubblico sul privato, bisogna vedere se e in che mi-



sura le riflessioni scaturite dalle prassi mutualistiche militanti possono costituire un’indicazione su come modificare la governance dei servizi pubblici, nell’ottica della costruzione di un movimento più globale, e in questo di una nuova epistemologia – che si rapporti diffusamente con il sociale.

L’interlocuzione con queste realtà può sviluppare una riflessione comune sulla teorizzazione della militanza e sull’epistemologia della salute. Queste azioni mutualistiche riescono a promuovere pratiche di salute dal basso in cui si realizzino forme di partecipazione comunitaria non tecnicizzate? (vale a dire che superino la distinzione di potere tra chi attraversa questi spazi come tecnico e chi come utente). L’altro tema è come questi processi riescano ad essere in relazione non meccanicamente con mobilitazioni e vertenze, se cioè possano esitare nella creazione di un corpo sociale in cui

la salute come processo relazionale si affermi anche come rivendicazione del controllo popolare sul servizio esistente. Se tutto questo è possibile è anche possibile la costruzione di reti territoriali di prossimità in grado di coinvolgere e convogliare quel terzo settore e quell’associazionismo che a tutt’oggi sono imbricati in pratiche di partecipazione manipolate dalle istituzioni. Per ora emerge che queste realtà non sono state fino ad ora in grado di realizzare che, attraverso i temi della “*coproduzione*”, della “*salute mentale in tutte le politiche*”, della lettura dei bisogni condivisi tra il terzo settore e i servizi pubblici, alcune elaborazioni nate in ambiti ad oggi più istituzionali ne “*scavalcano a sinistra*” l’impianto pratico ed epistemologico, dal momento che gli ambulatori popolari e i progetti mutualistici si limitano a fornire prestazioni sanitarie e psicologiche individuali.

L’esempio dell’ascolto psicologico, fornito da molti di questi sportelli mutualistici, costituisce una cartina di tornasole di queste stridenti difficoltà. Si può accontentarsi di collocare la pratica militante nell’orizzonte della psicologizzazione individuale dei bisogni? E, nel caso si voglia superarla andando in direzione di una epistemologia modellata sulle esperienze di psicologia di base integrata con le cure primarie, quindi contemporaneamente rispondendo e riformulando collettivamente e storicamente il mero “*bisogno di sostegno psicologico*”, con quali interlocutori e con quale visione strategica questo è possibile? Il rischio è che questi sportelli mutualistici, consapevoli di rispondere a un bisogno non raccolto dal servizio esistente, risolvano la loro strategia politica nella richiesta di istituzionalizzazione al servizio pubblico, riproducendo a propria volta non poche criticità rispetto all’organizzazione complessiva del servizio e a come vanno modificandosi i target di utenza a seconda dei processi di maggiore o minore investimento economico (esempio: riconoscere che l’ambulatorio dentisti-

co per la grave marginalità è un buon servizio fornito da un centro sociale e finanziarlo, da parte di una AUSL o di un Comune “*progressista*”, costa meno che creare un servizio dentistico pubblico di base aperto anche alle persone gravemente marginali).

In qualche modo, occupando una zona interstiziale, gli sportelli popolari di salute potrebbero avere le risorse pratiche e cognitive per superare l’epistemologia dei servizi istituzionali ma solo se si pongono nell’ottica di contribuire alla autorganizzazione e alla redistribuzione dei saperi in vista di una azione più ampia sui territori e sulle comunità, e su come esse sono tematizzate dai servizi pubblici esistenti. Si tratterebbe di stare dentro le discussioni sulle case di comunità e sull’assistenza territoriale, con le elaborazioni nate dalle proprie pratiche politiche, ma non con una logica meramente acquisitoria (cioè puntando all’obiettivo che il proprio sportello popolare venga finanziato per andare a costruire un ulteriore segmentino in un complesso di servizi sanitari “*neutrali*” e “*pluralistici*”, in cui per esempio sono convenzionati e finanziati contemporaneamente e a pari merito centri sociali che lottano contro le disuguaglianze e associazioni pro-vita che insultano le donne fuori dai consultori).

C’è poi la necessità di modificare il ruolo dell’utenza, in una fase in cui la logica prestazionale è stata incorporata dalle popolazioni e ha finito per sovradeterminare il tipo di richiesta di salute. In questo la specificità degli ambulatori popolari può situarsi nella capacità di leggere politicamente il nesso tra salute e forme di oppressione sistemica – che tra l’altro costituirebbe l’unica forma di soggettivazione non meccanica, se fatta in un’ottica di reciprocità – in modo che si realizzi quella capacità di vedere “*la malattia come assenza di partecipazione*”, come scriveva Maccacaro. Laddove sui tavoli AUSL queste realtà mutualistiche incontrano altri soggetti che fanno più o meno le stesse cose (cioè si concentrano su target di utenza si-

mili: gruppi sociali marginalizzati e non altrimenti presi in carico) ma collocandosi nel terzo settore, si chiedono se la loro lotta può risolversi in una richiesta di riconoscimento economico (cioè sedersi al tavolo della istituzionalizzazione spartitoria del terzo settore) oppure se, sulla base di queste potenzialità, si possa sviluppare un dibattito che infetti il sistema con l’interstizialità delle proprie pratiche e crei nuove alleanze anche con il terzo settore più istituzionalizzato?

Riteniamo che da queste esperienze, in salute mentale come in salute generale, possano emergere stimoli e indicazioni positive per una più complessiva riconcettualizzazione di come lavorare per la creazione di un movimento unitario e incisivo. Le sintetizziamo brevemente. Gli ambulatori popolari sono consapevoli del fatto che nella fase di crisi pandemica e postpandemica si è verificata una progressiva modificazione del target che trovava interessanti le loro offerte: se prima ci si limitava alla marginalità estrema, spesso costituita da popolazione migrante senza diritti, negli ultimi anni il bisogno di prestazioni sanitarie o psicologiche popolari ha interessato anche fasce di popolazione più socio economicamente integrata. Lungi dal partire da questa esperienza per decretare la fine del servizio pubblico e avviare la linea degli ambulatori popolari in ogni quartiere – irrealizzabile oltre che dannoso – tale circostanza può portare a svolgere un lavoro serio di conricerca su quali processi stanno alla base dell’allargarsi del cono d’ombra del servizio pubblico. Oltre all’indagine su quali sono i profili delle persone che non trovano assistenza nel servizio sanitario nazionale e su come il sistema frammentario dei Lea produca sacche strutturali di esclusione, l’analisi va posta anche su alcune dimensioni (la desoggettivazione, la reificazione, l’asimmetria di potere, il sessismo, ecc) che informano i modelli clinici dominanti e la cui condivisione critica può favorire la nascita di forme circolari e diffuse di conflittualità. Una conflittualità che, saldandosi anche

con le elaborazioni emancipatorie sulla salute di prossimità citate nel paragrafo sul terzo settore e con la messa in crisi dello sguardo medico-clinico che viene dai movimenti delle persone queer, disabilite e neurodivergenti, sia in grado di incidere complessivamente sul sistema sanitario pubblico (7).

Forme di coproduzione di salute, riattivazione del legame comunitario, costruzione di comunità coese al di là di singoli luoghi identitari, capacità di tematizzare e mettere al centro dell'azione l'arretratezza della formazione medica e dell'organizzazione sanitaria e sociosanitaria, possono essere i portati più emancipatori di questo gruppo di esperienze. In questo superamento delle asimmetrie e dei ruoli, in questa diversa tematizzazione del fare comunità, può svilupparsi anche un discorso sui modelli di militanza. Uscire da forme di leninismo abborracciato che vorrebbe risolvere le esperienze delle varie aggregazioni popolari nell'ottenere una convenzione per finanziare la militanza con il welfare in dismissione è il primo rischio da scongiurare; ampliare gli spazi di azione e di interlocuzione sarebbe l'orizzonte generale verso cui tendere. Una riformulazione dei modelli di militanza dovrebbe poi proporsi altri due obiettivi: smettere di pensare che la militanza costituisca corpi separati all'interno della società, permettere l'emersione di forme di mobilitazione sociale non identitarie e generalizzabili; iniziare a tematizzare e rendere visibile l'infinito lavoro di cura che sta dietro a organizzazioni che – anche quando vivono di un rigido formalismo esplicito – tendono ad occultare le prassi di cura quotidiane su cui si fonda la loro sopravvivenza, e che invece oggi tendono a riformulare allucinatoriamente come questioni di identità e di egemonia.

LE INDICAZIONI CHE VENGO DAL CAMPO DELLA SALUTE MENTALE

Come abbiamo visto, l'ambito della salute mentale può essere usato come osservatorio privilegiato di contrad-

dizioni che ci permettono di riflettere su temi più generali che riguardano la salute, la sanità pubblica e i movimenti. Per collocarci in una fase politica di attacco, con una strategia adeguata, dobbiamo trarre le giuste conclusioni dagli aspetti fin qui analizzati. Il campo della salute mentale presenta una frammentazione istituzionale che ci dispone prima di tutto ad un approccio complesso. Il rapporto fra saperi, pratiche e configurazioni locali dei segmenti istituzionali ci permette di guardare l'orizzonte delle strategie e delle tattiche di movimento e di coglierne criticità e ambiguità. A partire dal rapporto tra mutualismo ed epistemologie può aprirsi il campo attraverso cui condurre la riflessione verso una possibile elaborazione di movimento.

Il tema della salute mentale sta oggi vivendo una "*esplosione discorsiva*" (8), un proliferare di affermazioni ubiquitarie, ulteriormente amplificatosi dopo il prorompere della sindemia Covid19, ma già evidente negli ultimi anni grazie alle campagne antistigma come *time for change*, *Insieme per la salute mentale* e altre simili. È stato notato che, per quanto da molti punti di vista questa sia da considerare una progressiva affermazione della possibilità di tematizzare i bisogni di salute e di mettere al centro del dibattito il tema della cura, è impossibile non avere preoccupazioni per l'uso che di questa esplosione è stata fatta da parte di vari soggetti del complesso farmacologico-industriale, dotati di notevoli ramificazioni nel campo formativo, dell'associazionismo e delle fondazioni, che hanno principalmente usato queste campagne come strumento di rinforzo tattico dell'ideologia del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fondata sulla centralità di una nozione critica come quella di "*disturbo mentale*". Mark Cresswell a tal proposito propone di approfondire l'analisi delle voci che dal campo psichiatrico vengono coperte, confuse e silenziate, paragonandole alle voci che vengono invece sollecitate "*entro limiti ben definiti*".

Un articolo del 2021 ad opera di Diana Rose, attivista user e ricercatrice (9), riportava la necessità di “*mappare la conoscenza generata in tutto il mondo da persone messe a tacere per secoli – in quanto designate mad*”. Secondo l’autrice è necessaria una “*ricontestualizzazione della follia a tutti i livelli*”, al di là delle “*terapie individualizzanti*”, sia condotte attraverso medicinali sia attraverso cure psicologiche, in quanto “*spogliano chi vi partecipa delle loro realtà situate*”. Dalle prime co-ricerche, partecipative e qualitative di Diana Rose viene l’indicazione di valorizzare il sapere degli users/survivors/refusers oltre le categorizzazioni fornite dallo sguardo medico, verso il riconoscimento di saperi indipendenti dalla psichiatria, autonomamente prodotti, che esprimono una fuoriuscita dalle forme di invalidazione intrinseche nell’oggettivazione di tipo psy e nelle pratiche di presa in carico ad essa legate. I gruppi di users/survivors/refusers intervistati in varie parti del mondo, che siano o no impegnati in forme di *user involvement* o in pratiche di autogestione radicale, invitano a leggere la condizione esistenziale di cui fanno esperienza dentro un paradigma sociale più ampio, che tenga in considerazione l’ecologia costituita dai processi di cura e dalle condizioni economiche, materiali e culturali entro cui si generano le relazioni sociali stigmatizzanti. Uno sguardo più attento alle pratiche e alle epistemologie della cura incontra gli attuali sviluppi della riflessione femminista sulla tensione tra etica della cura e invisibilizzazione delle sue contraddizioni politiche e sociali. Proprio l’incontro critico con i disability studies ha permesso a Brunella Casalini, nel testo *Ecologie della cura* curato da Maddalena Fragnito e Miriam Tola (10), di approfondire “*la relazione complessa tra etica della cura e riproduzione sociale*”; rileggendo l’etica della cura attraverso i disability studies, si apre la possibilità di “*ripensare il welfare state in chiave di universalizzazione della cura, in modo da rimodulare la relazione tra Stato e*

pratiche di messa in comune (commoning) dei movimenti”. Questo dialogo ha conseguenze, oltre che per chi è coinvolto a vario titolo in relazioni di cura formali e informali, per la generale interrogazione su possibili forme di welfare rinnovate, che sappiano saldare universalismo ed empowerment nel lavoro di cura legato alle comunità. Limitarsi a riprodurre risposte preformate a domande la cui amplificazione è un effetto dello stesso discorso pubblico è una strategia suicida se non si interviene sulla modificazione delle epistemologie di base, anche accostandosi a lotte che sembrano a un primo sguardo estranee come quelle dei movimenti delle persone neurodivergenti o disabili. Dal proficuo incrocio con la riflessione transfemminista viene anche un importante apparato critico che permette di mettere in questione i mantra della “*autonomia*”, “*responsabilizzazione*”, “*indipendenza*”, che oggi orientano gran parte della prassi cosiddetta “*riabilitativa*” in salute mentale, oltre a costituire un canovaccio per le ultime riforme dei sistemi di welfare più in generale.

In Italia il dibattito critico sulle parole d’ordine dell’autonomia individuale, per come esse sono state interiorizzate nel discorso sulla *recovery* e sulla personalizzazione, è ancora poco sviluppato, anche a causa della partecipazione di molti gruppi professionali progressisti all’adozione di queste innovazioni (provenienti dal mondo anglosassone) con il fine “*tattico*” difensivo di collocare in un framework moderno alcune acquisizioni della prassi promossa dal movimento basagliano nella fase immediatamente successiva alla approvazione della legge 180/1978. Se in parte questa scelta ha consentito di ricostruire negli ultimi 20 anni una serie di reti internazionali, oggi utili anche per difendere le esperienze più avanzate del nostro paese dagli attacchi politici più reazionari e pretestuosi, d’altra parte, utilizzando un linguaggio prettamente basagliano, non dovremmo mai abbassare la guardia sul fatto che tali vettori di innova-

zioni possano costituire per l'ambiente italiano delle "ideologie di ricambio". Le ideologie di ricambio ci sono quando si adottano in situazioni socialmente e politicamente arretrate delle innovazioni discorsive maturate in contesti caratterizzati da un diverso sviluppo e da una diversa configurazione istituzionale: in questo modo si offrono soluzioni astratte alle contraddizioni pratiche avvertite nel contesto di importazione. Tali soluzioni però non emergono dalla pratica reale rivolta al superamento delle contraddizioni e delle arretratezze esistenti, ma semplicemente riconfigurano il discorso mainstream in modo che i problemi reali sono molto più spesso occultati che affrontati. Non è infrequente oggi imbattersi in contesti istituzionali in cui, dietro il discorso che parla di recovery, inclusione, coproduzione, ecc, si nascondano le medesime prassi di "intrattenimento" (11) che caratterizzano servizi impoveriti e destrutturati. Nello specifico, l'adozione di parole d'ordine esterne rivolte all'autonomizzazione individuale, alla libertà di scelta, alla responsabilizzazione, laddove non ci sia alcun reale miglioramento delle condizioni sociali e del potere contrattuale della cittadinanza che costituisce il bacino di utenza dei servizi, ha meramente l'effetto di alzare l'asticella dell'accesso alla presa in carico, di segmentare l'utenza in base ad astratte nozioni di "merito", "compliance", "adeguatezza" (dietro cui si celano soprattutto determinanti socio-economici, culturali, di genere), finiscono per rendere sempre più opaco lo spazio che va allargandosi nello iato tra dichiarazioni e pratiche. Oggi vediamo alcune possibili strade per contrastare il rischio che le formulazioni progressiste restino a svolgere solo la funzione di ideologie di ricambio: in primo luogo la crescita anche in Italia della discussione originata dai Critical Disability Studies, con la conseguente attenzione sulla ricerca autogestita emancipatoria della persone disabilite e l'adozione di paradigmi fortemente politici nell'interpretazio-

ne delle condizioni di disabilitazione i quali, mettendo in relazione la condizione delle persone disabilite agli altri gruppi oppressi della società sulle traiettorie della classe, della razzializzazione e del genere, promuovono forme più precise di presa di parola, di autorappresentanza, di produzione di epistemologie alternative a quelle istituzionali nel campo della cura e della salute (12). In secondo luogo le produzioni più recenti della teoria transfemminista, influenzate dal notevole ciclo di lotte che ha attraversato negli ultimi anni il sudamerica e che ha trovato nuovi stimoli nelle rivolte statunitensi contro il razzismo sistemico e nelle mobilitazioni contro la dismissione dei servizi pubblici in tutto il mondo a cavallo della pandemia, ha mostrato la necessità di ricollocare le questioni della cura in una dimensione ecologica, vale a dire attenta alle dimensioni politiche degli habitat, delle relazioni, dei tessuti sociali resi possibili da lavori di cura spesso invisibili e sfruttati. In quest'ottica si sono sviluppati anche i critical science studies, valorizzando la dimensione relazionale della produzione di pratiche e saperi che curano, con la potenzialità di riorganizzare le forme di vita sociale, in aperto conflitto con la violenza capitalistica e patriarcale. Non è un caso che proprio nell'interazione tra i critical disability studies e le filosofe femministe dell'etica della cura siano venuti approfondimenti critici sui concetti di "autonomia", "responsabilizzazione", "capacità individuale", tanto cari all'attuale produzione di discorso e di policies neoliberali: riconoscendo l'interdipendenza del vivente e d'altra parte dalle possibili dimensioni oppressive che coesistono sia con le relazioni di cura sia con la loro ineguale distribuzioni nel tessuto sociale si aprono prospettive per nuove riconfigurazioni dell'esperienza della fragilità in un'ottica intersoggettiva, comunitaria, e forse capaci di suscitare nuovi conflitti per la riappropriazione di forme universali e l'invenzione di nuove istituzioni di cura.

