

FRANCESCO SCOTTI

SI PUÒ REIMMAGINARE UNA PSICHIATRIA DI COMUNITÀ?

Incidere sul degrado della pratica assistenziale psichiatrica

Negli anni '60 e '70, quando filtrarono le prime luci sulla realtà manicomiale, si rese evidente l'intollerabilità del manicomio e si affermò una pratica psichiatrica radicalmente alternativa.

Dalla psichiatria manicomiale si passò così a una psichiatria di comunità, basata sulla costruzione di una rete di servizi di salute mentale di territorio e su una forte connessione con le risorse della comunità e con gli ambienti di vita delle persone. Negli anni questo approccio al disagio psichico si è però via via sgretolato sotto l'urto di varie spinte. Possiamo oggi reimmarcarlo, ricostruirlo, rilanciarlo?

Dove va la psichiatria? E noi operatori? Apro con queste domande in modo da offrire subito la chiave di scrittura, e spero di lettura, di questo testo. Dove va la psichiatria seguendo una deriva costituita da una doppia forza: quella che viene dagli ostacoli che incontra e quella della spinta che riceve, e non per «le esigenze culturali e le idee dominanti presenti oggi nella testa e nel cuore degli psichiatri»⁽¹⁾. La domanda è se per caso gli operatori della psichiatria non stiano deragliando ovvero, come dicevano gli antichi, delirando.

Un documento quasi archeologico

Animazione Sociale nel n. 14 (aprile-giugno 1975) pubblicava il documento del Centro di igiene mentale di Perugia - San Sisto, *Per la costruzione di un servizio psichiatrico alternativo*, stilato nel 1974. In esso erano descritte le caratteristiche del territorio di competenza del servizio (dipendente allora dall'Amministrazione provinciale di Perugia), l'organizzazione e le caratteristiche del gruppo di lavoro. Il documento conteneva inoltre l'analisi delle attività che erano state realizzate nei quattro anni trascorsi dalla sua istituzione.

Perugia, 1974: «Un servizio psichiatrico alternativo risponde ai bisogni». Uno degli assunti fondamentali del documento era che, per meritare il titolo di «alternativo» (alternativo all'Ospedale psichiatrico, che sarà legalmente abrogato solo nel 1978), fosse necessario anche *far evolvere la richiesta* che giunge al servizio.

Da un lato l'analisi delle richieste spontanee⁽²⁾ mostrava infatti quanto esse tendessero a facilitare una gestione fallimentare del disagio psichico impedendo una soddisfazione efficace del bisogno e anzi aggravandolo. L'accumulo di fallimenti, la cronicizzazione delle malattie per trattamento inadeguato favorivano poi l'assistenza centrata sul ricovero e, per fenomeni di ingrandimento e di degrado, la costituzione del manicomio.

Dall'altro lato la necessità di far evolvere la richiesta nasceva dall'esperienza che la sofferenza dei singoli, con la sua influenza negativa sul destino personale, dipende dalla situazione

⁽¹⁾ Angelozzi A. et al., *Stato e prospettive della psichiatria italiana*, in «Psichiatria di comunità», 4, 2005, p. 249.

⁽²⁾ La richiesta spontanea, sulla quale non si sia intervenuti per modificarla, è soprattutto richiesta di psicofarmaci, sollecitazione a un intervento puntiforme centrato sul singolo piuttosto che sul gruppo di appartenenza, preferenza per il controllo di un comportamento, in genere del soggetto più debole, in una situazione di conflitto.

di bisogno in cui essi si trovano, ovvero è una sofferenza a causa di una mancanza. Ma quando la richiesta si presenta al servizio, il bisogno è talmente impellente da svalutare le cause, che perdono ogni loro specificità. Lo stesso bisogno psichiatrico/psicologico, diventato aspecifico, si presta ad acquisire le caratteristiche di categoria in cui viene tradotto qualunque tipo di sofferenza.

Tra le condizioni per ottenere il cambiamento delle richieste, in primo piano era la presenza significativa nel territorio, a contatto con le sue principali istituzioni e in comunicazione con i suoi organismi rappresentativi. Ma non meno rilevante era la qualità dell'offerta, caratterizzata da un approccio psicoterapico ai casi complessi, di cui si faceva carico l'intero gruppo di lavoro. In tal modo, e fin dall'inizio della costruzione della rete dei servizi di salute mentale di territorio, non solo si cancellava una vecchia psichiatria (quella costruita al di dentro della istituzione manicomiale) ma se ne esercitava una nuova, resa possibile dalla presenza di condizioni di praticabilità, legate ai luoghi di vita, prima impensabili.

Paradossalmente, la formula «risposta ai bisogni» ha isolato i servizi dalla società. Devo confessare che la riproposta di un documento del 1974, alla cui scrittura ho partecipato, non nasce solo dal desiderio di verificare una continuità tra quel testo e il mio articolo di oggi (suggerita dall'essere entrambi pubblicati, anche se a una notevole distanza temporale, dalla stessa rivista). Ma nasce soprattutto come risposta allo stimolo costituito dall'intervento di Franca Manoukian in questa stessa rivista ⁽⁵⁾.

L'autrice vi sollecita i gruppi di lavoro dei servizi, la cui operatività ha incidenza sul sociale, a un esame di coscienza intorno ai residui di ideologia che ancora caratterizzano la loro cultura e che non trovano più una legittimazione nel sentire comune. Il peccato consisterebbe nell'aver identificato nella *soddisfazione dei bisogni* degli utenti il proprio compito fondamentale: un peccato mortale di onnipotenza, adesione a una richiesta senza limiti e perciò stesso destinata a restare insoddisfatta.

Questa definizione, e la concezione di servizio pubblico a cui essa rimanda, sono considerate segnali di un *distacco dalla realtà sociale* a cui tuttavia gli operatori pretendono di essere ancorati. Per superare questo isolamento quasi autistico F. Manoukian propone alcuni orientamenti per l'azione, finalizzati a *riaprire il dialogo con la società*: «riscoprire un ascolto rivolto a costruire fiducia», «saper ascoltare in campo aperto», «attrezzarsi a gestire le emergenze», «sviluppare integrazioni tra le risorse territoriali», «stare nella vita quotidiana della comunità».

Cos'è venuto a mancare? Potrebbe essere considerato un paradosso che proprio la formula «risposta ai bisogni» diventi la causa del radicale fallimento dei servizi. Infatti la formula «dobbiamo rispondere ai bisogni, manifesti e nascosti, e non semplicemente alle richieste» era il segnale di una *innovazione*, conseguenza del contatto con il territorio dove la vita concreta si svolge.