Un terzo elemento che risulta necessario oggi tenere in considerazione per approcciare in modo costruttivo le ambivalenze intrinseche nella programmazione *recovery oriented*, e quindi anche nelle metodologie “*comunitarie*” ad essa connesse come il budget di salute o la partecipazione nei servizi, è quello di recuperare e introdurre in Italia il dibattito critico sviluppato in ambito anglosassone a proposito di queste misure. In Regno Unito l'introduzione di modificazioni legislative orientate alla contrattualizzazione, alla personalizzazione e alla autonomia individuale è iniziata a partire dagli anni '90, all'interno delle riforme delle pubbliche amministrazioni orientate al *new public management*. In questo framework vengono riconcettualizzati alcuni temi che in ambito anglosassone e nordamericano erano stati centrali nell'azione dei movimenti di users, survivors e refusers della psichiatria. Questi movimenti, a partire dalla constatazione materiale che le prassi maggiormente coercitive come l'internamento coatto, il ricovero involontario, la somministrazione coercitiva di psicofarmaci, andavano ad addensarsi soprattutto sui gruppi di persone povere, razzializzate e marginalizzate, criticavano la medicalizzazione forzata, promuovevano pratiche di auto-mutuo-aiuto, propugnavano la recovery come processo di soggettivazione all'interno di un paradigma collettivo orientato ai diritti e alla giustizia sociale. Il Mad Studies Network ha recentemente messo in luce quanto la formulazione del *recovery-as-policy* abbia progressivamente oscurato la radicalità di questi contenuti e cooptato larga parte dell'attivismo in forme passivizzanti ed escludenti di mobilitazioni individualistiche. Recuperare

questo dibattito anglosassone sembra utile per non assistere impreparati alla torsione di tematiche emancipatorie in nuovi discorsi orientati al *workfare* e alla condizionalità dei servizi pubblici (13).

L'attuale frammentazione istituzionale nel campo della salute mentale si riverbera su molte questioni su cui oggi si gioca la sfida delle pratiche e delle epistemologie. Pensiamo alla diffusione di diagnosi precoci e prescrizioni psicofarmacologiche, in particolare nel campo di ansiolitici e antidepressivi; vediamo come i centri erogatori che promuovono questa prassi non siano solo i dipartimenti di salute mentale ma anche i medici di medicina generale, in un processo complesso di retroazioni che vanno dalla diffusione di saperi mainstream alla manipolazione dei bisogni della popolazione, che invoca ad ogni piè sospinto prestazioni correttive, forme di presa in carico desoggettivanti, ulteriori riproduzioni di opacità del sistema. In questo proliferare di discorsi e domande mal poste, si afferma la pretesa sempre maggiore di egemonia di approcci tecnicistici che ripropongono la centralità dei ceti professionali e la preminenza politica del ruolo di medici illuminati, azzerando qualsiasi processo di confronto con i processi sociali più profondi.

Se guardiamo come in salute mentale le proposte in cui sembra riconoscersi la maggioranza del progressismo assumano la formula ambigua di andare “*oltre la 180*” oppure di fare leva su misurazioni epidemiologiche che si limitano alla raccolta di dati quantitativi senza mettere in discussione le prassi qualitative della loro produzione e le soggettività in essa coinvolte, possiamo capire come nel campo del-



la salute e della sanità più in generale l'unico discorso che in questo momento sembri presentare un'ipotesi di sostenibilità nel mainstream sia quello prodotto dalle misurazioni del Cergas – Bocconi. Queste proposte, seppur con i loro meriti, non possono essere l'orizzonte in cui si risolve la strategia di quello che dovrebbe essere un movimento e dovrebbero rappresentare piuttosto la polarità di una interlocuzione critica – non ciò dietro cui una strategia di sinistra dovrebbe mimetiz-

zarsi fino a dissolversi. Per avere una visione unitaria delle epistemologie e delle prassi che sostanziano la salute mentale al di là dei discorsi genericamente progressisti è necessario iniziare a svolgere una conricerca dal basso – che sappia essere multisituata e coinvolgere vari gruppi sociali, ripolitizzando i saperi dei professionisti e mettendo in luce i saperi minori e marginali che nelle contraddizioni si agitano (anche se restando silenziati, in assenza di movimento).

Note

1. Si veda l'intervista a Riccardo Ierna "Salute mentale: da cittadini che chiedono salute a consumatori di prestazioni" su <http://www.blog-lavoroesalute.org/salute-mentale-da-cittadini-che-chiedono-salute-a-consumatori-di-prestazioni/>; di Antonio Esposito si veda "Che cosa resta del manicomio? L'internamento prêt-à-porter", in collaborazione con Maria Grazia Giannichedda, su *Cartografie Sociali* n. 9, 2020; di Pierangelo Di Vittorio si veda "Ragione funambolica. Sull'utilità del pensiero per la vita", Mimesis, 2021.
2. Si veda di Pierangelo Di Vittorio "Ragione funambolica. Sull'utilità del pensiero per la vita", Mimesis, 2021.
3. Si vedano due contributi pubblicati dal blog dell'Istituzione Gian Franco Minguzzi: "Gli anni dimenticati in cui si è «fatta la 180»" (disponibile qui: <https://unacertaideadi.altervista.org/2021/11/gli-anni-dimenticati-in-cui-si-e-fatta-la-180/>) e "Pensare i nodi della deistituzionalizzazione «Contro tutti i muri»" (disponibile qui: <https://unacertaideadi.altervista.org/wp-content/uploads/2022/05/Contro-tutti-i-muri.pdf>).
4. Si veda "Istituzioni post-manicomiali. Dispositivi totalizzanti e risorse di sopravvivenza nelle strutture intermedie residenziali", di Nicola Valentino, 2005, Sensibili alle foglie.
5. Si veda Martina Consoloni "Cure primarie e partecipazione comunitaria", <https://www.saluteinternazionale.info/2022/12/cure-primarie-e-partecipazione-comunitaria/>
6. Su questi temi si veda "Partecipazione e potere nei servizi di salute mentale" [https://](https://www.ibridamenti.com/2022/03/15/partecipazione-e-potere-nei-servizi-di-salute-mentale/)

www.ibridamenti.com/2022/03/15/partecipazione-e-potere-nei-servizi-di-salute-mentale/

7. Su questi temi si veda l'Almanacco TUPS a cura di Neuropeculiar. Qui la recensione di Marco Reggio <https://www.ibridamenti.com/2022/12/21/sviluppare-la-vostra-legittima-stranezza/>

8. Diana Rose, risposta alle osservazioni di Mark Cresswell¹, in cui è citata la "esplosione discorsiva" di Foucault in "storia della sessualità", 196.

9. Open letter "Critical qualitative research on 'madness': knowledge making and activism among those designated 'mad'" [version 1; awaiting peer review], Rose, D., Research School of Social Sciences and Department of Sociology, College of Arts and Sciences, Australian National University, Canberra, ACT2600, Australia, 20.

10. Maddalena Fragnito e Miriam Tola, *Ecologie della cura. Prospettive transfemministe*, Orthotes, 2021.

11. Si veda "La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica", Benedetto Saraceno, Etas, 1995

12. Per un'introduzione si vedano le opere di Enrico Valtellina.

13. Si vedano "Recovery-as-policy as a form of neoliberal state making", Brigit McWade, *Intersectionalities: a Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, And Practice*, 2016, Vol 5, No 3, <https://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/IJ/article/view/1602/1331>; "The mainstreaming of recovery", Diana Rose, *Journal of Mental Health*, 2014, 23(5), 217–218, doi:10.3109/09638237.2014.928406

Lo Psicoterapismo: psicoterapia e disuguaglianze tra mercato e diritti

di Matteo BESSONE*

Il mio intervento, a partire da un'analisi di alcuni mutamenti sociali successivi alla pandemia, relativi alla concezione di e alla sensibilità verso la salute mentale, ha l'obiettivo di mettere in luce alcune delle attuali contraddizioni di cui la psicoterapia si fa portatrice e che rende visibili, in particolare nel partecipare e insieme negare la costruzione di una società più giusta ed equa. La psicoterapia è infatti molto più che un dispositivo meramente clinico, individuale, che cura sofferenze individuali. In questo senso il termine "*psicoterapismo*" si riferisce ad alcuni degli effetti della psicoterapia che rischia di farsi veicolo complice dell'esistente, naturalizzandolo e riproducendo disuguaglianze sociali e di salute evitabili che costituiscono le principali barriere per la costruzione di una società capacitante (Sen 2014), giusta e sana, capace di tutelare i diritti dei suoi cittadini attraverso politiche intersettoriali e processi di partecipazione che producano salute per tutte e tutti. Per farlo, vedremo cosa la psicoterapia fa mentre si occupa, e dice di occuparsi, di benessere e salute mentale degli individui. Per vederlo dovremo, prima, costruirlo come oggetto, sottraendolo all'invisibilità a cui è condannato, coperto dalle narrazioni oggi dominanti che ne offrono un'immagine patinata, esclusivamente buona e positiva, dietro le porte degli studi privati.

SINDEMIA, CONDIZIONI E CONCEZIONI DI SALUTE MENTALE

La pandemia, o meglio sindemia (Horton 2020), ha mutato radicalmente lo scenario a livello globale, in due modi: da una parte esacerbando, rendendo più visibili, le preesistenti disuguaglianze socioeconomiche e di salute; dall'altra riportando la salute pubblica, intesa come bene comune, al centro del dibattito pubblico e politico, richiamando gli stati alle proprie responsabilità, e accelerando la cooperazione a livello europeo nella formulazione di politiche a tutela della salute del corpo sociale, in ottica biopolitica (Foucault 2005, Rose 2008). La sindemia ha inoltre reso maggiormente visibile, anche a molti cittadini poco interessati alla salute pubblica, l'influenza degli interessi privati e del profitto degli attori transnazionali nello spazio pubblico, ad esempio nella gestione dei brevetti per i vaccini (Agnoletto), il potere e forza delle comunità locali e dell'interdipendenza (Collective C. 2020) del corpo sociale, oltre che l'importanza di un settore sanitario in salute, in particolare delle cure primarie.

In continuità con lo scenario globale in Italia, la sindemia ha portato ad un'esplosione dei discorsi sulla salute mentale nel dibattito pubblico e politico, accelerando un trend già presente che aveva portato, ad esempio, alla proposta per lo psicologo di

* Sportello
TiAscolto,
Psicoterapia
Aperta

base, delle cure primarie, in Campania, prima della pandemia. Al di là delle condizioni di salute e benessere vissuti dalla popolazione, i media hanno promosso una comunicazione fondata su una narrazione catastrofica e sensazionalistica – alimentando un ciclo del panico morale descritto da McLuhan (1964) – amplificando dichiarazioni inquietanti di clinici, psichiatri e psicoterapeuti, che riportavano un aumento di gravità e numero di casi. I primi denunciando le difficoltà strutturali di un Servizio Sanitario Nazionale che mortifica le condizioni di lavoro a scapito dei paradigmi e della qualità della cura nei servizi. I secondi, invece, hanno visto nella pandemia un'imperdibile opportunità di riscatto sociale e prestigio, colta attraverso la creazione e la diffusione di termini come "*psicopandemia*" o "*languishing*", all'interno della concezione dominante per la quale, usando le parole del Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli psicologi David Lazzari, il "*benessere psicologico è un bene economico*" (1), per questo da tutelare.

In un clima di naturale paura, difficoltà, smarrimento, e insicurezze, l'unica granitica verità che, pur non potendo ancora fondarsi sulla validità e consistenza di evidenze epidemiologiche, veniva convintamente fornita era che ci stavamo ammalando, che la società era mentalmente malata. All'assedio del virus e al deterioramento delle reali condizioni materiali e psicologiche di vita si è sommata una narrazione catastrofica e ansiogena, fondata sul moltiplicarsi dei disturbi mentali, sul linguaggio patologizzante dei molti tecnici, con interessi economici, identitari e di prestigio. Non è un caso che, sempre il presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, certiffichi, pasciuto, quanto sia "*cresciuto il ruolo della psicologia della società*" (2).

Per essere chiari, la pandemia ha sicuramente peggiorato le condizioni socioeconomiche e di benessere soprattutto di individui, gruppi e famiglie in

condizioni di maggior svantaggio (ISS 2021). Tuttavia, è lecito domandarsi quanto l'enfasi, allarmata e allarmante, posta sul deteriorarsi delle condizioni di salute mentale della popolazione rifletta un reale deterioramento, epidemiologicamente significativo, e quanto un mutamento nella sensibilità pubblica al tema della salute mentale. Quanto l'aumento dei disturbi è legato ad un aumento della significatività, sensibilità, attenzione, da parte di cittadini e istituzioni al tema?

Inoltre, con il diffondersi di questa specifica narrazione e sensibilità, il termine stesso "*salute mentale*", sembra aver subito una mutazione semantica e di platea, con effetti tanto sullo stigma, quanto sul rapporto dei cittadini con la propria e altrui sofferenza e sulle politiche pubbliche, sociali e sanitarie, per rispondere all'emersione di nuovi bisogni emergenti. Ma naturalmente i bisogni, anche a livello individuale, sono co-determinati dall'insieme di narrazioni e dispositivi sociali disponibili in ciascun determinato momento storico. Il potere, riprendendo Foucault, produce le forme della soggettività che, in ciascun momento storico, gli sono assoggettate.

Prima della sindemia, parlare di "*salute mentale*" significava implicitamente riferirsi, soprattutto, ai poco numerosi pazienti con una grave disabilità psicosociale, associata ai cosiddetti disturbi maggiori e alle conseguenze cronicizzanti di una carriera psichiatrica in un sistema di cure incapace di assicurare cure dignitose e rispettose e il diritto ad una riabilitazione e alla vita all'interno della comunità. Il riferimento era ai pazienti psichiatrici e al Sistema Sanitario Nazionale, le rivendicazioni legate alla violenza tecnica (Basaglia 1968) della neomanicomialità e della coercizione agite, nella segregazione dei luoghi in cui la società aveva espulso la follia e lontane dalla vita quotidiana dei più, per i quali il fatto che la salute mentale riguardasse tutti era vero solo teoricamente, idealmente o a metà.

Con la pandemia la concezione collettiva di salute mentale si trasforma. Diventa saliente per una fascia più ampia della popolazione. Si avvicina, comprendendola, a quella dimensione a cui, precedentemente, ci si riferiva in alcuni discorsi relativi al “*benessere*” e alla centralità della “*qualità di vita*”. Tutto ciò accade nel momento in cui le nostre vite vengono, in misura differente, stravolte. Il reame dei cosiddetti “*disturbi mentali comuni*”, ovvero le diagnosi di ansia e depressione, entra a far parte dei discorsi sulla salute mentale, per molti tecnici, cittadini e politici. Nello stesso momento, tutti diventano vulnerabili, o a rischio, identificandosi in potenziali pazienti, clienti, oggetto di trattamento. I problemi di e della salute mentale ora riguardano realmente potenzialmente tutte e tutti, e tutta la popolazione. Questa congiuntura potrebbe rappresentare una grande opportunità, sia per chi è interessato alla salute pubblica, sia per chi è interessato a profitto e prestigio. Si accorciano le distanze tra chi e ciò che viene ritenuto sano e malato, con un probabile effetto sullo stigma (Goffman 1963) sociale e le sue implicazioni sulla possibilità di richiedere aiuto (Thornicroft et al. 2022).

Nell’esperienza vissuta, mutata concezione e mutata percezione di ciò e chi viene ritenuto sano o malato si amplificano, con effetti sull’identificazione, personale e collettiva, con le categorie, sempre storicamente determinate di sano e malato, e le concezioni di sofferenza e di cura disponibili. Queste a loro volta influenzano in maniera determinante l’insieme di appartenenze oltre che le rivendicazioni che queste rendono possibili e da cui si generano, elementi, entrambe, fortemente protettivi e curativi della salute mentale, come testimoniano ad esempio molti casi di biocittadinanza (Rose 2008). In questo modo, vengono cercate cure e risposte e rivendicate politiche, sì intersettoriali ma soprattutto sanitarie, in risposta a motivi e bisogni percepiti come sanitari e psicologici, a tutela di una società percepita e dipinta, non

senza interessi, psichicamente malata. Nel libero mercato, le domande di aiuto e supporto aumentano insieme all’offerta – o forse guidate da questa – di piattaforme digitali di consulti psicologici e app, proprio mentre il SSN prova a riorganizzarsi attorno alle sfide della telemedicina e della EHealth. In questo clima, con i servizi pubblici piegati, da anni di sottofinanziamento, dopo la pandemia, Speranza istituisce (3) il tavolo di lavoro “*benessere*” (4), distinto dal tavolo tecnico salute mentale (in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-5) (5) e il numero verde di assistenza telefonica. Dopodiché, accogliendo le rivendicazioni, dapprima eroga, e poi rifinanzia il bonus psicologo che, non senza legittime preoccupazione e critiche, sostiene le spese relative a sessioni di psicoterapia, nel libero mercato, e che in Piemonte coprirà 3.500 delle più 15.000 domande giunte che sottolineano non solamente il bisogno ma anche la barriera al suo soddisfacimento e all’esigibilità del diritto da cui è tutelato, ancor più dopo l’inserimento dell’assistenza psicologica nei LEA, nel 2017.

I CONTRIBUTI E GLI OSTACOLI DELLA PSICOTERAPIA

La comunità degli psicoterapeuti, psicologi e medici, pur fornendo una risposta ai bisogni emergenti di una fascia sempre più ampia, seppur sempre privilegiata, della cittadinanza, a parte qualche rara eccezione, non si è dimostrata ancora matura nel partecipare al contrasto delle barriere per la costruzione di una società più giusta e sana, né in termini culturali, né per la tutela di una salute mentale intesa come bene comune, se non nella misura in cui questo accresceva il proprio prestigio.

Ad esempio, il disagio psicologico cresce con lo svantaggio sociale (Marmot 2010; Who 2014; Wilkinson & Pickett 2009, 2018; CSDH 2008), un fattore di rischio per disagio e disturbi, maggiormente distribuiti, lungo un gradiente, nella parte del corpo sociale con mag-

giori difficoltà socioeconomiche. La psicoterapia è distribuita in maniera inversa rispetto alla distribuzione del disagio, più disponibile e accessibile per chi ha un maggior reddito (preso come indicatore per la classe), meno per quella fascia che ha un reddito minore e una maggiore probabilità di ammalarsi e dove maggiormente si concentra il carico di disagio nella società, in linea con la cosiddetta Inverse Care Law (Hart 1971). Alla scarsa accessibilità, legata alla distribuzione disuguale della psicoterapia (Bessone 2020), che la connota come dispositivo non democratico (Bessone et al. 2022), si sommano gli effetti differenziali tra individui appartenenti a classi diverse che ne hanno beneficiato o meno, sulle loro traiettorie sociali, come conseguenza dell'acquisizione o meno, grazie e durante al percorso, di una maggiore sicurezza e di strumenti, risorse (Costa 2014) e capacità e libertà (Sen 2014). Un effetto, se vogliamo preventivo rispetto alle conseguenze sociali del disagio, spesso implicato in meccanismi di mobilità discendente (*ibidem*) legati a fenomeni di selezione sociale, che amplificano le disuguaglianze sociali e di salute. La psicoterapia qui non è intesa come dispositivo di trattamento tecnico che neutralizza la malattia ma soprattutto come strumento redistributivo, che distribuisce socialmente risorse, materiali o simboliche, accrescendo o meno, la d loro traiettorie sociali, accelerando o dotazione di individui, in virtù della loro appartenenza sociale, di strumenti e libertà, influenzando sulle disuguaglianze sociali.

Entrambe questi elementi relativi all'impatto della psicoterapia sulla stratificazione sociale, e quindi delle sue dirette implicazioni politiche, si generano come conseguenza della sottorappresentazione della psicoterapia nel SSN e dell'influenza del libero mercato sul dispositivo. Tale influenza agisce tanto sulla formazione (Bessone 2020), soprattutto specialistica, quanto sull'erogazione. Questo, inevitabilmente, costituisce il dispositivo psicoterapia come veicolo del libero

mercato da cui è veicolata e di rappresentazioni mercificate di salute e benessere.

Alcune realtà ed esperienze, a livello locale o trans-territoriale (ad esempio, la Microclinica Fatih e la rete di ambulatori dei centri sociali che sta contribuendo a creare, la Brigata Basaglia, Psicoterapia Aperta, la Rete di Psicoterapia Sociale, o lo Sportello TiAscolto), provano a dare una concreta risposta alla scarsa accessibilità, anche attraverso pratiche collettive di cura e mutualistiche (6). Queste, ciascuna a modo proprio, in maniera spesso frammentata e coniugando in maniera differente i bisogni di reddito con l'attivismo politico, producono dispositivi, spesso dalla forte impostazione pragmatica, che dispiegano sia interventi capaci di prendere in carico anche i bisogni sociali delle persone nei loro contesti di vita, sia azioni collettive di salute comunitaria, sia azioni sui contesti di vita e sia politiche, dal livello territoriale a quello globale, per la giustizia sociale, anche attraverso la difesa del SSN. In queste esperienze l'accessibilità alle cure rappresenta il tema e il problema a cui rispondere che coniuga aspetti di carattere sanitario all'interno di una più ampia visione relativa alle condizioni sociali e alla distribuzione diseguale delle opportunità e dei vincoli per vivere una vita sana e, in caso di difficoltà, poter disporre delle risorse necessarie. Tuttavia, in maniera differente, la risposta pratica fornita, non sempre sembra in grado di interrogare la domanda e il ventaglio di risposte, in ottica realmente trasformativa.

Nel clima di maggiore sensibilità sociale, aumenta la produzione culturale e scientifica sul tema della salute mentale che dipingono la psicoterapia in forme differenti. L'intrattenimento (dalle molte serie TV, ai "Ferragnez") ne diffonde e dipinge un'immagine patinata, bilanciata dalla meno popolare ma più sfaccettata produzione scientifica. Ad esempio le *Consensus Conference* (ISS 2022) *sulle terapie psicologiche su ansia e depressione*,

fondamentali per lo sviluppo di politiche sanitarie. Oltre alle discriminazioni di censo, al problema nella formazione accademica e professionalizzante, privata, le Consensus sottolineano la diffusione prevalente di interventi di dubbia o scarsa efficacia (*ibidem*) che determina uno spreco di tempo e denaro per i cittadini che accedono a interventi nel mercato privato. Tuttavia, la posta in gioco reale sono le pratiche di cura prevalenti disponibili nei servizi pubblici che, in questo momento, privilegiano altri tipi di intervento, farmacologici.

Ne è testimonianza il fatto che i dati sui consumi registrano, per gli antidepressivi, un aumento del 10% negli ultimi 10 anni (AIFA 2021), con un aumento nel 2021 del + 3,4% rispetto al 2020 (AIFA 2022), e un uso raddoppiato negli ultimi 15 (ISS 2022). Nel 2020, l'anno della pandemia, i giovani sono stati tra le fasce più colpite dal mutamento delle condizioni di vita, gli antipsicotici i farmaci con l'aumento maggiore delle prescrizioni (+17,2%) rispetto all'anno precedente nella popolazione pediatrica (AIFA 2021). Le benzodiazepine, invece, pur registrando una riduzione dei consumi dell'1,2% tra 2020 e 2022, rimangono i farmaci di classe C (a carico dei cittadini) maggiormente acquistati, con una crescita media annuale di uso del +5,2% dal 2015 al 2021 (AIFA 2022). Naturalmente però, l'uso e il consumo di antidepressivi e gli ansiolitici non dipende esclusivamente dalle prescrizioni effettuate dai servizi specialistici di salute mentale.

Ad ogni modo, di fronte a questi trend di consumi, la diffusione di interventi di scarsa o dubbia efficacia è causa e conseguenza della difficoltà della psicoterapia, che non riesce attualmente a costituirsi come leva di cambiamento del sistema e del paradigma di cure. Non riesce attualmente ad arricchire la qualità dell'offerta di cure del SSN, talvolta violente, cronicizzanti, non sempre rispettose dei diritti, che tutelano il diritto alla salute attraverso pratiche ipermedicalizzanti, in assen-



za di un consenso realmente informato o della co-costruzione di percorsi terapeutici.

Per via dell'elevato rischio di inappropriata queste pratiche iniziano ad essere rappresentate come un problema rilevante evitabile di salute e sanità pubblica, da governare. Tuttavia, governarle significherebbe rovesciare un intero sistema. E chi avrebbe il potere di governarle sa che la legittimità del proprio potere è legata a doppio filo, e dipende, dal sistema esistente da cui gli è stato conferito e in cui si è affermato. La cautela con cui, a parte qualche rara significativa eccezione, viene candidamente denunciato il problema pubblicamente, però, puzza di una complicità, di fronte agli effetti che esercitano sulla salute delle persone, vissuta nel timore di perdere le posizioni di potere acquisite.

La diffusione di trattamenti farmacologici per ansia e depressione, paradossalmente, avviene a fronte di interventi di efficacia comparabile, anche per ansia e depressione, che evidenze robuste indicano essere oggetto di preferenze dei pazienti rispetto a quelli farmacologici in un rapporto di 3 a 1 (McHugh 2013). Le preferenze dei pazienti non sono solo una mera questione di opinioni. Giocano un ruolo fondamentale anche nella più dura medicina basata sulle evidenze influenzando su esiti e compliance oltre che rappresentare un elemento determinante per indirizzare le scelte legate al trattamento, le decisioni delle politiche sanitarie e l'allocazione delle risorse pubbliche.

**LO PSICOTERAPISMO:
PSICOTERAPIA COME DISPOSITIVO
STORICO E DI RIPRODUZIONE
SOCIALE**

La psicoterapia tuttavia soffre il confronto con le evidenze mostrando la doppia anima da cui deriva e che alimenta, divisa tra paradigma scientifico e umanista. Tuttavia, paradossalmente, sono le evidenze stesse a sottolinearne il principio attivo, di efficacia. Ovvero i fattori specifici, comuni ai diversi orientamenti, in particolare, la relazione (Cook, 2017; Wampold 2015). È proprio l'importanza della relazione che, entro certi limiti, confligge con la possibilità di una standardizzazione che rischia di deformare la pratica terapeutica, centrata sulle peculiarità individuali, appiattendola su protocolli necessari per la produzione di evidenze di costo-efficacia, costo-benefici, costo-utilità, di alto livello nella gerarchia, necessarie, nel bene e nel male, in termini di economia e politica sanitaria, in un sistema a risorse limitate.

Ciò che accade nello spazio che la relazione tra due cittadini con diversi ruoli, ne può spiegare la diffusione, in forme di scarsa efficacia, clinica e pratica, fuori dal SSN. Se è diffusa, evidentemente, costituisce la risposta a determinati bisogni che soddisfa e crea. Lo spazio della relazione duale consente inoltre di mostrare il bisogno a cui, in maniera non dissimile alle medicine complementari, la psicoterapia risponde, attraverso ciò che l'antropologia medica definisce efficacia simbolica (Lévi-Strauss 1949), che deriva dalla continuità offerta tra i sistemi di cura e le persone che a questi si rivolgono alle rappresentazioni simboliche e ai codici culturali condivisi all'interno di una comunità.

La psicoterapia, attraverso le relazioni cliniche, costituisce la risposta tecnica, individualizzata e individualizzante, offerta dalla società da cui è prodotta e che riproduce, in uno spazio privato apparentemente neutrale, a due bisogni collettivi, profondamente umani, prodotti nel rapporto tra le

persone e i contesti storici reali, di cui tali bisogni sono, sempre, almeno in parte, traccia.

Il primo è un umano bisogno di riconoscimento generato nell'interazione con un mondo disumano e disumanizzante, strutturalmente violento, incapace di garantire contesti di vita e lavoro che producano salute e benessere per individui, famiglie e comunità. Il terapeuta, previo il pagamento della tariffa per cui spesso non emette fattura, offre un trattamento. Semplicemente tratta rispettosamente, riparando alle ferite del mondo, tramite un'esperienza relazionale, cosiddetta correttiva, al riparo e separato da questo che mortifica la vita quotidiana delle persone all'interno cui logica che vede la misura dell'esistente nella produzione di profitto e nell'accumulo di denaro e prestigio, non nell'umano.

Il secondo bisogno squisitamente umano, è un bisogno simbolico, di senso, accresciuto storicamente, con il postmodernismo, soprattutto nel ricco disuguale Occidente, opulento e insoddisfatto, e acuito nell'epoca post-ideologica con il tramonto dei sistemi, politici o religiosi, espliciti di significato e riferimento collettivamente condivisi, che offrivano ai soggetti un orientamento e un senso profondo, nella verticalità, alla propria vita, valori e appartenenza, protezione oppure offrivano un sensazione di franca oppressione nei confronti di cui soggettivarsi attraverso il conflitto. È caratteristico di quella cosiddetta "*fine della verticalità*" (Ehremberg 2010), parallela all'affermarsi della sottile ideologia neoliberista, che naturalizza, colonizzandolo, l'esistente, inoculata e facilitata dalla complicità del dispositivo tecnico, culturale e politico psicoterapeutico.

Rispondendo a bisogni delle persone, non è solo la loro storia, con le loro traiettorie biografiche, ad entrare negli studi, quanto la Storia. Nello stesso momento, occorre riconoscere che la psicoterapia, in quanto dispositivo socio-politico, plasma la Storia stessa da cui è plasmata. In ciascun momen-

to storico, partecipa, come ciascun e ogni dispositivo di pratiche, alla diffusione di valori, concezioni del mondo, inclinazioni e disposizioni, plasmando e costruendo specifiche tipologie di individui, cultura, società, narrazioni e assetti sociali.

La psicoterapia è, per i cittadini che vi si rivolgono, un'oasi, calda e accogliente, un rifugio apparentemente sicuro e protettivo. Tuttavia, nel medesimo istante, rischia di riprodurre l'ordine sociopolitico esistente che ha prodotto le condizioni della propria esistenza e delle sofferenze delle persone di cui si cura, anche e soprattutto attraverso la promozione di una complice etica della compassione e della neutralità. Queste, seppur in un certo senso e in una certa misura necessarie clinicamente, vengono estese al di fuori del dispositivo clinico che le istituisce e, attraverso queste, si istituisce. Tale etica della compassione e della neutralità, derivanti dalla lente clinica, se estesa al di là del campo clinico, diffondono una visione, un atteggiamento e un immaginario collettivo, clinicamente informato, che enfatizza una lettura soggettivista del mondo, assunto come dato di realtà, a cui adattarsi e immo-
dificabile. Il focus dell'intervento è sul margine di azione intrapsichico, inteso come campo del reale.

Tuttavia il valore politico, mai neutrale, conservatore o progressista, di molti interventi per la salute mentale è fin troppo evidente laddove il potere non ha concesso lo spazio sociale all'ambiguità della neutralità, come è stato nel caso del nazismo, o dell'uso correttivo dei centri di "riabilitazione" in Russia, in Cina o durante i molti totalitarismi più espliciti.

È fin troppo chiara la funzione sociale degli interventi psicologici, ad esempio, durante la propagazione sociale del counseling, promosso dalla Thatcher come strumento riparativo e di reintegrazione sociale (Furedi 2005), posteriori a politiche intersettoriali malate.

Come afferma Davies (2015), la psicologia è spesso uno strumento delle so-



cietà per non guardarsi allo specchio. Le cose non sono troppo differenti, per gli interventi psicoterapeutici.

Sulla stessa traiettoria si inserisce la riflessione sulla funzione conservatrice della psicanalisi da parte di Castel (1975). Lo psicanalista neutro, egli afferma, è "socialmente neutralizzabile", "tecnicamente neutralizzato dal ruolo che si impone" e "praticamente neutralizzante". Il sociologo francese sottolinea che "tecnicamente parlando la neutralità è la condizione di possibilità della relazione, politicamente parlando è incarnazione politica dell'apoliticismo" (Castel, 1975). Infatti, come evidenziato fin dal titolo dal lavoro di Luigi D'Elia, lo psicoterapeuta esercita sempre una funzione sociale (D'Elia 2020).

Questo però, accade esattamente nel momento in cui vengono sottodimensionati, esclusi, negati e delegittimati i determinismi sociopolitici e valorizzati quelli emotivi. La cosiddetta assenza di giudizio e la neutralità necessarie per far emergere la realtà emotiva rischiano così di costituirsi come implicito consenso allo status quo. In questo modo, la funzione sociale dei terapeuti, mentre questi fanno nascere il cambiamento nell'ordine dell'individuale, si esplicita attraverso la mortificazione e negazione della trasformazione nel campo dell'ordine sociale la cui legittimità non viene interrogata e a cui occorre adattarsi anche perché vissuto, come esito del processo di "indottrinamento clinico", in linea con l'ideologia neoliberista, come naturale e non come prodotto di forze.

Le forze di cui si occupa la psicoterapia sono quelle di un mondo interno separato da quello esterno.

La posta in gioco, riprendendo le riflessioni antropologiche sul dispositivo clinico di Nathan (2013), è la verità. L'autore sottolinea chiaramente che "la psicoterapia smaschera credenze per fabbrica credenti", fedeli, promulgando verità sintoniche al mondo in cui si svolge, riproducendone le norme sociali dominanti e creandone di nuove. Ad esempio, attraverso l'enfasi sull'autonomia e sull'autodeterminazione (Benasayag 2004) e sull'ottimizzazione e la cura del Sé da parte di un sé, atomizzato, individuale, separato dal mondo esterno e dai legami tradizionali, quindi frammentato, isolato e disorganizzato (Nathan 2013, Furedi 2005). Ma come ogni pratica di cura, promuove o ostacola, per incorporazione, introiezione e diffusione, disposizioni o habitus mentali (Bourdieu 2005) e aspettative (Parsons 1950) più o meno asserviti alla struttura sociale esistente (Rose 2008) e alle forme di dominio da cui trova conferma e che rischia di confermare.

Ma è un presente che occorre rovesciare, come l'etica o la retorica della cura di sé, intrise spesso di azioni e rituali dal sapore consumistico che esitano in una cosmesi di e del sé contemporanea ad una spietata indifferenza nei confronti delle sorti degli oppressi oppure di una cultura falsamente compassionevole, psicologizzata e psicologizzante, nella forma e nell'atteggiamento in cui ciascuno è e pretende, rivendicando, di essere la misura dell'esistente. Il confine tra psicoterapia individualista e psicoterapia dell'individualismo è spesso sottile (Bessone et al. 2022).

Questa è la vera psicopandemia, la psicoterapizzazione o psicologizzazione dell'esistente, sincrona alla riproduzione di processi di mercificazione della salute e consumismo del benessere che produce un antagonismo pressoché esclusivamente ideologico o monumentalistico sotto la forma di una pacificata e complice di ideologia

della cura, producendo diagnosi di individui scevre di diagnosi dei contesti (Kinderman 2019). Si tratta di quel fenomeno in cui le concezioni dominanti di salute e benessere, alimentano una perenne insoddisfazione e un senso di minaccia connesso alle, tanto naturali quanto evitabili, condizioni di malessere, e si accompagnano a una cultura idealista della compassione, veicolata da una retorica pacificata, mistificante indigeribile e ideologica, della cura. Una violenza tecnica e simbolica che amplifica, riproduce e naturalizza la brutalità della violenza strutturale del mondo da cui scaturisce.

CONCLUSIONE

Questi sono alcuni degli aspetti dello psicoterapismo (Bessone et al. 2022), un neologismo che descrive riprendendo, estendendo e aggiornando le analisi di Castel sulla psicanalisi e sullo psicanalismo (1975), l'insieme degli aspetti iatrogeni, a livello sociale, politico, clinico, materiale e culturale, prodotti dalla psicoterapia sul corpo sociale, sulle comunità e gli individui. La società cambia e con questa le concezioni di salute mentale, malattia, cura, diritti e il modo in cui le persone vivono, nel proprio corpo, il proprio rapporto con le categorie sociali e i bisogni sociali vengono costruiti ed emergono. Dopo la sindemia, la psicoterapia e gli interventi clinici, rispondendo a bisogni sociali emergenti, si stanno rapidamente diffondendo con lo psicoterapismo che implicano.

Oggi, il linguaggio della salute mentale sembra assumere la funzione di idioma collettivo (7) (Ehremberg 2010), un modo comune per parlare collettivamente delle sofferenze generate dagli individui nel loro essere nel mondo e delle sue ingiustizie. Sembra rappresentare il veicolo che per anni hanno rappresentato le condizioni di lavoro. Tali condizioni collettive, tuttavia, erano le medesime che costituivano il terreno di conflitto e trasformazione sociale e una parte della posta in gioco per la costruzione di una società più giusta e sana.

La salute psicologica, sembra rendere possibili, sul terreno di ciò che si sta collettivamente costruendo come psiche individuale, rivendicazioni generate da bisogni più ampi da cui sono determinate, ma molto spesso sul terreno delle proprie condizioni individuali.