Era l'indicazione di un modello alternativo a quello sanitario (in cui il servizio attende la richiesta), sviluppava una metodologia per leggere ciò che c'era di nascosto al di là della sofferenza da alleviare, cercava di individuare cause e condizioni che permettessero di prevenire, curare e riabilitare in tempo utile, non quando tutto è ormai perduto e consumato.

Quanto poi alle indicazioni per uscire dall'isolamento, che una volta si riassumevano con le parole chiave «ascolto, accoglienza, alleanza», esse si ritrovano nel linguaggio della fondazione originaria dei servizi rinnovati e tutta la letteratura che dall'inizio degli anni '70 accompagna il rinnovamento è una esegesi allargata di queste parole.

Emerge allora la domanda su cosa sia mancato perché una tale regressione non avvenisse anche lì dove c'era una consapevolezza sui rischi dell'isolamento dei servizi dalla società e una disponibilità degli strumenti di verifica di questo contatto e dei rimedi da mettere in

⁽⁵⁾ Manoukian Olivetti F., *La domanda di sicurezza può non investire i servizi?*, in «Animazione Sociale», 5, 2008.

atto ai primi segnali di scollamento. Senza una risposta a questa domanda nessuno potrà liberarci dal sospetto che anche la boccata di ossigeno legata a un entusiasmo intellettuale rinnovato, a una motivazione volenterosa, sarà seguita da una peggiore delusione.

Riconoscere che non è facile rispondere alla domanda non porta tuttavia a scartarla, solo rende più complesso il dibattito e più incerte le conclusioni.

Rileggendo 40 anni di psichiatria

Innanzitutto smontiamo il mito che sia mai esistita, in Italia, un'età dell'oro della psichiatria. La ricostruzione di una storia dei servizi alternativi porterebbe a riconoscere che la «rivoluzione» è nata tra difficoltà e difficoltà ha continuamente incontrato.

Non è mai esistita un'età dell'oro. Le difficoltà derivavano da coloro che non condividevano cause ed effetti del rinnovamento; ma ben più numerose sorgevano nel campo stesso dei rinnovatori. I conflitti tra coloro che avrebbero dovuto sostenersi reciprocamente sono ancora riconoscibili nel presente, si sono tramandati di generazione in generazione e hanno portato alla qualità di particolare litigiosità attribuita alla nuova psichiatria italiana.

Ho trovato nella copia originale del documento citato il seguente esergo:

Abbiamo avuto ragione troppo presto, quindi abbiamo avuto sempre torto.

È una frase attribuita a Laing, uno dei santi protettori dell'antipsichiatria. Ogni innovazione radicale, e quella psichiatrica lo era, introduce una contraddizione di cui è difficile dimenticarsi; infatti continuiamo ad inciamparci e ogni volta ci sembra nuova. Quale? Non sapersi decidere tra l'idea di liberazione delle persone *dalla* psichiatria e l'idea di liberazione *mediante* la psichiatria e non raggiungere un consenso su una posizione intermedia. Questa contraddizione ci dà ragione della vivacità della psichiatria italiana contemporanea; ma anche

rimanda ad una sorta di maledizione, che comporta una sua condanna quasi mortale.

Dagli anni '70 a oggi, è un succedersi di tentativi di normalizzazione. Possiamo descrivere la storia della psichiatria italiana, dopo l'inizio a cavallo degli anni '70, dicendo che è un succedersi di tentativi di normalizzazione. La stessa legge 180 del 1978 è un compromesso tra gruppi politici diversi: gli uni erano spaventati dal vuoto legislativo, ritenuto pericoloso, che si sarebbe creato se fosse andata avanti la proposta di referendum abrogativo della legge psichiatrica del 1904; gli altri erano impegnati per la eliminazione del manicomio dalla pratica assistenziale italiana, ma ancora incerti sull'alternativa da costruire.

La «180» ordina di abolire i manicomi ma ripropone il principio di una legge speciale per i malati mentali; ancora inoltre la nuova psichiatria al sistema ospedaliero ponendo al centro della nuova organizzazione i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

Qualche mese dopo la legge 833, assorbendo gran parte della «180», incardina la psichiatria nella medicina, aspirazione di tante generazioni di psichiatri; ma, per sfortuna, *una psichiatria potenzialmente avanzata* (territoriale, integrata nel sociale, centrata sulla salute più che sulla malattia) *viene inserita in una medicina che è ancora da mettere in moto* (che abita in ospedale, che è caratterizzata dal dare risposte di cura della malattia e non di salute).

Quando poi interviene l'aziendalizzazione della sanità, anche per porre rimedio ad una espansione anarchica della spesa economicamente non sopportabile, la normalizzazione investe in modo particolare la psichiatria, impedendole di costituire un primo esempio di medicina alternativa, partecipata, in cui potere tecnico e potere politico si integrino invece che combattersi.

Una psichiatria alternativa ha comunque resistito. Comunque una psichiatria nuova, «alternativa», ha resistito, almeno fino ad ora, a tutti i tentativi di normalizzazione e si presenta ancora come segno di contraddizione.

La nuova psichiatria è stata oggetto di passioni contrastanti e, siccome queste passioni sono decisive anche per il futuro, è bene sforzarsi di coglierne lo sviluppo fin dalle radici.

Con ciò potremo forse superare almeno i malintesi legati al desiderio di veder vittoriosa una teoria piuttosto che una pratica e che hanno reso difficile la comprensione di ciò che è veramente accaduto. Una ricostruzione da parte di chi ha vissuto queste battaglie non può che basarsi sulla propria esperienza, su di sé come documento piuttosto che sui documenti disponibili.

Perché il manicomio chiuse?

Quando riconosciamo i primi segnali del cambiamento? Nella seconda metà degli anni '60, con un'accentuazione dal '68 in poi.

Fine anni '60: filtrano le prime luci sulla realtà manicomiale. La prima novità è stata l'attenzione di alcune Amministrazioni provinciali per lo stato di degrado e abbandono dei manicomi ⁽⁴⁾.

Poi ha influito la migrazione verso il manicomio di giovani medici interessati alla psichiatria, anche perché il sistema universitario era ormai saturo, sempre meno stimolante dal punto di vista scientifico, orientato a garantire la pratica professionale privata dei cattedratici e campo di un loro potere discrezionale. E d'altra parte il sistema delle cliniche psichiatriche private, altro ambito di esercizio professionale per i giovani medici, era gestito in modo autoritario e nient'affatto innovativo, dominato dalla pratica dell'elettroshok, rimedio universale di tutte le malattie.