La salute psicologica, o meglio il disagio e il malessere psicologico, diventano oggetti tecnici, da curare tecnicamente, nella misura in cui la tecnica è lo strumento che la nostra società si sta dando per occuparsi della sofferenza degli individui nel rapporto con il mondo. Tuttavia, la forma sanitaria delle rivendicazioni nasconde e offusca spesso determinanti, sociali e politici, più ampi, spesso intaccati dall'intervento tecnico e dalla logica della presa in carico.

La psicoterapia non esiste di per sé né in una dimensione di "assenza di gravità sociologica" (Castel 1975). L'obiettivo di una società in salute non

è né può limitarsi ad estenderne l'utilizzo secondo la logica, dominante, della crescita costante. Semmai occorre contrastarne un uso poco consapevole anche e soprattutto a partire dal connubio con il libero mercato privato che la deforma. L'obiettivo, semmai è individuarne la funzione svolta tra la mancanza di riconoscimento delle condizioni sociali, un vuoto di senso e un pieno di cure dannose e violente, per indirizzarla al servizio della salute, intesa come bene comune, collettivo e più profondo di quanto la dimensione individuale consenta.

Può servire nei termini di riduzione delle disuguaglianze e tutela dei diritti a patto che venga utilizzata non solamente per prendere in carico le sofferenze degli individui ma se viene utilizzata per costruire più una società più giusta e sana, che tuteli le parti svantaggiate del corpo sociale e meno prestigio per i membri della propria categoria.

Note

1. https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=105180
2. https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?approfondimento_id=17206
3. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1656663011.pdf>
4. https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=105996

5. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf

6. Per un accenno al rapporto tra esperienze mutualistiche e salute mentale: <https://www.saluteinternazionale.info/2020/11/mutualismo-e-salute-mentale/>

7. Si pensi ad esempio al tweet del 17 Marzo di Palazzo Chigi: "Il #CTS ha dato un supporto psicologico nel dire che le decisioni sono state prese sulla base della scienza e non sulle sensazioni. Aspetto essenziale per chi prende decisioni o le vota in Parlamento"

Bibliografia

- AIFA (2022) "Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2021. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2022"
- AIFA (2021) "Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021"
- Benasayag M., & Schmit G. (2004) *L'epoca delle passioni tristi*. Feltrinelli Editore

- Bessone M., Sassoon M, Liroy M. (2022) *Dallo psicanalismo allo psicoterapismo. Per una politica della clinica e una psicoterapia critica*, Radio 32 Edizioni. Liberaamente consultabile qui:<https://radio32.net/wp-content/uploads/2022/04/Dallo-Psicanalismo-allo-Psicoterapismo.-Per-una-Politica-della-Clinica-e-una-Psicoterapia-Critica.pdf>

- Bessone M. (2020) "Psicoterapia Sociale e capacitazione. Il problema dell'accesso alla psicoterapia e ai servizi di salute mentale", in D'Elia L. (2020), *La funzione sociale*

- dello psicoterapeuta, Alpes Edizioni, Roma.
- Basaglia F. (1968) *Le istituzioni della violenza. L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*.
 - Bourdieu P. (2005) *Il senso pratico*, Armando, Roma.
 - Castel R. (1975) *Psicanalismo psicanalisi e potere*. Einaudi Torino
 - Collective C. (2020). *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*. Ed. Alegre.
 - Cook S. C., Schwartz A. C., & Kaslow N. J. (2017). Evidence-based psychotherapy: advantages and challenges. *Neurotherapeutics*, 14(3), 537-545.
 - Costa G. et al. (2014) *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Franco Angeli.
 - CSDH (2008) *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Ginevra: World Health Organization.
 - Davies W. (2015). *The happiness industry: How the government and big business sold us well-being*. Verso Books.
 - D'Elia L. (2020) *La funzione sociale dello psicoterapeuta*, Alpes Editore, Roma
 - Ehremberg A. (2010) *La società del disagio. Il mentale e il sociale*. Einaudi, Torino.
 - Foucault M. (2005). *Nascita della biopolitica: corso al Collège de France (1978-1979)*. Apogeo Editore.
 - Furedi F. (2005). *Il nuovo conformismo: Troppa psicologia nella vita quotidiana [Therapy Culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age]*. Milano: Feltrinelli.
 - Goffman E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex.
 - Hart J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412.
 - Horton R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874.
 - ISS (2022) Gruppo di lavoro "Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione". Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022.
 - ISS (2021) Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento. *PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19*. Versione del 9 marzo 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021)
 - Kinderman P. (2019). *A manifesto for mental health: Why we need a revolution in mental health care*. Springer Nature.
 - Marmot M, et al. (2010) *Fair society, healthy lives (The Marmot Review)*. Londra: Institute of Health Equity.
 - McHugh R. K., Whitton S. W., Peckham et al. (2013). *Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review*. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(6), 13979.
 - McLuhan M. (1964). *Understanding Media: The Extensions of Man* (trad. it. *Gli strumenti del comunicare*)
 - Nathan T., & Zajde, N. (2013). *Psicoterapia democratica*. Raffaello Cortina
 - Lévi-Strauss, C. (1949). L'efficacé symbolique. *Revue de l'histoire des religions*, 5-27.
 - Parsons T. (1950). Psychoanalysis and the social structure. *The Psychoanalytic Quarterly*, 19(3), 371-384.
 - Rose N. (2008). *La politica della vita: biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*. Einaudi. Torino
 - Sen A. (2014). *Lo sviluppo è libertà*. Edizioni Mondadori.
 - Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, et al. (2022). *The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health*. The Lancet.
 - Wampold, B. E. (2015). *How important are the common factors in psychotherapy? An update*. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
 - Wilkinson R, Pickett K. (2009) *The Spirit Level: Why greater equality makes societies stronger*. Londra: Allen Lane.
 - Wilkinson R, Pickett K. (2018) *The Inner Level: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-being*. Londra: Penguin Books.
 - World Health Organization. *Social determinants of mental health*. Ginevra: World Health Organization, 2014.

Quale ruolo per la Salute Mentale?

di Antonello D'ELIA, Salvatore DI FEDE, Raffaele GALLUCCIO, Emilio LUPO*

C'è chi pensa che parlare di salute mentale oggi in Italia voglia dire evocare bisogni di ascolto e di supporto per tutti coloro che, per qualche evenienza esistenziale, siano in difficoltà. Che la domanda di salute corrisponda all'erogazione di terapie, meglio se mirate, individuali, mediche o psicologiche che siano. Magari cercate sul libero mercato, facilitate da bonus, affidate a tecnici più o meno specializzati nei vari mali etichettati che quella salute paiono compromettere. La Pandemia da COVID-19 pareva aver aperto gli occhi a tutti sulla fragilità a cui siamo esposti, sulla necessità di presidi territoriali delle cure e dell'ascolto, sulla dimensione collettiva e comunitaria dei problemi che travalica quella individuale e privata. Non è così che sta andando tuttavia e l'espressione salute mentale sembra aver concentrato tutte queste istanze in un unico calderone indefinito, prevalentemente mercantile, in cui confluiscono patologie radicate e disagi transitori, problemi familiari e comunitari e smarrimenti individuali. L'assenza di qualunque esplicito riferimento a questi temi nel PNRR è l'esplicita ammissione dello scarso interesse reale per la salute pubblica e per il Servizio Sanitario Nazionale, tanto invocato quanto abbandonato a se stesso nell'attesa di "nuove frontiere" in cui il privato, magari assicurativo, possa prendere il posto di una rete di servizi desertificati, depauperati, resi sempre

meno efficaci e quindi poco affidabili. Salute Mentale, invece, un tempo denotava uno specifico modo di fare salute nei territori, di sostenere relazioni di cura e di curare le relazioni, istituzionali, umane, familiari, di mirare a un benessere collettivo da difendere, a partire dai diritti violati o sospesi dei malati, dall'esclusione delle persone in sofferenza e delle loro famiglie dal sociale, dalla lotta alle varie forme di stigma che affliggono una società parcellizzata e gli individui che la compongono, sempre più abbandonati a una sorte solitaria. Nell'arco di sei mesi due leggi, la 180 e la 833 del 1978, avevano riscritto i rapporti tra Stato, Follia e Salute dei suoi cittadini, impostato reti locali, coinvolto istanze della società e portatori di interessi e diritti, rese accessibili e universali le cure. Fu, tra l'altro e non a caso, la stagione che vide migliorare l'indice di sopravvivenza del nostro paese a livelli mai raggiunti in precedenza, l'epoca del sociale, uno spazio arricchito di rapporti tra parti e tra persone; la salute era un bene collettivo che, seppur minacciato, andava difeso con pratiche sperimentate e con azioni mirate a contrastare la negazione delle soggettività e delle diversità. Psichiatria Democratica nasce nel 1973, a breve saranno cinquant'anni, per ricordare che la Psichiatria o è democratica o non è, o è sociale o non è altro che tecnica di controllo, repressione, perpetuazione di relazioni sof-

* *Psichiatria Democratica*

ferenti e disperanti. Nasce in un'epoca in cui la salute, mentale e fisica, era questione di tutti, non solo appannaggio di una medicina che ambisce a governarne gli esiti con i suoi apparati tecnici. Si presenta come antistituzionale, alternativa all'istituzione che a quel tempo, e fino alla loro chiusura, era il manicomio, ma pur sempre psichiatria, disciplina di matrice medica ma di prassi antropologica e sociale. Sottoposta al maglio della politica degli uomini più che a quello della storia delle idee e della scienza, essa è cambiata sotto i nostri occhi: se ne sono modificate le prassi, i mezzi, gli strumenti, le stesse finalità. Nell'arco di meno di quarant'anni abbiamo assistito ad uno spostamento progressivo da un ruolo custodialistico e da una prassi concentrazionaria (il manicomio) ad una funzione curativa e riparativa ancorata al sociale (la comunità, il territorio), al prevalere di nuovo della dimensione medico/scientifica (l'ospedale, i posti letto, i farmaci), in una sequenza che non è indifferente rispetto alle scelte di come e dove fare psichiatria e quale orientamento assumere rispetto alla dimensione della cura. La sanitarizzazione della psichiatria è esitata, nei decenni, nella sua medicalizzazione ovvero nello sviluppo dei trattamenti tecnicizzati, biomedici e psicologici a scapito della sua dimensione sociale ritenuta, paradossalmente, ideologica laddove è stata proprio la "nuova" ideologia neuroscientifica, con il connesso sviluppo e penetrazione commerciale della psicofarmacologia, che ha fatto da rassicurante porto d'approdo per una buona parte di operatori della salute mentale. A questo quadro ha contribuito largamente anche un'altra dimensione, anche essa ideologica, per quanto rivestita di razionalità tecnica e gestionale, che è l'aziendalizzazione della sanità che, introducendo parametri apparentemente neutrali come quelli di natura economica, ha rivoltato gli stessi pilastri della riforma psichiatrica del 1978 subordinando, quasi sempre senza mediazioni, i

principi valoriali e socio-culturali a quelli della spesa. Sostenibilità, compatibilità economica, risparmi sul personale hanno lentamente ma inesorabilmente trasformato pratiche che avevano bisogno di operatori formati e adeguati per numero che costruivano e mantenevano relazioni di cura, progetti di inclusione sociale, abitativa e lavorativa, in soluzioni assistenziali di mantenimento e, a volte di induzione di cronicità. La salute da bene collettivo a servizio gestito sulla falsariga di un'azienda in un'ottica di profitto e risparmio (ma sappiamo come la veste aziendale abbia mostrato alla lunga la sua debolezza strutturale di fronte alla gestione politica delle Regioni). Un ottimo terreno di coltura per vecchie soluzioni neoasilarie e rinfocolati pregiudizi espulsivi. Si è aperta una contraddizione non sanata tra un impianto di stampo sociale come quello che aveva visto nascere il SSN e in esso confluire la legge 180 che al sociale guardava, come sfondo riparatorio dei diritti violati e della sofferenza esiliata tra le mura manicomiali, e i criteri di mercato liberali e capitalistici subentrati nel tempo. I due sfondi si sono rivelati inconciliabili né la politica ha fatto nulla per tentare una mediazione, pure possibile, tra impostazioni differenti della sanità. La salute mentale di questo contrasto non esplicitato ha pagato un prezzo altissimo. Sul campo, oggi, rimangono pochi professionisti stanchi, vecchi, rassegnati, smarriti, sempre più spesso sciattamente adeguati al disinteresse e alla inerzia operativa, burocraticamente propensi all'abbandono. L'ambito disciplinare e quello pubblico e sociale si sono ridotti a luoghi di incrocio tra linguaggi moderni e soluzioni arcaiche, pensieri articolati e azioni ed atteggiamenti emotivamente reattivi e irreflessi. Questa, appena ingiustamente semplificata, è storia, non evocazione sospirata di un tempo trascorso. Le ragioni dell'economia hanno preso il sopravvento e con esse quelle della quantità e della misurabilità; il mercato, svincolato da un progetto di so-

cietà, di convivenza e di sviluppo, ha delegato alla biomedicina anche la psichiatria, prima a quella mai riformata dell'accademia e poi, pian piano, anche a quella del Servizio Sanitario Nazionale. I piani di rientro, le crisi economiche, la delega agli esperti, hanno fatto il resto. Si è dimostrato, a scapito della sorte di pazienti, famiglie e operatori, che l'istituzione non era assimilabile al solo manicomio e alla psichiatria della custodia e della violenza che vi si praticava, allora come ora, corrisponde a un modo di pensare e agire nei confronti della diversità e della follia, modo distanziante e difensivo, segregante e espulsivo. Che come tale si riproduce in tutte le declinazioni fisiche della psichiatria post riforma così come nelle carceri o nei centri di accoglienza per migranti, forme differenti di un internamento non solo fisico ma sociale e mentale, e come tale abita anche le menti degli operatori in quanto reazione irriflessa alla vertigine e alla paura del confronto con la follia e la sua possibile imprevedibilità, con il timore evocato della violenza che l'ignoto, anche se opportunamente etichettato con diagnosi, sempre incute.

È uso da qualche tempo criticare quella stagione come epoca di illusioni ed ideologie non fondate, di ambizioni politiche extradisciplinari, poco connesse alla salute psichica delle persone. C'è chi parla di fallimento di un modello, di svelamento di un inganno collettivo.

Certo, in linea di massima le critiche che ancora durano a 44 anni da allora, non pare tocchino nessuno dei punti enunciati dalla legge 180 e nemmeno la sua posizione rispetto ai diritti dei malati. Ad essere sotto accusa sono piuttosto un intero periodo storico, un alone di significati associati a una politicizzazione della psichiatria, un approccio alla salute mentale non confinato alla dimensione biomedica della sofferenza. Il pensiero critico è accusato di ideologia (non sempre con adeguata consapevolezza del significato del termine), la messa in discussione

della psichiatria centrata sulle diagnosi e sui ricoveri diventa agli occhi dei critici segno di sciattezza, improvvisazione e disordine. Le pratiche mirate all'emancipazione e alla inclusione sociale del malato si volgono in una minaccia alla "scientificità" di una disciplina medica che riconduce all'individuo i suoi disturbi e i trattamenti del caso, prevalentemente farmacologici. In alternativa si vantano nobili imparentamenti con le neuroscienze, si esaltano scoperte che nessuna ricaduta hanno con la vita delle persone malate, si accetta con indifferenza la convivenza, sotto lo stesso tetto, di "raffinate" competenze neuropsicofarmacologiche e di cinghie di contenimento con cui legare al letto di degenza i pazienti più indocili, più agitati, più sofferenti quindi. Come se gli scivolamenti della ragione, sempre possibili, sempre in agguato, abbiano bisogno di letti in cui far sostare le persone, di ricoveri in degenze più o meno lunghe e non di restituzione di senso, di ricostruzione di legami interrotti col mondo, di ascolto e cura, di riconoscimento di quelle individualità che la patologia e l'ambiente (la famiglia, in luoghi di lavoro, la società) possono aver mortificato.

Tra la nostalgia del passato e la rincorsa conformista di un "nuovo", che troppo somiglia ai presupposti antichi di una psichiatria dello scientismo e del controllo, Psichiatria Democratica ha sempre occupato una posizione critica che non rinuncia al confronto con le modifiche della società, prende atto di alcuni dei limiti imposti dalla scena contemporanea ma cerca di conservare l'essenziale, compiendo scelte concrete, operative, per dare corpo agli indirizzi di fondo rinunciando a quanto ormai consumato dalla storia. Questo vuol dire riconoscere i limiti (di risorse innanzitutto) ed elaborare un lutto non nostalgico e melanconico per le perdite e per i cambiamenti avvenuti. I mutamenti della società e della cultura diventano un livello di realtà di cui prendere atto ma a cui non adeguarsi né opportunistica-

mente né con rassegnazione e da cui partire per preservare alcuni cardini della psichiatria territoriale senza manicomi, risorsa unica della nostra storia del post-riforma. Supportati da una diffusione locale nazionale, da solidi agganci alla concretezza e alle pratiche e senza rinunciare a tessere rete di alleanze, le azioni compiute hanno coinvolto ambiti differenziati del sociale che hanno posto al centro la difesa dei diritti e i valori del lavoro territoriale e comunitario. Il ruolo svolto nella chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ad esempio, non si è limitato al lungo percorso di visite sistematiche ai cinque nosocomi nazionali ma, all'indomani della chiusura degli OPG e dell'apertura delle REMS, ha permesso alla VII Commissione del Consiglio Superiore della Magistratura, al termine di una lunga serie di audizioni, di accogliere la proposta dei Protocolli Operativi in tema di misure di sicurezza (24/09/2018) che, ad oggi, rappresenta l'unico atto ufficiale che aggancia l'utilizzo delle REMS alla presa in carico da parte dei Servizi Dipartimentali di Salute Mentale attraverso un operato congiunto della Magistratura e dei DSM. In materia di contenzioni si deve alla determinazione del compianto Giuseppe Ortano la perizia nel processo Mastrogiovanni che ha permesso ai giudici di pronunciare quella che rimane fin qui l'unica sentenza di condanna nei confronti di medici ed operatori sanitari che ricorrendo alla contenzione meccanica hanno causato la morte di un paziente ricoverato in SPDC (15/11/2016, confermata ed estesa in Cassazione il 19/11/2018). A queste azioni si unisce l'impegno rispetto alla cosiddetta residenzialità, l'improprio ricorso sistematico a ricoveri costosi ed inefficaci presso strutture convenzionate ed accreditate, un vulnus all'efficacia di un lavoro territoriale che comporta il ricorso sistematico e continuativo a strutture abitative supportate personalizzate, unico contrasto al nuovo processo di internamento in atto soprattutto in

quelle regioni, la maggior parte, che vedono una forte presenza di posti letto a convenzione nelle strutture private o in quelle del cosiddetto privato sociale. I progetti IESA promossi in Piemonte da Luciano Sorrentino e Ezio Cristina sono una realtà di riferimento che si affianca alle reti che in molte realtà territoriali italiane lavorano per la realizzazione e il sostegno di appartamenti supportati. Inoltre la lezione della psichiatria antistituzionale risulta preziosa per metodo ed efficacia e in quanto tale estendibile al tema dell'abitare che coinvolge Senza Fissa Dimora, Migranti ed altre fasce deboli e a rischio (*"Ho una casa nella testa"*, Napoli 27/2/2015; *"Quella faccia da straniero"*, Castelvoturno, 6 e 7/04/2017). Ancora in tema di soggettività e di libertà delle cure va citata la partecipazione di PD (insieme ad altre sigle ed organizzazioni nazionali tra cui non da ultimo l'Istituto Mario Negri) alla rete italiana IIPDW che si batte per un uso appropriato degli psicofarmaci. Il tema della fragilità dell'infanzia che include l'abuso di diagnosi e psicofarmaci in età evolutiva ma anche la delinquenza minorile (*"Il Minore nella criminalità organizzata"*, 31/5/2019) è un'altra delle aree contigue alla psichiatria ma coerenti con l'attenzione alla salute mentale pubblica di cui Psichiatria Democratica si impegna e si impegna. Non ultimo va citata la stesura del Manifesto per la Salute Mentale (2021 – insieme a SPI, SIEP, Istituto Mario Negri, Cattedra di Psichiatria Università di Pavia) che intende rivendicare l'efficacia di un modello di presa in carico che vede al centro dei fattori terapeutici la relazione e che ad essa subordina tutte le altre componenti del saper fare psichiatrico. Ancora una volta si tratta di rinunciare alla logica della medicalizzazione/sanitarizzazione a tutti i costi, fare un passo indietro rispetto all'ambizione di integrare a pieno titolo la psichiatria in ambito medico e riconoscere la dimensione del sociale e pubblica come centrale, irrinunciabile e fondante.

Contenzione meccanica e fragilità

di Alberto GAINO*

Negli anni 60 del Novecento 200 mila minori furono internati in istituti medico-pedagogici che erano manicomi o vi assomigliavano molto. L'Istat ne censiva le presenze sulla base del numero delle rette pagate dalle Province agli enti che gestivano gli ospedali psichiatrici o gli altri istituti, privati e per lo più amministrati da congregazioni religiose. L'Istat non ha raccolto altri dati ma gli archivi e le testimonianze raccontano che quei minori erano i figli più poveri del boom demografico di quel tempo denso di chiaroscuri sociali. Sessant'anni dopo, in un paese segnato da record internazionali di denatalità e di invecchiamento progressivo della popolazione, l'emergenza sociale si è spostata sulle spalle degli anziani che hanno sempre meno salute e risorse, economiche e di relazione.

La strage di vecchi nelle Rsa all'inizio della pandemia diffusasi con il Covid-19 mi ha convinto che dovevo riprendere il mestiere di giornalista e impegnarmi in un'inchiesta su una condizione che sarà presto anche la mia. A cominciare dagli interrogativi che mi premevano dentro e sono diventati più assillanti nei successivi due anni di separazione fisica, marcata, degli anziani che vivono istituzionalizzati in apposite strutture, con tanti nomi, ma, per lo più, identificabili come residenze sanitarie assistenziali. Istituzionalizzati: la definizione può sembrare enigmatica a chi non abbia fatto certe letture (come i saggi di Erving Goffman) e non abbia constatato

nella realtà le conseguenze di un ricovero in strutture in cui gli "ospiti" conducono una vita scandita come fossero assistiti a vita in ospedali ma senza essere minimamente attrezzati da ospedali, se non per vitto e scansione delle giornate: cibi insipidi, orari dei pasti molto diversi dalla loro precedente normalità, anche il sonno è spesso regolato dalle scelte dello staff orientate al risparmio di personale e all'ottimizzazione del suo utilizzo.

Non voglio fare di ogni erba un fascio: so bene anch'io che vi sono residenze per persone non autosufficienti che invece valorizzano i bisogni individuali mettendo in conto di dover affrontare costi superiori rispetto ad una parte consistente della concorrenza. Strutture che hanno a cuore le persone e non si occupano solo dei corpi. Ma la diffusione del Covid-19 ha rivelato la fragilità di un sistema accentuato dalle modalità di operare, da parte di grandi imprese, finalizzate al risparmio dei costi per ricavare profitto dall'attività avviata. Questi network, i più grandi sono multinazionali, fanno capo a banche, società finanziarie o a famiglie già presenti nella sanità convenzionata con il sistema pubblico. Non manca chi abbia lasciato gli appalti per le pulizie per fiondarsi sul nuovo business che sta progressivamente sostituendosi alle iniziative pubbliche e di fondazioni private no profit.

Ho lavorato a lungo su questo tema e ne ho dato conto in un libro sull'istituzionalizzazione delle persone più

* Scrittore

fragili nel primo e più duro tempo del Covid-19 dal titolo evocativo *Le bocche inutili*. Ispirato ad una cronaca senese di metà 1500: quando, sotto assedio da parte delle truppe di Carlo V e dei Medici suoi alleati e con risorse alimentari limitate, la Repubblica decise di cacciare fuori dalle mura di Siena bambini senza nessuno, anziani poveri, prostitute di strada e stranieri, le categorie sociali che anche oggi vivono ai margini della società.

Il Covid-19 non ha fatto riemergere soltanto pregiudizi verso i più deboli: anche alcuni economisti di oggi hanno invitato all'esclusione sociale degli anziani come misura per contenere la pandemia. Ma ciò che più è emerso con nettezza è la non cura, sostituita dalla custodia dove e quando ci si muova con finalità di profitto. Obiettivo che comporta un disinvestimento deciso sulla professionalità del personale: meno infermieri e più badanti, quello degli operatori è il costo più elevato. I risparmi di gestione e i profitti passano per il precariato e la compressione dei diritti dei ricoverati. A cominciare dal fenomeno della contenzione meccanica delle persone, come vedremo in questo lavoro. Tutt'altro che inedito ma ora più diffuso in un contesto opaco come quello del Covid, con le famiglie fuori gioco per un controllo dal basso, lo stesso Garante per le persone private della libertà ha più volte segnalato ampie zone d'ombra sulla custodia delle persone travestita da misure per la loro sicurezza che si traducono banalmente nel legarle al letto o ad altro. Non aiutano la giurisprudenza, il silenzio, a volte imbarazzato di tanti, e la stessa ipocrisia che si spendeva nel tempo dei manicomi e oggi verso la condizione dei matti medicalizzati e contenuti in troppi Servizi di diagnosi e cura (Spdc) e residenze psichiatriche: si guardava e si guarda da un'altra parte. È significativo che persino studiosi impegnati preferiscano parlare e scrivere di abusi in questi contesti e non esplicitamente di contenzione meccanica delle persone. Immobilizzate per giorni, mesi, anni nel loro fine vita.

Ciò è tanto più evidente nella tendenza, più decisa dopo la prima fase del Covid-19, a ottimizzare i costi con l'allestimento di grandi strutture per anziani non autosufficienti in cui vengono ricoverate, sempre più spesso, persone con disagio psichico ritenuto cronico.

L'Europa del Nord ci ha preceduto in questo processo di cronicari moderni da centinaia di posti letto l'uno e, mentre almeno in Danimarca, prima ancora della pandemia e delle sue lezioni, si è riflettuto criticamente sull'impatto che vite relegate in immense case di riposo hanno sulla salute complessiva di chi le abita e si è iniziato un percorso di ritorno al passato avviando in talune strutture mense aperte a chiunque, così come servizi per le persone, dal parrucchiere al centro benessere, in Italia si viaggia imperterriti nella direzione opposta. Non a caso, sono sbarcate anche nel nostro paese alcune multinazionali leader del settore in Europa.

Se emerge una diversificazione, suggerita dai guai del Covid-19, sta nel parcellizzare la gestione e delegarne le responsabilità ad altri: la grande impresa fornisce non di rado chiavi in mano queste nuove fabbriche della conservazione degli anziani senza alternative quando sono soli o non possono rimanere in famiglia per difficoltà dei parenti o per scelta di costoro.

Una volta ottenuta la convenzione con il sistema pubblico, che così si fa carico di una parte consistente dei costi, la gestione dei ricoverati viene affidata ad associazioni professionali. È una risposta alle inchieste giudiziarie sulla gestione di numerose case di riposo nel tempo della pandemia. Così come una risposta, apparentemente di protezione della salute dei ricoverati, è stato chiuderli a lungo nelle loro camere e impedire le visite dei parenti. Per poi limitarle. Così è andata in troppe strutture per non tenerne conto: la solitudine dei sopravvissuti è una realtà che è stata poco indagata.

Ho provato a raccogliere testimonianze: alcune molto accorate, altre evasi-

ve. Comunque, si cerchi di approfondire, emergono reazioni molte diverse. Operatori e familiari di ricoverati in Rsa che hanno positivamente riflettuto su questo tsunami, altri che l'hanno archiviato. Non nascondiamo gli interessi alla base di un sistema che accoglie persone fragili – 400 mila persone fra chi viva in Rsa, residenze psichiatriche e per disabili – che coinvolge anche chi lavora per queste imprese. Se si ha in mente di rispettare la dignità delle persone, non trovo scandaloso che si investa nella cura degli anziani, sempre che di cura si tratti: vivono più a lungo in condizioni progressivamente precarie, afflitti da più patologie croniche. Questo è il primo punto: l'aumento costante delle persone di una certa età non più autosufficienti. Il secondo: nel transitare da un millennio all'altro, in pochi anni è come se davvero fosse trascorso il tempo di più generazioni, tanto rapida è stata la liquefazione delle nostre reti parentali di naturale protezione dei deboli. Appartengo alla generazione dei settantenni che, da piccoli, potevano contare sulle attenzioni e la cura, oltre che dei genitori, di nonni e spesso di numerose zie. Una cura prevalentemente al femminile. Che, rispetto ai parenti più anziani e agli stessi fratelli e sorelle, si traduceva più spesso in sostegno che non nel suo contrario. So che non andava così per tutti, ma pur nella diversità, le storie delle mie nonne hanno segnato una costante: ci si aiutava reciprocamente nelle loro famiglie. Clemenza si chiamava la mia nonna materna ed era la prima di sette sorelle (i fratelli erano tre). Fu anche la prima a sposarsi e ad avere figli. Che crebbero con i figli delle sorelle e di due fratelli. Un terzo emigrò non lontano e visse di solitudine per il suo carattere ombroso sino a quando, con la vecchiaia, tornò sui suoi passi a cercare protezione dalla fragilità nelle vite delle sorelle tutte molto operose e solidali fra loro e con il resto della famiglia allargata. Nessuno fu mai lasciato indietro da una rete tessuta da stretti rapporti di affetto e lunga dedizione

tutta femminile – ripeto – all'assistenza. L'altra mia nonna si chiamava Maria e proveniva da una famiglia poverissima di mezzadri, cioè di contadini senza terra, che era stata devastata da ogni sorta di rovesci, che fossero pellagra, morbillo, carestie endemiche di inizio Novecento. Dei dodici fratelli e sorelle di mia nonna paterna sopravvissero all'infanzia i due maggiori e l'ultima. Il fratello nato vent'anni prima della nonna riuscì a emergere da quella povertà diventando ferroviere e riuscendo a far studiare la nonna e una seconda sorella. Alla terza, la più giovane, pensarono le due sorelle rimaste che avevano trovato lavoro come impiegate.

Di storie così oggi se ne conoscono ma si tende a perderne la memoria. Già agli inizi degli anni Novanta dello scorso secolo, nel corso di una mia inchiesta sui nuovi poveri di Torino, emerse la figura delle donne separate, con i figli a carico e un mutuo, spesso oneroso, da pagare per la casa che i mariti avevano lasciato loro. Donne relativamente giovani, con un lavoro come operaie, impiegate, insegnanti, ma senza supporti familiari. Ne incontrai più d'una in una casa della carità cristiana nei pressi di un grande parco cittadino. Avevano dovuto lasciare l'appartamento alle banche ed erano finite là con i figli. Poveri invisibili.

A quarant'anni si può ancora sperare di risollevarsi ma a settanta e più, specialmente se si è perduta la salute e si debba dipendere da altri? Con i vecchi di oggi, spesso soli e molto malandati, non di rado con figli già avanti negli anni, a loro volta malandati e non in grado di sostenere genitori vedovi quasi centenari, la Rsa è un approdo di necessità in assenza di alternative: prima fra tutte un'assistenza domiciliare efficace per cui si è speso papa Francesco ed è diventata un'opzione concreta con il ministro della Salute, Roberto Speranza.

In quegli stessi anni 90, con i tagli progressivi alla sanità pubblica che hanno pesantemente inciso sui posti letto nei reparti di geriatria, si è costruita, con

30 miliardi di lire iniziali di finanziamenti dai governi dell'epoca, l'alternativa delle case di riposo trasformate in residenze sanitarie assistenziali. Scarsa presenza di medici, infermieri professionali in misura insufficiente, con le Regioni che hanno stabilito per l'accreditamento la presenza in media di 1 ogni 40 ricoverati. Rapporto ulteriormente condizionato dagli standard di minutaggio per le previste prestazioni di carattere sanitario.

Nel mio precedente lavoro di inchiesta mi ha particolarmente colpito la te-



stimonianza di un giovane infermiere professionale fiorentino che ha definito il suo lavoro in una Rsa una catena di montaggio: *“In un turno, con 39 assistiti da 2-3 patologie serie ognuno, avevo appena il tempo di preparare le medicine da somministrare, provvedervi, misurare la pressione arteriosa, compiere alcuni altri controlli al volo, passando da un letto all’altro, e poi riferire telefonicamente ai medici di famiglia di ciascuno per riceverne eventuali nuove indicazioni terapeutiche. Non c’era modo di conversare un minimo, di parlare con le persone. Eppure la struttura dove lavoravo, prima di passare al servizio pubblico, era dignitosa con una valente coordinatrice sanitaria.”*

Al di là della buona volontà e dello spirito di sacrificio di molti operatori, sono la forma e i contenuti del processo di istituzionalizzazione che ren-

dono queste strutture, tanto più se di notevoli dimensioni, luoghi inadatti perché una persona vi trascorra il suo fine vita. Almeno sino a quando abbia memoria di sé, lucidità, desideri, anche se per una parte delle sue giornate. Questo tempo veloce per gli infermieri e lunghissimo per i ricoverati è facilmente reso nei suoi tratti essenziali attraverso il filo delle nostre memorie personali: un tema davvero centrale per più aspetti e diventato un architrave anche di ogni serio lavoro di cura. Chi finisca in certe case di riposo senza più alcuna vitalità e ricordi, la sua storia, rischia di essere vissuto come oggetto.

Non è comunque più il tempo per la retorica degli anziani fragili (e dei matti felici).

“Le nostre nonnine”, “i nostri nonnini”, ti senti dire spesso chiedendo degli anziani ospiti nelle Rsa dal personale incaricato di prendersi cura di loro. Dovrebbe essere un vezzeggiativo. Ne siamo sicuri? Mi sembra piuttosto la definizione di persone la cui soggettività, per quanto sia stata attenuata da precarie condizioni di salute, è negata da chi provvede loro. I *“nostri nonnini”* sono visti come chi è regredito all’età della prima infanzia nel tempo protratto in cui i bambini negli istituti medico-pedagogici erano davvero tanti, come accennato nelle prime righe, e vi sopravvivevano in condizioni precarie e di sovraffollamento. I pregiudizi nei confronti della fragilità erano allora, come oggi, un fattore decisivo dei processi di separazione delle persone improduttive, inutili, dal resto della comunità. Sempre che possiamo parlare di comunità.

Dobbiamo soprattutto guardare dentro la strage degli anziani nelle Rsa nel tempo del Covid (rispetto al 2020 abbiamo tante testimonianze, dal 2021 rarefatte, come se nessuno si fosse più contagiato in quelle strutture) allargando l’attenzione alla riflessione del giurista Gustavo Zagrebelsky nella prefazione all’ultima edizione, nel 2006, del libro *De Senectute* di Norberto Bobbio: *“Si è perso il valo-*

re della vecchiaia (salvo quando entrano in gioco interessi commerciali), esattamente come abbiamo perso il significato della morte. Come abbiamo tutti rimosso il regno dei morti per far spazio al solo regno dei viventi, così lo stesso accade progressivamente, mano a mano che i segni della vecchiaia procedono, per l'universo popolato dai vecchi. Ma questo, al di là dei suoi aspetti crudeli che domandano rimedi, è un grave squilibrio nei tempi delle nostre società. La questione de senectute è una questione di diritti degli anziani [...]."

È una riflessione di grande spessore. Ci conduce a temi decisivi sul senso dell'esistenza, allo snodo del testamento biologico, al sè e come vogliamo sopravvivere, con un corpo immobile, al nostro cervello non ancora spento. Scrivo queste righe dopo aver letto di una sentenza di un giudice di Ancona: ordina all'Asl competente di verificare le condizioni di vita di una persona gravemente malata che si oppone, per sé, ad ogni forma di accanimento terapeutico. È un tema estremo che però si pone e rimanda anche alla questione più generale della dignità di vivere da non autosufficiente, spesso non riconosciuta.

Su questo crinale c'è chi chiede di migliorare il profilo sanitario delle Rsa e in parte il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza lo ha previsto con finanziamenti ad hoc. Chi guarda oltre. Non è questione di pragmatismo contrapposto all'utopismo. Ma di sforzarsi un po' di più, insieme.

A fine estate 2021, visitai un vecchio conoscente (lo psicologo che aveva dato un bel contributo alla chiusura di Villa Azzurra di Grugliasco, il manicomio dei bambini alle porte di Torino) ospite di una casa di riposo di Limone Piemonte da cui era libero di uscire ogni giorno prima del tempo della pandemia.