La terza novità epocale era la sindacalizzazione degli infermieri manicomiali che, in un clima di crescente politicizzazione, giungevano a interrogarsi non solo sul salario e sulle condizioni di lavoro, ma anche sulla qualità della propria professionalità.

Tutte queste spinte rendevano sempre più difficile tener nascosta all'esterno la realtà del manicomio, oggetto fino ad allora, al massimo, di un silenzioso e rassegnato rincrescimento.

Diviene evidente la natura violenta e patogena del manicomio. Con timidezza inizialmente, ma con determinazione crescente, veniva in evidenza il suo *fondo carcerario*, degradato e degradante, violento, patogeno, e contemporaneamente appariva non più sostenibile che queste qualità fossero ineluttabili. Il manicomio avviliva anche coloro che vi lavoravano, ed era la prova lampante della inutilità di una qualche formazione psichiatrica per lavorare bene in manicomio.

La definizione del *manicomio come lager* era qualcosa di più di una metafora. Il dogma della incurabilità dei pazienti psichiatrici, e dell'evoluzione verso la demenza della maggior parte delle malattie mentali, aveva alimentato la falsa coscienza che il manicomio fosse il naturale contenitore degli inevitabili fallimenti umani legati alla malattia ⁽⁵⁾. Ma la domanda, sempre più frequente, sulla responsabilità, non solo collettiva e sociale, ma anche personale, veniva a metterla in crisi ⁽⁶⁾.

Si illuminava pian piano la catena causale che, partendo dalla *disattenzione* dei curanti, portava a un *auto-oscuramento* dei curati che si ritraevano in una inaccessibilità completa; questa poi, a sua volta, giustificava la *passività* dei curanti. Per rompere queste complicità *bastava esserci*: per i medici essere di persona nei reparti, con un po' di curiosità; per gli infermieri essere con la propria mente e la propria umanità, oltre che fisicamente, accanto ai malati.

Si afferma una pratica psichiatrica radicalmente alternativa. Dalla trasformazione del manicomio, e poi dal suo superamento come

⁽⁴⁾ Legrand M., *La psychiatrie alternative italienne*, Privat, Toulouse 1988.

⁽⁵⁾ La percezione di una realtà accettata come naturale porta alla individuazione di cause naturali e individuali di tutto ciò che è negativo (la malattia, la degenerazione, la malvagità morale) negando i fattori sociali che la determinano (alienazione, violenza sociale, ecc.). Ne deriva una falsa teoria che fa da copertura morale e disincentiva ogni ribellione e ogni desiderio di cambiamento.

⁽⁶⁾ Napolitani D., *Significato e prospettive della socioterapia nella crisi della falsa coscienza psichiatrica*, in Di Marco G., Nosè F. (a cura di), *La clinica istituzionale in Italia*, Stella edizioni, Rovereto 2008, p. 415.

modalità assistenziale, non è solo scaturita la chiusura del manicomio ma anche una *nuova psichiatria*:

□ la clinica è stata rinnovata eliminando le deformazioni che la vita istituzionale introduceva nella stessa patologia psichiatrica;

□ l'uso dei farmaci è stato razionalizzato e non perché i nuovi psichiatri ne sapessero di più dei vecchi sul loro funzionamento, ma perché potevano inserirli in un progetto terapeutico e regolarli in funzione di questo piuttosto che sparrarli sui pazienti in un uso di contenimento che ne faceva l'equivalente del legare i malati al letto;

□ la patologia è stata riportata nella vita, piuttosto che isolata da essa;

□ la relazione personale tra malati e psichiatri è stata resa più autentica, senza bisogno di sofismi psicodinamici;

□ la verità è diventata condizione di fiducia reciproca;

□ l'alleanza, anche quella terapeutica, è stata resa possibile dalla condivisione della vita quotidiana;

□ l'ascolto attento è diventato non un dono elargito benignamente, ma frutto del bisogno di una nuova conoscenza, libera da pregiudizi.

Al centro il coinvolgimento del paziente nel lavoro terapeutico. La nuova pratica che ne scaturisce è una pratica terapeutica, ancorata al principio etico del rispetto della persona umana, anche perché questo è l'unico modo per coinvolgere il paziente in un lavoro terapeutico. Dico che si tratta di una nuova pratica, senza bisogno di una nuova teoria scientifica.

La descrizione e la comprensione della nuova pratica, soprattutto quando vi era l'esigenza di comunicarla ad altri che non dividevano la stessa esperienza, faceva infatti uso dei linguaggi disponibili. Così si usava il linguaggio dell'antipsichiatria (tratto dai libri di Laing, Cooper, Esterson, ecc.), o quello di Foucault (a partire dalla *Storia della follia nell'età classica*), come anche il linguaggio di Goffman (con il riferimento alle istituzioni totali descritte in *Asylums*), o quello di Stanton e Schwarz (*The mental hospital*), o quello infine della psicoterapia istituzionale francese.

Anche il linguaggio della psicopatologia classica poteva essere usato per descrivere l'evoluzione dei disturbi di persone finalmente sottratte all'annichilimento prodotto dall'istituzione. Per usare con libertà un linguaggio già disponibile bastava non mettere tra parentesi la realtà e mettere invece tra parentesi la teoria da cui quel linguaggio scaturiva.

Ma non sono state le teorie a far evolvere la realtà assistenziale. Se, nell'analisi del passato, ci lasciamo affascinare dal linguaggio usato e andiamo a valorizzare le teorie che legittimavano quel linguaggio, corriamo il rischio di descrivere la storia partendo dal presupposto che vengano prima le idee e poi le pratiche.

Le buone idee in psichiatria non sempre si sono tradotte in buone pratiche e quando sono state applicate ciò è avvenuto in nicchie marginali con scarsa influenza sul sistema dominante. A far evolvere la realtà assistenziale non sono state insomma le teorie, che si vantavano di dare una immagine abbastanza integrata dell'uomo, che affermavano la continuità tra il normale e il patologico, oppure il valore di persona da attribuirsi anche al malato mentale.

Conosco la risposta a questa critica: esistevano altre teorie che riducevano la malattia, e il malato, alla pura corporeità ed esse dominavano il campo accademico e quello istituzionale: i loro sostenitori producevano un fuoco di sbarramento contro la penetrazione di teorie dinamiche, come la psicoanalisi. Il che è vero ma non rappresenta tutta la verità. Ci sono stati anche grandi studiosi di antropologia e di psicoanalisi che avevano ruoli di responsabilità negli ospedali psichiatrici, e non sono tra coloro che hanno avviato il processo di trasformazione della psichiatria asilare italiana.

La storia non è un ufficio brevetti

Può sembrare un paradosso sostenere che in Italia proprio lo stato di arretratezza dei manicomi abbia stimolato il cambiamento e portato ad alternative radicali. È vero che oltre al manicomio esistevano gli istituti universitari

di psichiatria, le cliniche private, gli studi dei liberi professionisti, ma restavano comunque fuori da questo sistema i casi gravi e gravosi e soprattutto quelle persone, che erano la maggioranza, che non potevano pagarsi, se non per un breve periodo, servizi costosi. Per queste situazioni il manicomio restava l'unica assistenza praticabile e la sua gestione violenta costituiva lo sfondo che si intravedeva, come minaccia, dietro ogni disturbo psichico.

La priorità non è delle idee. C'erano esperienze modello che imitavano realizzazioni straniere, europee e nord americane, in cui la costruzione a tavolino dell'istituzione, le sue dimensioni limitate, il privilegio di una protezione politica che rendeva possibile l'esperimento, salvavano l'esperienza dal degrado, ma anche circoscrivevano l'efficacia dell'innovazione impedendo che essa occupasse l'intero sistema. Con ciò si dimostra che non è sufficiente avere buone idee, successi e buona formazione per produrre risultati evolutivi da applicare all'intero sistema.

Succede ancora oggi che, di fronte a proposte o a realizzazioni di qualche innovazione nella gestione del disturbo mentale, venga rilevato, con clamore e suscitando meraviglia, che le novità non sono poi tali, sono già state descritte in passato e già attuate in qualche luogo del mondo: una simile impostazione tratta la storia come un ufficio brevetti in cui conta la priorità dell'idea. Resta da spiegare perché informazioni disponibili (che riguardano buone pratiche possibili ed evidenze scientifiche sull'efficacia di un qualche dispositivo terapeutico) non siano utilizzate e perché esperienze avanzate siano riassorbite senza lasciare segno di sé. Si dà la responsabilità al sistema formativo che non combatte l'ignoranza dei nuovi operatori. Non si affronta quasi mai il problema di ciò che fa evolvere veramente le situazioni e di ciò che le blocca.

Dire che non sono le teorie, le conoscenze e la formazione elementi propulsivi sufficienti da soli è abbastanza facile perché non hanno avuto effetto modificativo sostanziale lì dove erano presenti.

Ma è difficile dire che cosa spinge o frena i processi di cambiamento. Quanto ai fattori di blocco è abbastanza ovvio affermare che la *manca* *za di risorse*, oltre un certo limite, prima arresta l'espansione e poi fa regredire quantitativamente e qualitativamente il sistema delle cure.

D'altra parte, anche questo campo è luogo di paradossi per cui sarebbe inappropriato affermare che l'efficacia dipenda dalle risorse o che è necessario che le risorse siano proporzionali al bisogno emerso. Il sistema di cure è infatti esso stesso un valorizzatore del bisogno di cure, che quindi tende a crescere, in proporzione all'efficienza del sistema, anche in assenza di evoluzioni, favorevoli o sfavorevoli, della società. Inoltre ogni bisogno, qualunque sia la sua natura, tende a tradursi nella richiesta per il soddisfacimento della quale sono disponibili risorse.

Va aggiunto che non può esistere una unità di misura universalmente valida per le risorse destinate alla salute mentale, a causa della diversa incidenza delle variabili epidemiologiche in contesti diversi: i paesi in via di sviluppo hanno sicuramente i peggiori sistemi psichiatrici disponibili ma le loro popolazioni hanno anche i decorsi di malattia più benigni.

Potremmo attenuare questo paradosso ricordando l'ipotesi che chi sta male «psichicamente» soffre meno in un contesto in via di sviluppo che non in una società avanzata, trova più facilmente adattamenti spontanei che ne garantiscono la sopravvivenza, una accoglienza più umana per il periodo di durata del suo stato di handicap, per cui se la caverà meglio anche senza interventi raffinati; ma se starà male abbastanza da aver bisogno di cure serie, il suo stato di salute verrà peggiorato dal sistema – in genere manicomiale – che non gli offrirà nessuna opportunità curativa. In un paese in via di sviluppo basterebbero poche risorse finanziarie per migliorare la rete di cure, in un paese avanzato ce ne vorrebbero molte di più.

Se è così difficile identificare in modo convincente gli elementi che spingono e quelli che frenano, non resta che completare l'analisi della psichiatria di comunità italiana che, sviluppata dagli anni '70, è attualmente in crisi, nella

speranza di far chiarezza su *ciò che, mancando, ha provocato la crisi attuale*.

Negli anni '70 fu decisivo il ruolo di mediazione, svolto dalla politica, tra i servizi e la società. Se torniamo a esaminare gli elementi di successo della trasformazione democratica della psichiatria potremo enumerare i seguenti:

- aumento del numero delle persone impegnate attivamente nella cura e non specializzate nella sola custodia;

- omogeneità, continuità, complessità della presa in carico delle situazioni psichiatriche grazie allo sviluppo della pratica del lavoro di gruppo;

- messa in primo piano dell'utente;

- accumulazione di competenze nuove grazie all'esperienza di impegno in problemi reali, riconosciuti nella vita quotidiana;

- passaggio da una logica di psichiatria ad una logica di salute mentale.

Quest'ultimo può essere considerato il passaggio conclusivo a un nuovo modello. La logica di salute mentale si sostanzia della socializzazione di persone desocializzate o a grave rischio di diventarlo a causa della presenza di un disturbo psichico.

Per salvaguardare la salute mentale occorre un'attenzione protettiva nei confronti delle condizioni di vita, di lavoro, di apprendimento, che incidono sulla qualità delle relazioni personali e sulla possibilità di accedere alle cure e goderne i benefici. Nella logica della salute mentale un'attenzione particolare viene rivolta a tutte le istituzioni che corrono il rischio di alimentare la violenza (istituti per minori, case di riposo), ma anche a luoghi e a istituzioni normali (come scuole e nidi d'infanzia) che hanno influenza sulla salute mentale.