Il grande edificio si trova in alto rispetto al centro storico del paese di montagna, in provincia di Cuneo, e al ritorno dalla puntatina quotidiana al solito caffè l'ultraottantenne camminava in

salita per centinaia di metri senza fatica. Un anno e mezzo di lockdown, con la mobilità ridotta negli spazi fra la sua camera e il refettorio, il mio conoscente si spostava ormai anche di pochi metri appoggiandosi faticosamente ad un girello.

Di questo aspetto della sua vita non si dolse nel corso della nostra conversazione di un'ora – lui seduto nel vano di una porta finestra spalancata su un cortiletto, io ad alcuni metri di distanza nel cortile. Si lamentò piuttosto di non poter conversare con alcun altro ospite: *"C'è un medico ricoverato che ha appena superato i cinquant'anni. Al mattino lo saluto, mi fa un cenno di risposta con le mani. Le mie relazioni finiscono qui."* L'anziano psicologo è andato per scelta in casa di riposo: *"Non volevo disturbare i miei figli, sono tanto impegnati."* È una risposta ricorrente fra chi vive in quelle strutture.

Ho scelto di proporre quest'unica testimonianza perché rende il senso dei limiti di una struttura pur dignitosa: non si lenisce la vecchiaia là dentro, al massimo la si contiene e non è una giustificazione che molti ricoverati non siano più in sé. In un periodo in cui il Covid lo consentiva, ho visitato una Rsa di Trieste: molto personale, anziani passivi ma non abbandonati sulle poltrone o davanti alla tv, altri attivi nel tenersi in ordine, curare piantine e fiori, aiutare a preparare il pranzo e a condividere le scelte gastronomiche. Una anziana che non riusciva più a reggersi sul busto viaggiava in una carrozzina attrezzata con un'asta di acciaio che la sormontava e a cui era appesa una fascia elastica che cingeva il torace dell'anziana. Mi è stato spiegato che l'alternativa sarebbe stato l'allettamento totale, 24 ore a letto, tutti i santi giorni che le restavano. Un'operatrice in divisa viola la stava accompagnando in giardino. Contenere il disagio degli acciacchi sempre più pesanti è il mantra di quella struttura, in cui non si lega, per scelta di principio, nessuno. E dove, in prospettiva, si progetta di ampliare l'accoglienza,

come forma di prevenzione, in centri diurni. Meglio ancora se realizzati in spazi con ampio verde attorno e bambini a portata di anziani. A Trieste mi hanno parlato di un progetto in una parte di un asilo privato, frequentato ora per il calo delle nascite da pochi bambini.

Chi ha pensato a questi sviluppi del proprio lavoro si è imbattuto quindici anni prima, nella stessa terra friulana dove aveva operato Franco Basaglia, in orrori inimmaginabili a pochi chilometri dove i manicomi erano stati rivoltati dal pensiero e dall'azione di quel medico veneto mancato troppo presto: un'anziana di oltre 90 anni, ridotta ad uno scheletro, e abbandonata in un letto circondato da un'alta gabbia (ne ho visto una fotografia) dentro una casa di riposo. Nessuno degli operatori sapeva dare una giustificazione di quella scelta. Che risaliva a 13 anni prima. Un tempo lunghissimo per un'anziana che non aveva più vita da almeno allora. Quella casa di riposo era stata aperta alla chiusura di un manicomio nello stesso edificio e ne era la continuità attraverso la gabbia della vecchina inerme.

Siamo arrivati al punto più dolente. Che smaschera ogni ipocrisia sulle case felici e sugli orizzonti sereni: il fenomeno delle persone anziane contenute meccanicamente rappresenta un sommerso così diffuso da alimentare un mercato pubblico dei mezzi di correzione, se vogliamo definire così il vasto repertorio di cinghie, fasce, accorgimenti in grado di bloccare ogni possibile movimento di una persona e di costringerla all'immobilità spesso assoluta. È sufficiente rivolgersi al web per rintracciare molto facilmente il vasto campionario in offerta "per famiglie e case di riposo". Digitando sui siti di vendita, scorrono immagini scioccanti che si vorrebbero invece presentare come corrispondenti ad un'esigenza di normalità. Per chi lega? Con un po' di perseveranza ho avuto modo di imbartermi anche in un black friday del campionario della contenzione: sconti del 30 per cento anche

per cinghie e materassi pigiama da cui emerge solo la testa del malcapitato che subisca l'inedita condizione. Uguale a quelle sputtanate delle vecchie immagini dei manicomi. Ma apparentemente neutra nella fissità dei campionari online se non vi guardi dentro.

Sotto questo fenomeno – ma posso davvero definirlo così e non una condizione ormai stabile per tanti? – non emergono solo le radici del sadismo e di una violenza connaturata ad un certo tipo di operatore (che esiste tuttora ed affiora talvolta in inchieste giudiziarie). Legare le persone, immobilizzandone spesso il tronco con fasce rigide e polsi e caviglie con cinghie, nasconde un'altrettanto stretta connessione con ragioni di economia di gestione che trovo altrettanto odiosa.

Ma si dice: "È per il loro bene". Una motivazione che ricorre ancora dai tempi dei manicomi, che non ci sono più, dopo che mani operose e silenziose, in seguito all'approvazione della Riforma Basaglia nel 1980, avevano fatto scivolare una parte consistente dei 100 mila pazienti, rimasti dietro le mura di quelle odiose e ormai sputtanate strutture, verso qualcos'altro, terribilmente simile, mimetizzato tanto nel nord come nel profondo sud del nostro paese. In cui legare le persone non è stato, non è tuttora un problema, né morale né burocratico. Dove nemmeno la giustificazione professionale apparentemente neutra – "Stato di necessità" – di cui abbia avuto notizia, è tirata in ballo.

Basta il silenzio operoso, a quanto pare: la convenzione con il sistema sanitario pubblico non impedisce di legare le persone. Significa che le Regioni provvedono per una parte della retta, dovrebbero sorvegliare ma non lo fanno. Quindi, se non vietano espressamente la contenzione meccanica, implicitamente l'autorizzano per ragioni di "necessità".

Il resto viene di conseguenza. Accenno appena alle povere e scarne cronache locali sulla morte di un'anziana strozzata da una cinghia di conten-

zione in una Rsa sanremese, ad inizio settembre 2021: “È stata legata male”, oppure “Lanziana era minuta e riuscita a divincolarsi da una delle due cinghie rimanendo soffocata dall'altra”. Sommatoria ricostruzione che evoca l'arte di legare. Nel suo caso decisa dallo stato di agitazione della donna, per cui “era caduta più volte dal letto”. Di conseguenza, ne era stata decisa l'immobilizzazione sino ad almeno il 10 ottobre.

Devo tornare ai miei ricordi. Nel 2017 ho raccolto una significativa storia di continuità fra i vecchi ospedali psichiatrici e le nuove strutture di contenimento. Una storia esemplare della banalità del male e dei tentativi, quasi sempre vani, di porvi rimedio. Il quasi racchiude un esiguo numero di vite che riuscirono a liberarsi dell'istituzione totale. Tale perché ti toglie tutto. Anche la dignità di persona. Me l'accennò un giorno, ormai lontano, una psichiatra basagliana scrivendomi un lungo messaggio. Mi arrivò via social e, chissà come e perché per la generosa sorpresa, lo paragonai al biglietto nella bottiglia affidata alle correnti del mare: “Una parte dei vecchi bambini di cui lei ha scritto finirono in un nuovo manicomio in un paesino della Calabria.”

Oggi è frequente trovare persone con disagio psichico in Rsa. Dove si contengono fisicamente le persone e si considerano le varie forme di cronicità della salute alla stessa stregua: corpi che valgono una retta mensile. Per questo motivo la mia inchiesta fra il 2020 e il 2021 muove dagli anziani fragili di quel tempo ai fragili da molto più tempo: quelli che sentono le voci, che vivono in un loro mondo, che comunicano attraverso il disagio e le sue modalità. *Quelli che...* cantava Enzo Jannacci. Persone sino alla fine. E non corpi.

Si sono spese molte parole di indignazione per come sono morti tanti, troppi, a causa del Covid-19: senza poter rivedere e salutare i propri cari e riconsegnati loro chiusi in sacchi neri, quando non sono stati sepolti all'in-

saputa dei parenti dopo la cremazione. Ma una questione altrettanto vergognosa è come tanti di più, e quindi davvero troppi, siano sopravvissuti abbandonati a sé stessi, spesso legati ai letti, e che ciò continui ad accadere. Il primo diritto da far rispettare è – ed è la finalità di questa riflessione – la dignità delle persone.

In quella stessa Rsa di Trieste, cui ho già accennato, ho visto letti dotati di un meccanismo elettrico che consente di abbassarli sino a pochi centimetri dal pavimento. Così si possono evitare le cadute rovinose. Basta davvero poco per eliminare un autentico sfregio del nostro tempo.

In *Le bocche inutili* primeggia la necessità della denuncia: ciò di cui ho riparlato sinora. Ne sentivo così forte l'urgenza che ho messo da parte la riflessione che pur mi ero proposto di affrontare: il senso della vecchiaia e dove ci porta. Adesso mi ci soffermo. Da ragazzo avevo divorato le pagine di *Cent'anni di solitudine* in cui Gabriel Garcia Marquez ci consegna una storia indimenticabile e pensieri fulminanti. Come questo: “Il colonnello Aureliano Buendia comprese a malapena che il segreto di una buona vecchiaia non è altro che un patto onesto con la solitudine.” Più avanti negli anni ho scoperto quest'altra affermazione di Gabo che mi ha portato dentro una condizione umana cui, come trentenne, ero ancora indifferente: la perdita della memoria, dei nostri ricordi, di noi stessi. È una sintesi, anch'essa fulminante, di tante dotte riflessioni sul fine vita: “Ai vecchi insegnerei che la morte non arriva con la vecchiaia ma con la dimenticanza.”

Nel suo *De Senectute* Norberto Bobbio raccoglie gli ultimi scritti. Lo spunto di Marquez è un ponte di approdo al pensiero critico del filosofo sulla vecchiaia mentre la stava vivendo e consumando. Può aiutare la vivacità intellettuale di un grande scrittore ad afferrare meglio il ragionare sofferente dello studioso rispetto ad un evento definitivo qual è la morte.

Il valore su cui Bobbio insiste è quello

della memoria: *“Il mondo dei vecchi, di tutti i vecchi è, in modo più o meno intenso, il mondo della memoria – si legge nel testo ripubblicato da Einaudi nel 2006 – Si dice: alla fine tu sei quello che hai pensato, amato, compiuto. Aggiungerei: tu sei quello che ricordi. Sono una tua ricchezza, oltre gli affetti che hai alimentato, i pensieri che hai pensato, le azioni che hai compiuto, i ricordi che hai conservato e non hai lasciato cancellare, e di cui tu sei rimasto il custode. Che ti sia permesso di vivere fino a che i ricordi non ti abbandonino e tu possa a tua volta abbandonarti a loro.”*

Il filosofo sta pensando al suo fine vita, strettamente legato all'indipendenza dagli altri affidata al patrimonio di un'intera esistenza: la propria storia e l'identità che ne deriva. E suggerisce: *“Impiega il tuo tempo ... per cercare di capire il senso o il non senso, se puoi, della tua vita. Ripercorri il tuo cammino. Ti saranno di soccorso i ricordi. Ma i ricordi non affiorano se non vai a scovarli negli angoli più remoti della memoria. Il rimembrare è un'attività mentale che spesso non eserciti perché è un'attività faticosa o imbarazzante. Ma è un'attività salutare. Nella rimembranza ritrovi te stesso, la tua identità, nonostante i molti anni trascorsi, le mille vicende vissute. Trovi gli anni perduti da tempo [...].”*

C'è un valore assoluto nella ricerca che Bobbio interiorizza come verifica dei propri atti di vita, anche quelli imbarazzanti – non fa sconti a se stesso – e due anni dopo il discorso all'Università di Sassari (1984) centrato sul patrimonio della memoria torna a scrivere esplicitamente della vecchiaia: *“Sono giunto alla fine non solo inorridito, ma senza essere in grado di dare una risposta sensata a tutte le domande [...].”*

È una lezione, la sua, che traggo per riprendere la mia riflessione: non devo trovare risposte ma raccogliere testimonianze e opinioni fuori dal coro – vi ho provveduto volentieri sapendo che quelle voci non hanno risonanza per i media nazionali, sono

voci controcorrente e spesso scomode. Rilanciarle ha il senso di mettere insieme un quadro diverso da quello suggerito dalle soluzioni che paiono più facili e rassicuranti. Semmai, la riflessione di Bobbio consente di considerare il valore della memoria personale anche sotto altri aspetti. Il primo che viene in mente è fare della propria storia parte del racconto di un tempo che è di tutti e il segno che deve esservi dignità per tutti. Anche quando la nostra dignità di persone sembra oggettivamente venir meno con la regressione che porta lo sfregio della demenza.

Sembra persino una metafora di questo tempo e delle sue contraddizioni più violente il diffondersi dell'Alzheimer e delle altre forme di demenza: abbiamo così bisogno della nostra memoria personale e collettiva da esserne colpiti in tanti, sempre più numerosi, dal suo contrario, cioè l'azzeramento della memoria e quindi di noi stessi da parte di una malattia che rappresenta davvero il male peggiore di una persona: non sapersi più riconoscere. Allacciare anche questi frammenti sempre più sparsi della vecchiaia più dura al resto è davvero aprire una finestra su un altro mondo che c'è, eppure si vede e si nota sempre meno, perché è di confine, scivola dentro il fine vita come una morte che ti ha preso quando ancora respiri e consegna a chi resta tremendi interrogativi. Ma anche una salda convinzione: conservare la dignità di chi non ha più memoria di sé né del suo mondo. La nostra ricerca passa anche di lì, di chi si dà da fare per tener dentro le loro storie persone che si sono perdute.

In fondo a questo viaggio – l'inchiesta è diventata un vero viaggio – ho scoperto la ricchezza dei diari di anziani e non solo, persone come i più fra noi – quelle che apparentemente non eccellono. Archiviati in un piccolo museo della memoria popolare, che vive e pulsa di autentica ricchezza intellettuale e morale, tutti quei diari sono diventati un prezioso racconto corale. E

almeno a me hanno restituito il senso di ciò che significa vivere con dignità: avere dei principi e non rinunciarvi, essere trattati come non soccombenti e non soccombere. Una parte di quei diari sono stati pubblicati. Ne ho letti alcuni. Ne ricordo gli autori, le autrici. Hanno lasciato tracce, talvolta veri solchi nella mia memoria. Mi hanno soprattutto fatto ripensare al senso delle parole lasciate da José Saramago in *Tutti i nomi*, un romanzo che ho molto amato: “*Per essere morti bisogna essere stati vivi.*”

Nella prefazione al *De Senectute* Gustavo Zagrebelsky rovescia la parte che affiora del *pozzo profondo* in cui la riflessione di Bobbio ci accompagna. Lo fa con una citazione ripresa dallo stesso Bobbio in *La coscienza delle parole* di Elias Canetti: “*Quante persone scoprirebbero che vale la pena vivere una volta che non dovremmo più morire?*”

Come ci si arriva dalle Rsa a questo interrogativo? Una interlocutoria risposta me la diedi un giorno che aspettavo la mia famiglia in un viale alberato di Colmar, in Alsazia: mi guardavo attorno per ingannare il tempo e vidi attraverso un’ampia finestra un’infermiera imboccare con pazienza un corpulento anziano adagiato in un letto inclinato che consentiva una postura non scomoda per mangiare in quelle condizioni. L’anziano sembrava a suo agio. Mi chiesi chi fosse e che storia avesse, perché si trovasse in quella stanza soleggiata e se quella stanza appartenesse ad una casa di riposo di un certo tenore. Le finestre a destra e a sinistra, sopra e sotto, erano tutte oscurate da eleganti tende color crema. Non riuscivo ad immaginare perché l’uomo apparentemente soddisfatto del suo pasto si trovasse in quel letto in un’ora qualsiasi delle nostre vite che in quella traiettoria di luce si erano incrociate. Abbassai lo sguardo pensando che ciascuno avesse il diritto di scegliere se vivere e come vivere la propria fragilità: apparentemente quel signore lo stava esercitando. Ritenni banalmente che

una condizione economica privilegiata aiutasse.

Ne sono rimasto convinto. Ma c’è dell’altro. C’è che le curve vere della vita sono tutt’altro che un giro sull’ottovolante quando ti toccano direttamente nella carne e nel cuore. Ti lasciano senza fiato a lungo, molto a lungo. Ti inchiodano a rovelli che ti scortano per il resto della vita e che, immagino, verso la fine ti aprano l’ultima porta da attraversare.

Mio padre sapeva di dover morire delle conseguenze di un cancro cui lo aveva strappato un chirurgo dalle mani grandi che non dimenticherò mai – a proposito di ricordi. Le conseguenze le aveva scelte papà: non voleva vivere quanto gli restava, con ogni probabilità molto di più degli otto anni del suo tormentato fine vita, con un sacchetto come appendice esterna dell’intestino. Non era vita per lui. Scelse e chiese di essere ricanalizzato. Si era letto libri di medicina. Era consapevole di ogni prevedibile conseguenza per il suo corpo malandato. Morì la sera che precedeva una notte di Natale in un grande ospedale particolarmente silenzioso in quelle ore. Prima di perdere conoscenza pronunciò una parola di speranza: “*Andiamo a casa?*” Sorrideva.

Il pozzo del fine vita è davvero profondo e ciascuno lo affronta a modo suo, per sé come per i propri cari non più autosufficienti. In questo lavoro [*Le bocche inutili. Vecchi e fragili, persone, non corpi* 2021, Ndr] ripartendo dalle tracce lasciate da un libricino prezioso e dimenticato, scoperte nelle pagine di Bobbio – *Vecchi* di Sandra Petrignani, pubblicato nel 1994 da Edizioni Theoria – sono pervenuto ad un interrogativo cui non riesco a dare una risposta univoca: consegnare la memoria di chi siamo stati al futuro che ci attende, chissà se da autosufficienti, chissà invece come, è la nostra vera eredità e potrà bastare, eventualmente, a preservarci da un fine vita di soli corpi, e da bocche inutili, se rimarremo senza nessuno e privi di risorse?