La salute mentale non si identifica con un codice di norme di comportamento né con la pura e semplice assenza di malattia. È connessa alla possibilità di dominare conoscitivamente e operativamente la propria condizione esistenziale e i processi che la determinano. Si tutela trasformando le condizioni e i significati della vita associata in modo da realizzare rapporti umani e modelli socioculturali che pongano il benessere dell'uomo quale valore primo e fondamentale. (Dall'art. 2 del Regolamento dei Cim della Provincia di Perugia)⁽⁷⁾

Ho riportato una citazione della parte iniziale di questo documento in quanto è esempio di uno strumento con cui venne regolamentato il rapporto tra i servizi e la società, a partire da un'analisi dei valori dominanti. Un protagonista politico, il Consiglio provinciale, dopo aver promosso un'ampia partecipazione dei cittadini, si assunse la responsabilità di questa analisi. In questo documento si sentono gli echi delle dichiarazioni contemporanee dell'Organizzazione mondiale della sanità: una psichiatria di comunità è collocata in una cornice più ampia, quella della tutela della salute mentale, alla realizzazione dei cui compiti la psichiatria può partecipare ma dei quali non può avere il monopolio.

Servizi sempre meno «di» territorio

Il venir meno di una modalità partecipata della politica (per quanto embrionale e imperfetta) rende indisponibili le condizioni che permettono di verificare e accrescere il consenso della società civile all'operato dei servizi di salute mentale (e anche di quelli che si occupano di fasce marginali di popolazione: poveri, migranti, tossicodipendenti cronicizzati, e – sempre più spesso – anziani e malati cronici).

In questi anni c'è stata una taylorizzazione della salute. *La modernizzazione amministrativa della sanità è pagata con una depoliticizzazione:* viene meno cioè il compito di mediazione, svolto dai politici, tra servizi e società, mentre si accentua la lottizzazione, il che significa controllo sugli operatori dei servizi a fini elettorali.

L'impossibilità di far fronte con mezzi ordinari, ed evolutivi, al dissenso individuale degli utenti e alla sofferenza da inadeguato accesso alle risorse sanitarie da parte dei pazienti porta a una psichiatrizzazione dei problemi di salute. Sempre più spesso ogni inefficacia delle cure, ogni rifiuto di esse, ogni eccesso di manifestazione di sofferenza, viene considerato

⁽⁷⁾ Pubblicato in «Annali di Neurologia e Psichiatria», anno LXVIII, fasc. 3-4, 1974.

un sintomo di malattia mentale per il quale si presume vada attivato un intervento psichiatrico (cancellando così la domanda fondamentale sull'appropriatezza delle cure).

La riduzione delle risorse fa sentire i propri effetti negativi prima di tutto su quei servizi che per scelta sono polivalenti, cioè che sul territorio garantiscono interventi sociali a supporto di quelli specificatamente sanitari.

La separazione tra sociale e sanitario gioca contro l'efficacia degli interventi, aumenta la cronicità, obbliga a interventi psichiatrici più onerosi.

La modernità persegue una *razionalità* che travolge la spontaneità precedente: si esprime in esigenze di organizzazione e di programmazione a lungo termine, di controllo gerarchico degli operatori, porta al *trionfo della professionalità* che non è più intesa come ottimizzazione delle competenze rispetto a un certo obiettivo, ma come costruzione di figure differenziate in funzione dei compiti. Si ha così una taylorizzazione della salute: quindi frammentazione del bisogno e costruzione di un servizio per ogni frammento.

I servizi oggi sono «sul» territorio. I servizi non sono più ormai *di* territorio (cioè dedicati a una certa comunità) ma *sul* territorio e caratterizzati dall'essere disponibili per una utenza di una fascia di età (infanzia, adolescenza, adulti, anziani); oppure specializzati per patologia (disturbi psicotici, depressione, nevrosi e attacchi di panico, disturbi del comportamento alimentare, dipendenze con associati disturbi psichici); oppure per sesso. Altre volte è invece la formazione accademica a decidere della natura del servizio: psichiatri, psicologi, infermieri vanno a costituire servizi diversi con inefficienti modalità di coordinamento, collaborazione, integrazione.

Si disgrega così il paradigma di una psichiatria di comunità che era succeduto a quello della psichiatria manicomiale. La mancanza di una prassi unitaria rende impossibile mantenere una visione chiara della missione psichiatrica, e si odono sempre più spesso lamentele sulla scomparsa della psichiatria. Infatti l'impasse

attuale non è correlato solo a una riduzione delle risorse a disposizione dei servizi per la tutela della salute mentale, ma anche a una crisi della psichiatria: la psichiatria di comunità trova sempre meno connessioni con la comunità, sempre meno specificità (a vantaggio di aspetti specialistici più tecnici, diagnostici e terapeutici), sempre meno processi formativi dedicati a facilitare l'utilizzo delle condizioni e delle risorse locali a vantaggio della cura, mentre sono privilegiate piccole esperienze di laboratorio concepite in modo distaccato rispetto alla realtà operativa. Tali fenomeni di frantumazione e di scollamento sono stati ripetutamente segnalati ⁽⁸⁾.

La collettività non avverte i servizi come di sua proprietà. Si tratta di un impoverimento che retroagisce sull'idea stessa di psichiatria negandone ogni necessità e ogni legittimazione, fino all'affermazione che si è giunti a una psichiatria senza psichiatria ⁽⁹⁾ o a una psichiatria senza psiche ⁽¹⁰⁾. Una nuova definizione della psichiatria non può venire da una nuova teoria ⁽¹¹⁾. Può scaturire solo in una nuova prassi. Ed è una nuova prassi quella a cui ci invita Franca Manoukian.

⁽⁸⁾ «Non vi è dubbio che stiamo assistendo a una fragilizzazione dei servizi psichiatrici territoriali, che si manifesta a livello di territorialità, rappresentatività, identità collettiva, tutela dei diritti, e questa situazione impone un lavoro non ordinario di rifondazione della cultura e delle pratiche della psichiatria e della salute mentale di comunità, per uscire da un'impasse che è anche crisi di valori, di idee, progetti, sponsorship, reti, socialità, sostenibilità, cittadinanza» (Ferrannini L., *I servizi e gli operatori tra continuità e innovazione*, in «Psichiatria di Comunità», 7, 2008, p. 181).

⁽⁹⁾ Di Marco G., *Psichiatria sine psichiatria*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 3, 2001, p. 126.

⁽¹⁰⁾ Scotti F., *Psichiatria senz'anima*, in «Rivista di psicologia analitica», 12, 2001, p. 107.

⁽¹¹⁾ La polemica se sia opportuno accettare o respingere il paradigma complesso della psichiatria quale bio-psico-sociologia è mal posta se si vuol decidere quale delle tre componenti venga prima. Ma, come mostra la pratica, la risposta concreta a una richiesta o a un bisogno è sempre incentrata su un singolo elemento che ne costituisce l'asse portante. Gli psichiatri possono scegliere quindi di essere bio-psichiatri, o psico-psichiatri o socio-psichiatri (e di fatto ciò avviene). Ma gli utenti cosa chiedono? E ciò che chiedono è condiviso dagli psichiatri?

Per «riaprire il dialogo con la società» occorre: «dare rassicurazioni che discendono dal poter confidarsi e confidare», «ricevere un aiuto a comprendere le difficoltà, a trovare qualche risvolto positivo nelle situazioni», «per sentirsi un po' meno soli»; «affrontare le emergenze che nascono dai fallimenti nei rapporti familiari», emergenze che «vanno trattate con competenze sociali e psico-sociali, socio-educative e socio-assistenziali», «sviluppare integrazioni tra le risorse territoriali»⁽¹²⁾.

La domanda che va posta a questo punto è se una tale proposta pratica corrisponda, nel rapporto tra servizi e società, a un mutamento di strategia a parità di funzione, oppure cambino in modo radicale obiettivi, prestazioni e metodi. Di fronte alla prima eventualità si può rispondere che l'ascolto nel quotidiano era un canone fondamentale di funzionamento della rete di salute mentale al suo primo costituirsi. Può darsi che si sia perso il contatto e

la collettività non avverta i servizi come di propria proprietà, dei quali prendersi cura e sui quali vigilare e sentirsi al contempo responsabile, esercitando nel proprio interesse il diritto-dovere maturo alla partecipazione.⁽¹³⁾

I danni di un modello sanitario

Chiunque sia stato a compiere il primo gesto che ha portato al distacco dalla società resta vero che esso è rimasto a lungo silenzioso.

Anche il silenzio degli operatori è figlio di una logica sanitaria. Gli stessi operatori dei servizi non sembrano in grado di farne un'analisi spassionata anche perché non hanno mai verificato, ed eventualmente sostituito, l'analisi politica della società che era presente nella loro cultura negli anni '70. Ciò è stato anche bloccato dalla stigmatizzazione della politica che ha enfatizzato *l'illusione che basti la tecnica per avere buoni servizi*. Ma questo non ha impedito che, alla base della relazione tra servizi e società, una analisi politica sopravvivesse, anche se era quella vecchia, che è diventata sempre più ideologica, abbellita dalle aspirazioni utopiche degli

operatori, abbruttita da filosofie economiciste che accolgono le idee di mercato, concorrenza e via discorrendo.

Ma se si chiede «di chi sono i servizi?» si può rispondere, provocatoriamente, che sono delle Aziende, non certo degli operatori; quindi non spetta a questi ultimi il compito di modificare missione e mandato dei servizi in cui lavorano. Una simile impostazione rimanderebbe ad altri la responsabilità dell'impasse attuale e lascerebbe agli operatori dei servizi solo il compito di lamentarsi di una deriva di cui subiscono anch'essi le conseguenze negative.

Franca Manoukian ha cercato di analizzare più a fondo questa situazione di progressivo isolamento degli operatori e la loro rinuncia al dialogo, e ne ha visto una componente causale nella prevalenza di un modello sanitario anche per quanto riguarda l'impostazione dei servizi sociali. Si può convenire che *la logica di salute mentale non può essere una logica sanitaria*, né per la individuazione dei luoghi di esercizio delle attività, né per le prestazioni, né per le strategie che ne assicurano l'efficacia. Questa analisi merita di essere approfondita e forse alla fine giungeremo a una formulazione che ci aiuterà a uscire da quella confusione concettuale che non è la minore conseguenza negativa del presente.

Cercasi modello post sanitario. L'obiezione cui bisogna rispondere è però questa: finché è in vigore un modello forte per i servizi sanitari (e in Italia esiste con centraggio sull'ospedale, sulle prestazioni tecnologicamente avanzate e complesse, sulla valorizzazione delle abilità personali del professionista, piuttosto che su buoni elementi di sistema) esso costituisce un polo di attrazione per la psichiatria e per la salute mentale.

La seconda difficoltà è connessa alla intima relazione tra psichiatria e salute mentale. In Italia una politica di salute mentale è scaturita prepotentemente solo dall'evoluzione dell'as-

⁽¹²⁾ Olivetti Manoukian F., *art. cit.*

⁽¹³⁾ Ferrannini L., Peloso P., *Si può proteggere la società dalla sua follia?*, in «Animazione Sociale», 1, 2009, p. 88.

sistenza psichiatrica nel momento in cui è stata contestata. La nuova assistenza psichiatrica è stato il luogo privilegiato di sperimentazione di approcci nuovi al disagio mentale ed è attraverso la psichiatria che il modello sanitario estende il suo fascino sulla salute mentale e i servizi sociali.

La soluzione del dilemma potrebbe scaturire solo dal costituirsi di un *nuovo modello sanitario* (si potrebbe a questo punto chiamarlo post-sanitario), centrato su educazione alla salute, attenzione agli stili di vita, prevenzione, prevalenza delle prestazioni in ambito territoriale, lavoro di gruppo anche nella medicina ambulatoriale e domiciliare, ecc.

Di un simile modello, che comporta anche una redistribuzione delle risorse con impoverimento di quelle destinate ai miracoli della medicina e della chirurgia, c'era già stata una legittimazione quasi 40 anni fa, da parte di Ivan Illich che con *Nemesi medica* aveva dimostrato come fossero più i danni che emergevano dalla impostazione moderna della medicina, che non i vantaggi⁽¹⁴⁾. Un libro di grande chiarezza teorica e di nulla incidenza pratica: questo risultato dimostra che un cambiamento non può derivare da una autoriforma del sapere medico, anche se corroborato da tutte le evidenze scientifiche disponibili, comprese quelle che riguardano i fallimenti.

Tra servizi e società chi può sviluppare oggi la mediazione politica? Come portare realmente i servizi sociali e di salute mentale fuori dell'influenza prevalente del modello sanitario? O si modifica il rapporto tra servizi e Aziende o quello tra Aziende e società. Non è detto che sia impossibile modificare il rapporto tra Aziende e psichiatria/salute mentale che porti ad una relativa autonomia dei servizi dalle Aziende, ma non è ovvio che ciò avvenga a vantaggio degli utenti e dei servizi.