Sull'orlo del precipizio. Nucleare, ambientale: ultima chiamata

di Angelo BARACCA*

*“Questo libro è dedicato a coloro che per guadagnarsi il pane devono vivere in habitat, che nessun ecologo accetterebbe per gli orsi del Parco Nazionale d’Abruzzo e gli stambecchi del Parco nazionale del Gran Paradiso: gli operai delle fabbriche e dei cantieri”
dedica del libro di Dario Paccino, L’Imbroglia Ecologica, 1972*

L'umanità è sull'orlo di un baratro: sarebbe la prima specie vivente a preparare la propria autodistruzione, che fra l'altro sta comportando anche l'estinzione di altre innumerevoli specie viventi, nonché la devastazione dell'ambiente naturale. Le minacce epocali si possono schematicamente ricondurre a due principali, entrambe opera della società umana, sviluppata da quell'*homo* che si è con grande presunzione auto-definito *sapiens*, addirittura enfatizzando *sapiens sapiens* per quella modernità della quale va fiero, che ha comunque altra faccia lo sfruttamento disumano di una parte considerevole dei suoi simili e della natura a fini di profitto.

● **La prima minaccia, l'annientamento nucleare**, grava sull'umanità dal 1945: se Prometeo ruba il fuoco degli Dei per darlo agli uomini per il loro progresso, invece l'utilizzazione dell'energia nucleare fu realizzata durante la II guerra mondiale per sviluppare l'arma "*fine di mondo*" (per usare un termine del capolavoro di Stanley Kubrik, *Il Dottor Stranamore*). La demenza di questa scelta risulta evidente dal momento che **essa ha realizzato la possibilità concreta dell'auto-annientamento della civiltà umana!**

In decenni di impegno antinucleare mi

sono definitivamente convinto che **la scelta di sviluppare la tecnologia per sfruttare l'energia racchiusa nel nucleo dell'atomo ha costituito il più grande errore della presunzione umana**: errore ormai irreversibile avendo prodotto quantità colossali di residui nucleari che rimarranno estremamente pericolosi per decine o centinaia di migliaia di anni, e sopravviveranno presumibilmente all'esistenza stessa della società umana. Si badi bene, non dico che sia stato un errore **lo studio delle proprietà del nucleo atomico**, che ha dischiuso orizzonti scientifici e conoscitivi che hanno rivoluzionato radicalmente le nostre conoscenze: ma non c'era bisogno di sviluppare invece **la tecnologia per estrarre e utilizzare le enormi energie racchiuse nei nuclei**, fra l'altro **in primis per fini bellici** (le applicazioni che io chiamo comunque «*incivili*» vennero più tardi). Del resto fu Robert Oppenheimer a dichiarare dopo il *Trinity Test* (1) del 16 luglio 1945 «*La fisica ha conosciuto il peccato*». Anche se immediatamente prima, il 15-16 giugno, un sotto-comitato scientifico composto da Oppenheimer, Fermi, Ernest Lawrence e Arthur Compton chiamato a pronunciarsi sull'uso delle bombe si era pronunciato in maniera pilatesca:

*Fisico,
Medicina
Democratica
Firenze

premettendo di «non avere nessuna particolare competenza nella soluzione di problemi politici, sociali e militari, che sorgono con la scoperta dell'energia atomica» (come se la decisione di spingere il progetto e di aderirvi non fosse stata una decisione politica, sociale e militare assunta proprio in base ad una particolare competenza scientifica), pur riconoscendo l'obbligo di «*salvare vite americane*», concludevano «*non vediamo nessuna alternativa accettabile all'impiego militare diretto*»! Gli scrupoli morali degli scienziati, in genere, cadono davanti all'auto-ammirazione per propri risultati, che devono essere comunque «progresso»! Fermi ad esempio non ha mai manifestato in vita suoi scrupoli morali.

● **La seconda minaccia, la crisi climatica** si aggrava in modo sempre più allarmante, ma 27 vertici internazionali, detti COP (acronimo di “*Conferenza delle Parti*”, cioè dei Paesi che hanno ratificato la Convenzione Quadro delle Nazioni Unite sui Cambiamenti Climatici) non hanno trovato un accordo per affrontare in modo radicale ed efficace la crisi climatica: troppi e troppo forti gli interessi in gioco, che vedono contrapposti, grosso modo, i paesi ricchi più inquinatori, e i paesi poveri, che sono sfruttati e per di più i minori inquinatori. Da molti anni sono personalmente convinto che il Vertice della Terra di Rio del 1992 poteva essere il momento per affrontare seriamente la crisi climatica: nella sostanza tutto era stato praticamente previsto dal rapporto del Club di Roma del 1972, *I Limiti dello Sviluppo* (2), se non si vuole risalire a 10 anni prima con *Primavera Silenziosa* di Rachel Carson; ma è il caso di ricordare anche per l'attualità delle denunce *L'Imbroglione Ecologico* di Dario Paccino, del quale l'anno scorso ricorreva il cinquantenario (3) (1972). **Oggi il rischio di perdere il treno aumenta esponenzialmente col tempo.** La prima COP (COP1) si è tenuta a Berlino nel 1995, come risultato dei negoziati di Rio del 1992. Ai tempi del protocollo di Kyoto (COP3, 1997) i paesi firmatari erano 84, oggi sono 197, in pratica tutto

il mondo: ma non è accresciuta l'autorità.

Passo a trattare separatamente lo stato delle due minacce.

A VOLTE RITORNANO: LA MINACCIA NUCLEARE

A me appare francamente singolare che lo spettro di una guerra nucleare si sia ripresentato nella pubblica opinione (solo) in occasione della guerra in Ucraina. Personalmente sono abbastanza convinto che Putin *non* userà armi nucleari tattiche (4). Ovviamente non ho prove certe, e l'evoluzione del conflitto è imprevedibile, soprattutto se USA-NATO continueranno ad alimentarlo “*per procura*”, ovvero sfruttando gli ucraini come carne da cannone! Ma il mio ragionamento è supportato da almeno un paio di motivi che mi sembrano ragionevoli se non convincenti: il primo è che se Putin ricorresse al nucleare si attirerebbe la condanna ferma e compatata di tutta la comunità internazionale, aggravando il proprio isolamento (non può certo pensare di vincere una guerra contro USA e NATO); e il secondo è che in particolare perderebbe l'appoggio della Cina che, pur vacillante, è quasi il solo che veramente gli rimane.

Ma voglio dire con fermezza che questo ragionamento che condanna un'eventuale decisione di Putin è parziale, deve doverosamente essere completato da un seguito: se Putin ricorresse al nucleare commettere senza dubbio un crimine terribile e un delitto contro l'umanità... **ma** gli USA-NATO minacciando una reazione adeguata non hanno escluso dalle possibilità una ritorsione a sua volta nucleare, la quale davvero scatenerrebbe la guerra nucleare! Del resto, fra le misure preventive di USA e NATO vi è l'anticipazione alla fine del 2022 della sostituzione delle testate B61 schierate in Europa con le potenziato B61-12 che era prevista per il 2023: non è questa, anch'essa, più che un avvertimento una minaccia tutt'altro che velata verso la Russia? Non va dimenticato che **non solo l'uso ma anche la minaccia è considerata una violazione del diritto internazionale**, come venne stabilito nella

advisory opinion della Corte Internazionale di Giustizia del 1996, e nel 2022 formalizzato dall'entrata in vigore del Trattato di Proibizione (TPNW).

In ogni caso, questa minaccia di Putin sarebbe fermata da un cessate il fuoco e l'avvio di negoziati, anche se non sembrano imminenti. **Assai più difficile invece fermare minacce nucleari che gravano sull'umanità, e si aggravano, da molti anni, ma sembrano allarmare molto meno l'opinione pubblica.** Ecco un sintetico elenco, soprattutto degli eventi più recenti:

■ Gli allarmi annuali sempre più gravi del *Doomsday Clock* (v. per il 2022: <https://www.pressenza.com/it/2022/01/doomsday-clock-2022-ache-punto-e-la-notte-lalba-sembra-ancora-lontana/>): **è un fatto che il rischio di una guerra nucleare è il più alto in tutta la storia dell'era nucleare, dal 1945.** Non sembra che in generale la pubblica opinione se ne sia adeguatamente allarmata.

■ Il 27 ottobre 2022 è stata finalmente resa pubblica la *Nuclear Posture Review* di Biden, la quale tradisce tutti gli impegni che egli aveva dichiarato in campagna elettorale: evidentemente le pressioni dell'*establishment* militare hanno avuto il loro effetto. La Postura conferma tutti i programmi nucleari degli Stati Uniti: per dirla con un commento lapidario pubblicato dal *Bulletin* «*traccia la rotta per un lungo futuro dell'arsenale nucleare statunitense*». Fra l'altro, conferma l'allerta dei missili intercontinentali, lo stato di *Launch on Warning* (lancio su allarme), residuo della Guerra Fredda: permane così il rischio gravissimo di una guerra per errore. Una ricetta per il disastro!

■ Tanto più che l'ossessione di evitare l'«errore umano» porta ad **affidare il controllo e comando degli armamenti nucleari ad automatismi**: in realtà un'ossessione per l'automatizzazione di tutti i sistemi d'arma, dietro la quale ci sono anche i colossali interessi dell'industria militare, ed è questa che in definitiva predispone gli armamenti più sofisticati con i quali i militari programmano le strategie per le nuove

guerre. Ma mentre l'uomo ha la facoltà di riconoscere e rettificare gli errori, un automatismo agisce confrontando la situazione reale con una serie enorme, ma finita, di immagini modello, può essere ingannata o confusa da malfunzionamenti o variazioni dell'ambiente esterno: la macchina agisce in maniera automatica. Come recita appunto un articolo del *Bulletin* del gennaio 2022: «*Se l'Intelligenza Artificiale controllasse le armi nucleari potremmo essere tutti morti*» (<https://thebulletin.org/2022/02/giving-an-ai-control-of-nuclear-weapons-what-could-possibly-go-wrong/>).

■ Il 29 ottobre 2022 la Polonia si è offerta di ospitare testate nucleari USA. Una disponibilità che, ancor più dopo il missile della contraerea ucraina caduto in Polonia, si inquadra nella scelta che si sta delineando chiaramente di fare della Polonia lo Stato europeo con l'esercito più numeroso e meglio equipaggiato, capace di rispondere a qualsiasi provocazione russa. Varsavia ha aumentato il budget militare da 2,4% al 5% del Pil, bypassando la UE per l'acquisto di armi ricorrendo alla Corea del Sud oltre che agli USA. Così, dopo la guerra in Ucraina, Varsavia supererebbe Berlino come testa di ponte delle forze NATO in Europa.

■ Quanto agli USA, un articolo del 27 ottobre 2022 di Thomas Mahnken sull'autorevole *Foreign Affairs*, che riflette opinioni dell'amministrazione, titola «*Può l'America vincere una nuova Guerra Mondiale?*»: Mahnken traccia un programma preciso della prossima III guerra contro Russia e Cina, sul teatro europeo e del Pacifico. Questo si pensa nei circoli militari USA! (Baracca e Caciopardo, <https://www.pressenza.com/it/2022/11/washington-si-prepara-alla-guerra-mondiale-per-configgere-cina-e-russia/>).

■ Intanto la spesa mondiale da anni sta aumentando alla cifra record di 2.113 miliardi di dollari, una corsa al riarmo generalizzata, una minaccia sempre più incombente sull'umanità intera. Che vede in testa come sempre gli Stati Uniti con la cifra record di 857,9 miliardi, addirittura aumentata rispetto alla proposta dell'amministrazione: \$816.7 mld per il *Department of Defense* (DOD) e

\$30.3 mld per i programmi di sicurezza del *Department of Energy* (DOE). Per la cronaca l'Italia si situa buona 11esima con 32 miliardi. Le armi sono fatte per usarle in guerre, e la guerra in Ucraina è un'occasione d'oro per sperimentarle (e, svuotando gli arsenali, per rinnovarli). Per dirla in termini crudi ma chiari: **siamo seduti su una polveriera**. Come ricorda Noam Chomsky per la minaccia nucleare «**Se siamo vivi è per miracolo!**». Vi è una sola strada che può garantire realmente la scomparsa dell'incubo nucleare: l'eliminazione definitiva di tutte le armi nucleari! Ma questo obiettivo non sembra davvero nell'agenda delle potenze nucleari, le quali all'opposto sviluppano programmi *triliardari* (!) di modernizzazione di tutti gli armamenti nucleari: sommergibili, vettori, bombardieri, testate.

È interessante a questo proposito registrare che la Dichiarazione finale del G20 di Bali del 15-16 novembre usa il termine «**L'uso o la minaccia dell'uso delle armi nucleari è inammissibile**», un termine che suona più categorico di "inaccettabile" che era stato utilizzato finora, e che sembra adeguare il linguaggio a quello proposto dal TPNW: potrebbe essere interpretato come un segnale di apertura, dopo che anche molti stati della NATO stanno mostrando aperture al trattato. Del G20 fanno parte sei delle nove potenze nucleari.

Un articolo del 26 ottobre 2022 del *Bulletin* di Franziska Stärk e Ulrich Kühn, contiene un'affermazione interessante che getta un parallelo con il prossimo tema che affronterò: «**le armi nucleari sono per la sicurezza globale ciò che i combustibili fossili sono per un'economia verde: una costosa eredità delle generazioni passate che ostacola gli sforzi per la giustizia e la sostenibilità a lungo termine**». (5) E questo ci consente di passare direttamente alla minaccia climatica.

LA CATASTROFE CLIMATICA INCOMBE

Mi sembra singolare che per quanto riguarda la crisi climatica tutto il mondo penda dalle labbra dell'IPCC (*International Panel on Climate Change*), i suoi

Rapporti siano considerati "*Vangelo*": ma l'IPCC non è un organismo indipendente, bensì un Comitato "*intergovernativo*", cioè finanziato dai governi, e ovviamente i più ricchi, e che inquinano di più, pagano di più. Appare difficile che l'IPCC possa dire «*Il tempo è scaduto*»: rimane sempre un pugno di anni prima che sia troppo tardi. Il mio parere è certo modesto, non sono un climatologo né un fisico dell'atmosfera, ma giudico le conclusioni dell'IPCC parziali.

Il fatidico limite di riscaldamento di 1.5°C a me sembra un "numero magico". Accomuna situazioni diversissime: foreste, deserti, ghiacciai o ghiacci polari, zone agricole e zone urbanizzate, ecc. Ciascuna situazione, o regione può avere soglie di non ritorno diverse.

Per la discussione che segue riassumo cose che ho scritto più volte in questi anni (per esempio, dal 2018: <https://www.pressenza.com/it/2018/10/lallar-me-sul-riscaldamento-globale-potrebbe-essere-piu-grave-di-quanto-viene-valutato/#sdfootnote1anc>).

L'atmosfera terrestre è un **sistema estremamente complesso, altamente non lineare**: i termini tecnici che ricorrono sono *caos*, *frattali*, ecc., qui cerco di riassumere alcuni concetti fondamentali che mi sembrano assolutamente necessari per inquadrare correttamente il problema e prospettive realistiche.

■ L'evoluzione dello stato di un sistema complesso può variare radicalmente se si modifica, o si perturba, anche impercettibilmente il suo stato. Si usa la metafora dell'«effetto farfalla»: una farfalla batte le ali, poniamo, in Maremma, e qualche settimana dopo avviene un ciclone nei Caraibi. Può esserci un nesso causale, ma il termine giusto è l'**imprevedibilità**.

■ Un sistema complesso, fortemente non lineare, può incontrare nel corso della sua evoluzione delle **biforcazioni**, imboccando strade evolutive estremamente diverse (qui può agire l'effetto farfalla) o divergenti: una rappresentazione efficace è il «paesaggio epigenetico» che venne introdotto dal genetista Wallace (1823-1913).

■ E in questa evoluzione imprevedibile possono presentarsi **punti di non ri-**

torno (*tipping points*), superati i quali il sistema non ritorna allo stato iniziale (non perturbato) anche se si spengono del tutto le perturbazioni che ne hanno innescato l'evoluzione.

■ Personalmente reputo (pur non avendo modo di dimostrarlo) che vi siano delle situazioni ambientali nelle quali sono già stati superati **punti di non ritorno**. Anche perché un'ulteriore caratteristica dei sistemi non lineari è la presenza di meccanismi di **retroazione** (*feedback*), i quali possono essere **sia positivi (forzanti) che negativi**. Anche con **effetti sinergici**.

Nell'atmosfera è facile riconoscere l'azione di feedback forzanti multipli, anche interagenti fra di loro (6): se anche si spegnesse immediatamente la perturbazione, il sistema non tornerebbe alla condizione imperturbata, ma continuerebbe ad allontanarsene.

Vediamo succintamente qualche esempio:

■ I ghiacci possiedono un'albedo maggiore delle superfici che lasciano scoperte sciogliendosi – mare, terra, roccia – le quali quindi assorbono maggiormente la radiazione solare incrementando così il riscaldamento; per di più lo scioglimento del permafrost polare rilascia metano che ha un potere climalterante molto superiore alla CO₂.

■ Un effetto analogo hanno la deforestazione, e gli incendi boschivi: all'emissione di CO₂, e la distruzione di polmoni verdi, si aggiunge la distruzione di biodiversità (è stata avanzata l'ipotesi di una sesta estinzione di massa), nonché l'aumento dei rischi di zoonosi.

■ Anche l'inarrestabile cementificazione dei suoli, urbanizzazione, desertificazione, incrementano le caratteristiche di *feedback* e irreversibilità, generando trappole di calore, inversioni termiche, ed aggravando la riduzione della biodiversità.

■ L'agricoltura e l'allevamento intensivi, con l'(ab)uso di pesticidi, provocano gravi danni alla salute, e minacciano gli insetti impollinatori; una conseguenza indiretta che raramente si riporta è l'aumento di suicidi di agricoltori danneggiati.

■ Sempre più evidenti e allarmanti sono i fenomeni di siccità, carestie, nonché l'aumento delle disuguaglianze.

■ Si sta verificando un indebolimento della Corrente del Golfo, e in un futuro il suo flusso potrebbe addirittura invertirsi.

La Corrente del Golfo è uno dei principali regolatori del clima (7), essa mantiene per esempio un clima mite sulle coste atlantiche dell'Europa. Per chi pensa che la crisi climatica comporti solo riscaldamenti, l'indebolimento della Corrente del Golfo provocherebbe un raffreddamento sulle coste atlantiche dell'Europa, ad esempio un aumento nel numero e nell'intensità delle tempeste e degli uragani che colpiranno l'Europa (8). Stefan Rahmstorf, del *Potsdam institute for climate impact research*, afferma «**se continua così potremmo avvicinarci lentamente a un punto di non ritorno, dove questa circolazione si destabilizza del tutto**».