Anzi si può sostenere che la contro-riforma psichiatrica, che attualmente si sostanzia di alcuni disegni di legge depositati in Parlamento per la abolizione della così detta legge Basaglia, potrebbe avere il risultato di portare i servizi psichiatrici fuori della competenza delle Regio-

ni, accentuarne la funzione di controllo sociale, attenuare la cura rinforzando la custodia dei pazienti psichiatrici fino a farne strumenti di ordine pubblico.

In tal modo una legge speciale porterebbe operatori e malati fuori della sanità, grazie a norme che fanno prevalere i doveri dei malati sui diritti e accrescono gli obblighi giuridici degli psichiatri sempre più responsabili degli atti dei loro pazienti, e grazie a modifiche organizzative con l'introduzione di strutture in grado di far fronte a un maggior numero di ricoveri e a ricoveri più lunghi. Ma in tal modo semplicemente si cancellerebbe la psichiatria di comunità.

L'alternativa è che le Aziende, da cui i servizi dipendono, siano in grado di sviluppare la mediazione politica tra servizi e società: rendere trasparenti i bisogni degli utenti cui i servizi devono rispondere, rendere trasparenti i servizi per gli utenti in modo che questi se ne possano fidare, possano comunicare e collaborare. Se una tale funzione di mediazione tra utenza e servizi è considerata troppo politica per essere affidata a un'Azienda (che statutariamente si può occupare della sanità solo dal punto di vista, sufficientemente oggettivo, delle risorse impegnate in beni e servizi) spetterà ai Comuni o alla Regione questo compito. Ma non è un compito che possa essere trascurato⁽¹⁵⁾.

Ma non è solo un deficit di politica

Tuttavia non possiamo mandarla tutta in politica (qualunque estensione di significato prestiamo a questo termine). Permangono almeno due problemi seri che la psichiatria deve affrontare e non perché le appartengano ma perché è costretta a farci i conti in continuazione: il problema antropologico della violenza e

⁽¹⁴⁾ Illich I., *Nemesi medica*, Bruno Mondadori, Milano 2004. L'edizione inglese è del 1976.

⁽¹⁵⁾ Nocentini C., *Aziendalizzazione e processi terapeutici*, in Di Marco G. (a cura di), *Psichiatria di comunità e processi terapeutici*, Centro studi e ricerche psichiatria istituzionale, 1999.

il problema della legittimazione e validazione di una psicoterapia.

Se la psichiatria non affronta il problema della violenza, si affermerà una medicina sempre più difensiva. L'assunto che la violenza privata (quindi non quella esercitata dalla delinquenza organizzata o della guerra, anche quando appaiano esercitate con efferatezza) sia un problema psichiatrico non riesce ad essere invalidato neppure dalle statistiche che dimostrano che i così detti malati mentali non sono autori di atti violenti più di quanto lo siano i così detti normali. La violenza stessa è considerata di per sé un disturbo psichico, una perversione (sadismo), un disturbo della personalità, o una reazione comportamentale all'avvenimento (raptus).

Non ci sarebbe niente di scandaloso in una concezione antropologica che volesse cancellare l'idea stessa del male come costituente della natura umana (o della cultura umana) per ridurla ad altro (ignoranza o malattia) se non si pretendesse poi di applicare alla violenza lo strumentario psichiatrico che contiene comunque criteri di prevedibilità, strategie di prevenzione, modi di cura, programmi di riabilitazione, modalità di controllo del comportamento.

Tutto ciò non si applica alla violenza perché essa non è mai solo prodotto della natura (e quindi anche della malattia in quanto evento naturale) ma anche della cultura (peccato o azione lecita, necessità sociale per aumentare la coesione del gruppo, modalità espressiva).

Qui manca però una delimitazione della psichiatria costruita sulla base della scelta di un criterio fondamentale: per esempio se assumiamo la psichiatria come cura dovremo tenerne fuori tutto ciò che non può essere oggetto di cura. Ma ciò è grande impresa: si pensi solo alle implicazioni giuridiche della capacità di intendere e di volere, che sono diventate uno degli oggetti più prestigiosi della psichiatria. Se però non si affronta la questione a breve, le conseguenze saranno disastrose.

Infatti si giunge al paradosso che vengono messe sullo stesso piano la cura del malato e la

prevenzione di reati da parte delle persone in cura, dichiarando con ciò compatibili *custodia e cura* che da decenni si sono dimostrate antagoniste. Il rischio è di entrare in un labirinto in cui vince sempre il minotauro, vivo o morto che sia: se curi male per custodire meglio fai un danno, di cui qualcuno ti può chiamare a rispondere; se custodisci poco per curare meglio, sei chiamato a rispondere dei danni eventualmente fatti dal tuo paziente ⁽¹⁶⁾.

Il tragico sviluppo di questo paradosso è l'affermarsi di una «medicina difensiva» in cui per evitare la responsabilità dell'omissione della custodia si svilupperà una omissione di cura, riducendosi quest'ultima a puntiformi interventi senza una seria presa in carico e a una delega continua di responsabilità in modo che la relazione diventi sempre più anonima e impossibile a identificarsi come antecedente causale di azioni illegali.

Se la psichiatria non affronta il nodo della psicoterapia, si allontanerà sempre più dalle richieste degli utenti. L'altro problema serio, tanto più serio se noi pensiamo che un servizio viene strutturato anche dalle richieste degli utenti, è quello della psicoterapia. I pazienti infatti chiedono psicoterapia. O meglio, chiedono di essere accompagnati nel loro percorso di dolore, di essere consolati, ma soprattutto rassicurati, chiedono di condividere le scelte e non di essere oggetto di un trattamento, sottoposti a un potere decisionale che resta nelle mani dei medici.

Si potrebbe rispondere che per rispettare tali esigenze basterebbe una pratica psichiatrica umanistica o umanizzata.

Ma qui la questione si complica perché sempre più spesso le persone *chiedono di ricevere un aiuto scientificamente fondato* per recuperare il senso di una parte della propria vita, non solo dolorosa ma spesso inquietante e minacciosa. Vogliono inoltre che qualcuno o qualcosa garantisca che non saranno imbrogliati e che i

⁽¹⁶⁾ Pozzi E., *Il fatto e le sue conseguenze: posizione di garanzia e legge 180*, in «Psichiatria di comunità», 7, 2008, p. 217.

professionisti sappiano quello che fanno.