■ Vi è poi un aspetto che mi sembra spesso trascurato nelle valutazioni, o per lo meno nell'informazione pubblica, sulla crisi climatica: **la prevalenza del calore assorbito dagli oceani**. Coprendo più del 70% della superficie terrestre, l'oceano globale ha una capacità termica molto elevata: **ha assorbito il 90% del riscaldamento verificatosi negli ultimi decenni a causa dell'aumento dei gas serra e gli ultimi metri dell'oceano immagazzinano tanto calore quanto l'intera atmosfera terrestre** (9). Inoltre, assorbendo anidride carbonica dall'atmosfera, l'oceano si sta **acidificando** (quando l'anidride carbonica si dissolve nell'acqua reagisce chimicamente, rendendo l'acqua marina più acida). Lo strato superficiale dell'oceano è ora insolitamente acido rispetto agli ultimi 2 milioni di anni.

■ Senza contare poi che **gli oceani sono uno dei principali depositi della biodiversità mondiale**. Si conoscono circa 250.000 specie, ma molte altre sono ancora da scoprire: almeno due terzi delle specie marine del mondo non sono ancora state identificate. A dispetto di tutti gli avanzamenti scientifici, **la nostra conoscenza del Pianeta sul quale viviamo**

e delle leggi che lo governano è ancora molto parziale.

■ L'inesorabile innalzamento del livello dei mari renderà inabitabili zone costiere molto popolate e provocherà masse bibliche di **migranti climatici obbligati**.

■ È particolarmente attuale aggiungere che le guerre provocano non solo vittime e distruzioni, ma anche danni ambientali.

■ Una notizia del *Washington Post* sulla Florida: l'uragano Ian di fine settembre 2022 ha lasciato montagne di detriti. Per rimuoverli ci vorranno mesi. L'ammasso di detriti potrebbe riempire 22 Empire State Building. «*Dove troveremo mai spazio per tutto questo?*», si chiede un esperto.

C'è da aggiungere ancora che **tutti i processi responsabili di alterare lo stato del clima interagiscono fra di loro, con forti effetti sinergici**.

Un tema che sta ovviamente particolarmente a cuore a Medicina Democratica è **l'impatto della crisi climatica sulla salute**. La bibliografia scientifica è molto vasta, in internet si trovano facilmente molti riferimenti, vi è anche una rivista esplicitamente dedicata: *The Journal of Climate Change and Health* (<https://climateandhealthj.org/index.php/ch>). Qui mi limito a citare questa referenza che contiene anche proposte che possono risultare utili: "*Climate crisis and your health*", *The Climate Reality Project*, <https://www.climate-realityproject.org/learn/climate-crisis-and-your-health>.

Siamo seduti non solo su una polveriera, ma anche su una vera bomba sociale innescata: e non sappiamo quanto sia lunga la miccia.

Si potrebbero citare anche esempi di contro-effetti provocati da provvedimenti "verdi", a dimostrazione che in un sistema complesso (ancor più per la presenza della società umana e degli interessi dominanti) i processi possano propagarsi, ad esempio:

■ La direttiva UE sui biocarburanti ha avuto l'effetto della deforestazione dell'Indonesia per fare spazio alle coltivazioni di palma da olio.

■ I sussidi degli USA ai produttori di

bioetanolo sono andati a vantaggio solo dei coltivatori di mais.

È poi il caso di ricordare che i modelli per quanto sofisticati dell'atmosfera sono insufficienti per la compresenza di troppe variabili, interconnesse fra di loro, per i feedback, le sinergie, ecc. Tuttavia, i modelli climatici mostrano che **se continuiamo a emettere sempre più anidride carbonica nell'atmosfera, la percentuale di gas serra rimossi dalla vegetazione terrestre e dagli oceani diminuirà**. Ma per limitare il cambiamento climatico sono necessarie riduzioni forti, rapide e durature anche di altri gas serra, come il metano e il protossido di azoto.

C'è da aggiungere ancora che le risorse sono limitate, e distribuite in modo ineguale sul globo e fra le popolazioni: valga l'esempio dei **minerali strategici**, la cui necessità per la transizione energetica comporterà prevedibilmente un aumento dell'estrattivismo, e dello sfruttamento neocoloniale (basti pensare all'Africa), e probabilmente di nuove guerre (10). Ma, intanto, ogni anno verranno spesi nel mondo 570 miliardi di dollari per progetti di esplorazione e sviluppo di giacimenti di gas e petrolio, gli investimenti stanno finanziando nuovi giacimenti di petrolio e gas invece delle rinnovabili.

Può apparire massimalista un'affermazione che mi appare inevitabile: **se non verrà messo in discussione il sistema di produzione e di consumi del capitalismo (profitto sfrenato, sfruttamento dell'uomo e della natura), il disastro innescato dalla società umana non potrà essere arrestato**.

E siamo immersi in una raffica selvaggia di pubblicità e propaganda – con corredo di algoritmi, piattaforme, e via dicendo – in gran parte fallace e scientificamente infondata, che ci spinge al consumismo: per dirne solo di una mistificazione della pubblicità che molti hanno introiettato, *i veicoli o qualsiasi altra innovazione per essere «ecologici» dovrebbero crescere sugli alberi!* Ma chi ci fa caso? C'è un effetto di assuefazione, ed anche un effetto subliminale della pubblicità.

Sarò preso come «vetero», ma credo oggi più che mai all'affermazione di Rosa Luxemburg: **Socialismo a Barbarie**.

Note

1. A dare il nome *Trinity* al primo test nucleare fu proprio Oppenheimer, il quale coltivava molti interessi letterari e verso la spiritualità Hindu, la *Bhagavad Gītā* [breve poema sanscrito inserito nel grande poema epico *Mahābhārata*, contiene praticamente tutte le tradizioni normative, religiose, mistiche e meta-storiche dell'India antica., denominata "*il Vangelo dell'India*": nel poema si narra l'incontro di Arjuna, valoroso condottiero e prototipo dell'eroe, con Krishna, un'incarnazione (avatara) del Divino in forma umana.]. Oppenheimer studiò il sanscrito. Sembra evidente che il termine *Trinity* richiama qualcosa di soprannaturale. «Secondo una copia della lettera, che fa parte delle collezioni del *National Security Research Center* del Laboratorio, Oppenheimer disse: "*Il motivo per cui ho scelto questo nome non è chiaro, ma so quali pensieri avevo in mente. C'è una poesia di John Donne, scritta poco prima della sua morte, che conosco e amo*". Oppenheimer ha poi citato il sonetto "*Hymn to God, My God, in My Sickness*" (Inno a Dio, mio Dio, nella mia malattia), che parla di un uomo che non ha paura di morire perché crede nella resurrezione. Oppenheimer ha continuato: "*Questo non fa ancora pensare a una Trinità, ma in un'altra poesia devozionale più nota Donne apre: "Batter my heart, three person'd God". Al di là di questo, non ho altri indizi.*"» [Dal sito del *Los Alamos National Laboratory*, <https://discover.lanl.gov/news/0714-oppenheimer-literature/>]

2. Si veda Giorgio Ferrari, "*L'ultimo rapporto sul futuro*", *La Bottega del Barbieri*, 2 dicembre 2019, <https://www.labottegadelbarbieri.org/lultimo-rapporto-sul-futuro>.

3. Proprio in quell'occasione è stato lo devolmente ristampato e riproposto: *L'Imbroglione Ecologico*, Ombrecorte, 2021, prefazione di Gennaro Avallone, Lucia Giulia Fassini, e Sirio Paccino.

4. Va detto che il termine «*tattiche*» non esiste nelle classificazioni ufficiali, vari

stati nucleari non fanno distinzione: al più si dovrebbe usare il termine «*non strategiche*» o «*sub-strategiche*». D'altra parte mi sembra opportuno commentare che con i limiti di potenza (50 chilotoni) e di gittata (i B-29 partirono dalla base USA nell'isola di Tinian, Marianne, che dista circa 2.400 km dal Giappone: più o meno la distanza fra Ghedi o Aviano e la Russia per le B61-12), le bombe trasportate e sganciate su Hiroshima (15 kt) e Nagasaki (20 kt) sarebbero da definire tattiche.

5. <https://thebulletin.org/2022/10/nuclear-injustice-how-russias-invasion-of-ukraine-shows-the-staggering-human-cost-of-deterrence/>

6. I. Cai et al., "*Risk of multiple interacting tipping points should encourage rapid CO2 emission reduction*", *Nature*, 21 marzo 2016, <https://www.nature.com/articles/nclimate2964>

7. "Ocean currents and climate change", *The Climate Reality Project*, 15 novembre 2022, <https://www.climateactproject.org/blog/ocean-currents-and-climate-change>.

8. B. Berwin, "Scientists Say Ocean Circulation Is Slowing. Here's Why You Should Care", *Inside Climate News*, 7 maggio 2018, <https://insideclimatenews.org/news/07052018/atlantic-ocean-circulation-slowng-climate-change-heat-temperature-rainfall-fish-why-you-should-care/>; "*Climate Change is Weakening the Ocean Currents That Shape Weather on Both Sides of the Atlantic*", *Inside Climate News*, 25 febbraio 2021, <https://insideclimatenews.org/news/25022021/climate-change-ocean-currents-atlantic/>

9. Rachel Cooper, "The ocean has absorbed more than 90% of the heat gained by the planet", *Climate Action*, 8 gennaio 2019, <https://www.climateaction.org/news/the-ocean-has-absorbed-more-than-90-of-the-heat-gained-by-the-planet>.

10. Rimando a Giorgio Ferrari, <https://www.labottegadelbarbieri.org/tag/minerali-strategici/>



Referenti di Medicina Democratica

Movimento di Lotta per la Salute – O.N.L.U.S.

SEGRETERIA NAZIONALE

• Via dei Carracci n° 2, 20149 Milano
segreteria@medicinademocratica.org
medicina.democratica.onlus@pec.it

Sottoscrizione della quota associativa annua alla O.N.L.U.S. o per la donazione per ricevere la Rivista

IBAN: IT31D050340170800000018273
presso Banca Popolare di Milano
oppure con bollettino postale sul
c/c **001016620211**.

Redazione e diffusione della Rivista

Fax: 0331/501792
e-mail: medicinademocratica@alice.it
Sede M.D. della provincia di Varese,
Via Roma n° 2, 21053 – Castellanza (VA)

Ufficio stampa

medicinademocraticastampa@gmail.com
tel. 393.1377616

CALABRIA

• Ferruccio Codeluppi, via Villini
Damiani 15/O, 89822 Serra San Bruno
(CZ) tel. 096.371231
• Alberto Cunto, via della Repubblica
46, 87028 Praia a Mare
tel./fax 0985.74030; cell. 388.3649126
e-mail: albertocnt@libero.it

EMILIA-ROMAGNA

• Bruna Bellotti, via Bellaria 55, 40139
Bologna - e-mail: dirsenbar@yahoo.it
• Luca Negrognò, c/o Istituzione G.F.
Minguzzi, via San Felice 25, 40122
Bologna
e-mail: luca.negrognò@gmail.com
• Monfredini Roberto, via Montegrappa
15, Solignano di Castelvetro (MO)
tel. 338.4566388
e-mail: robertomonfredini@gmail.com
• Amedeo Corsi, Viale G. Carducci 33,
47921, Rimini - tel. 335.7314256
e-mail: amedeo.corsi@gmail.com

LAZIO

• Edoardo Turi, Viale delle Medaglie
D'Oro 203, 00136 Roma
tel. 348.2503928
e-mail: edoardo.turi2@gmail.com

PIEMONTE

• Sezione di Alessandria: Tino Balduzzi,
tel. 345.6111117
e-mail: tino.balduzzi@gmail.com
• Claudio Cesaroni, vicolo Contratti 4,
14100 Asti - tel. 375.5835758
e-mail: claudiocesaroni46@gmail.com
• Renato Zanoli, via G. Emanuel 16,
10136 Torino - tel. 011.392042
cell. 338.4054068
e-mail: renatozanoli@libero.it
• Enzo Ferrara, c/o Centro Studi Sereno
Regis, via Garibaldi 13, 10122 Torino
cell. 339.8555744
e-mail: enzoferrara@serenoregis.org
• Cavagna Carla, via Mossotti 3, 28100
Novara - tel. 0321.612944

cell. 333.6090884

e-mail: carla.cavagna@libero.it
• Dario Miedico, Arona (NO) - tel.
335.265547; e-mail: nuovoulisse@alice.it

LOMBARDIA

• Sede M.D. Milano, Via dei Carracci 2,
20149 Milano
• Sede M.D. della Provincia di Varese,
via Roma 2, 21053 Castellanza
e-mail: medicinademocratica@alice.it
• Piergiorgio Duca, via Bramante 23,
20154 Milano
e-mail: piergiorgio.duca@unimi.it
• Silvana Cesani, via Borgo Adda 3,
20075 Lodi - tel. 0371.423481
cell. 335.7595947
• Stefano Debbia, via S. Giovanni 11,
21053 Castellanza (VA)
tel. 0331.500385; fax: 0331.501792
e-mail: debbiaste@libero.it
• Elisabeth Cosandey, viale Campania 4,
20077 Melegnano (MI)
tel. 02.9836928
• Marco Caldiroli, via Quintino Sella
115, 21052 Busto Arsizio (VA)
e-mail: marcocaldiroli@alice.it
• Vittorio Agnoletto
e-mail: vagnoletto@primapersone.org
• Antonino Cimino - cell. 335.6847823
e-mail: ciminoantonino@gmail.com
• Gabriella Liberini, Sezione MD
di Brescia - tel. 339.6976563
e-mail: 60liberini@gmail.com
• Alberto Marino, Sezione MD
di Brescia, Via Valene 9e, 25087 Salò
(BS), tel. 0365.520830 - cell. 338.8329981
e-mail: caafnm@libero.it
• Matteo Orlandi, via Biancardi 9, 26900
Lodi - cell. 392.2485840
• Laura Valsecchi
tel. 339.5278048; e-mail: l.valsecchi@
medicinademocratica.org

PUGLIA

• Tonino d'Angelo, via Cantatore 32/N,
71016 San Severo (FG)
tel. 0882.228299; fax: 0882.228156
• Maurizio Portaluri, Brindisi
cell. 348.5123872
e-mail: portaluri@hotmail.com
• Riccardo Ierna - e-mail: ricierna@libero.it

CAMPANIA

• Paolo Fierro, Traversa Privata
Maffettone 8, 80144 Napoli
tel. 327.4514127
e-mail: tabibfierro@hotmail.com

BASILICATA

• Sede M.D. Matera, via E. De Martino
65, 75100 Matera
• Mario Murgia, via Martino 47, 75100
Matera - tel. 340.7882621; email: info@
associazioneespostiamiantovalbasento.
it

TOSCANA

• Sede M.D. Firenze, Circolo Lavoratori
di Porta al Prato, Via delle Porte Nuove
33, 50144 Firenze

• Gino Carpentiero, via Montebello 39,
50123 Firenze - tel. 055.285423
cell. 347.5481255
e-mail: ginocarpentiero@gmail.com
• Quinti Lalla Krusciovas, Sezione
Famiglie Vittime Sul Lavoro
cell. 366.9739035
• Marco Paganini - cell. 334.3970707
e-mail: paganini.paolamarco@libero.it
• Maurizio Marchi, via Cavour 4, 57013
Rosignano Solvay (LI)
cell. 328.4152024; e-mail: maurizio.
marchi1948@gmail.com
• Marcello Palagi, via XX Settembre 207,
54031 Avenza (MS) - tel. 0585.857562
e-mail: eco.apuano@virgilio.it
• Alfonso Baldi, Massa - tel. 338 5469143
e-mail: alfonbal@me.com
• Del Soldato Maria, via di Porto 279/A,
Massarosa (LU)
e-mail: giannini3@virgilio.it
• Alessandro Rombolà, via Luca
Giordano 7/a, 50132 Firenze
tel. 055.2638296
cell. 335.1596795
e-mail: alessandro.rombola@gmail.com

VENETO

• Franco Rigosi, via Napoli 5, 30172
Mestre (VE) - tel. 041.952888
e-mail: franco.rigosi@gmail.com
• Maria Chiara Rodeghiero, piazzola
Biade 11, 36100 Vicenza
e-mail: rodeghieromc@gmail.com;
• Paolo Nardin, via Don Sante Ferronato
44/2, 33030 Pianiga (VE)
tel. 349.7447189
e-mail: paolonardin48@alice.it

MARCHE

• Loris Calcina, via Campanella 2,
60015 Falconara Marittima (AN)
tel. 333.9492882
e-mail: lokalci@libero.it

LIGURIA

• Sede M.D., Via Crispi 18 rosso,
17100 Savona - tel. 0192.051292
e-mail: medidemosavona@tiscali.it
• Maurizio Loschi, via Luccoli 17/7,
17072 Albisola Mare (SV)
tel. 0194.86341; cell. 347.4596046
e-mail: maloschi@alice.it
• Eraldo Mattarocci - cell. 348.6039079
e-mail: ermatta@yahoo.it
• Avv. Rita Lasagna, Piazza della Vittoria
14/18 17100 Savona - cell. 335.6152757
• Valerio Gennaro, via Trento 28, 16145
Genova - cell. 340.3436554; e-mail:
valerio.gennaro52@gmail.com
• Marco Spezia - cell. 348.5863171;
e-mail: sp-mail@libero.it
• Luca Trentini, via Vecchia di Biassa
36, 19123 La Spezia - tel. 347.9475350
e-mail: lutren@libero.it

SARDEGNA

• Francesco Carta, via Toscanini
7, 09170 Oristano - e-mail:
medicinademocratica.sardegna@gmail.
com

Da: IO CHI
Sentenze poetiche

**Credevo che vivere fosse un sogno
e invece tutti i giorni
ho provato il morso del lupo.**

**L'aggressività ha una ragione
che voi non volete sapere.**

**Ho pianto pianto pianto
e il singhiozzo
mi ha strozzato la gola.**

**Io so che vivere
dovrebbe essere altro.**

**Ci sono i tempi dell'angoscia
e uno della gioia.**

Gabriella BERTINI



*Paura 1942-44
Disegno di una bambina
detenuta nel campo di
concentramento di Terezin*