Non esiste accordo, tra gli psichiatri, sulla validità delle prove che dicono che gli approcci psicoterapici sono scientificamente testati come efficaci nella pratica e sulla legittimazione della psicoterapia da parte di ricerche di base.

Qualcuno è disposto a credere che l'efficacia della psicoterapia sia dello stesso tipo della positività dell'effetto placebo (qualunque sia il fondamento dell'effetto placebo, tutt'altro che chiaro, resta associato che si tratta di un effetto aspecifico mentre per meritare l'attributo scientifico occorrerebbe provare una qualche specificità di una certa procedura terapeutica).

Inoltre accettare come scientificamente valida una procedura psicoterapica può creare domande imbarazzanti per la coerenza di un sistema teorico psichiatrico perché richiede che si prendano sul serio le premesse sulle quali quella teoria psicoterapeutica è fondata. Ad esempio, l'idea di inconscio, di censura, di conflitto, di scissione dell'io, la continuità tra normale e patologico, ecc., comportano conseguenze per l'intera valutazione della relazione terapeutica, per le relazioni stesse tra gli operatori, almeno quando non sono completamente dominati dalla logica istituzionale.

Avere voluto affrontare problemi di tal fatta in una fase precoce dello sviluppo delle istanze di rinnovamento dell'assistenza psichiatrica in Italia non ha portato molto lontano. Ha portato a conflitti teorici, e poi pratici, insostenibili, che hanno bloccato per decenni ogni dialogo scientifico all'interno della psichiatria⁽¹⁷⁾. Ma volerli evitare ora sarebbe un grave errore. Così non possiamo accontentarci di dire che la psicoterapia è oggi un lusso nei servizi pubblici e quindi è giusto che i servizi, data l'indicazione, ne rimandino al privato l'esecuzione. Farlo comporterebbe introdurre una nuova scissione perché quel sapere di cui non si è in grado di fruire per mancanza di risorse, di fatto viene espulso dal servizio, che diventa così un servizio di bio-psichiatria o di socio-psichiatria, indipendentemente dalla formazione, dalle opinioni o dai sogni degli operatori.

Tra scoraggiamenti e speranze

Mai come in questo momento, negli ultimi 30 anni, si è parlato di psichiatria.

Oggi si potrebbe rilanciare una politica di salute mentale. È vero, se ne è parlato soprattutto per circostanze sfortunate, come l'impoverimento della sanità, e quindi anche della salute mentale, l'enfasi sui *raptus* di follia, i progetti di controriforma psichiatrica. Ma anche per circostanze fortunate: mai come in questo periodo abbiamo una conoscenza dettagliata sullo stato dei servizi e le ricerche *Progres* (acuti, residenze, centri di salute mentale) incominciano ad essere diffuse anche tra i non addetti ai lavori. Mai come adesso la società civile ha manifestato la propria presenza nel campo della salute mentale con iniziative, prese di posizione sicuramente visibili, spesso fantasiose, qualche volta efficaci, moltiplicando la disponibilità di quello che è stato chiamato «capitale sociale».

Si presenta con ciò una situazione unica in cui le risorse disponibili possono arricchire una politica di salute mentale fondata sulla salvaguardia dei diritti dei cittadini, sui valori etici che impongono il rispetto della persona umana. In Italia è stata la nuova psichiatria a mettere in moto una politica di tutela della salute mentale. È ora che, grazie anche all'eredità del passato, essa venga trasferita dagli psichiatri ad altri protagonisti, per diventare un valore diffuso, condiviso, condizionante le scelte amministrative.

E riqualificare il servizio sociale. Con ciò si realizzerebbe una de-psichiatrizzazione della salute mentale che non sia un depotenziamento della stessa, avendo la garanzia di risorse dedicate che permettano di coprire quello spazio tra sociale e sanitario che viene alternativamente occupato dal sociale o dal sanitario, a seconda delle risorse disponibili o, in tempi di carenza, completamente abbandonato. Il supporto

⁽¹⁷⁾ Scotti F., in Di Marco G., Nosè F. (a cura di), *La clinica istituzionale in Italia*, op. cit., p. 439.

tecnico di questa politica di salute mentale dovrebbe essere un nuovo servizio sociale in cui si esercitino competenze psicosociologiche (quelle di cui parla F. Manoukian) per affrontare la micro conflittualità, le situazioni complesse multiproblema la cui psichiatria sarebbe una fonte di danno.

Ciò richiederebbe una riqualificazione del servizio sociale secondo quel modello cui si faceva riferimento, prima che avvenisse il degrado a segretariato sociale e prima che la facoltà di psicologia si impossessasse delle competenze che prima erano patrimonio di base del servizio sociale (individuale, di gruppo, di comunità). La deriva sanitaria della psicologia non ha portato alla diffusione di queste competenze e ha costretto i servizi psichiatrici a vicariare funzioni che sono fondamentali per la stessa cura dei disturbi psichici ma che non sono la cura.

In questo nuovo quadro le esperienze di cura fatte dalla nuova psichiatria potrebbero finalmente essere confrontate e valutate.

Ma è realistico immaginare una rinascita della psichiatria di comunità? Ammesso che sia questa la direzione in cui si muove la psichiatria italiana riusciremo come psichiatri ad agevolare il movimento in questa direzione? Riusciremo a non essere complici dello spettacolo di lotta ideologica di cui nell'ultimo anno la psichiatria italiana è diventata ostaggio? (In termini sportivi: chi vincerà la gara di coppa Italia, i basagliani o gli anti basagliani?). Oppure agiremo ancora una volta i due opposti narcisismi? Il primo: la psichiatria non è niente ma solo gli psichiatri possono guidare la società indicando i valori che la salveranno. Il secondo: solo la psichiatria conta e si caratterizza per una aggressione contro i disturbi mentali, che sono la causa principale del male e dell'infelicità e, fatto questo, poco altro resta da fare.

Sfortunatamente il fatto che la psichiatria si occupi dei deliri non impedirà agli psichiatri di delirare. E cosa può facilitare il loro delirio? Non le teorie sulla natura della mente, dell'uomo o della cura dei disturbi psichici (sebbene vi sia chi sostenga la somiglianza tra le teorie psicosociologiche e i deliri). Anche se queste teorie si

dimostrassero errate, e qualcuno lo sospetta fin da adesso, non c'è da preoccuparsene troppo. Esse da sole non hanno la forza di incidere sulla natura della pratica assistenziale psichiatrica.

Quel che agisce sono piuttosto i sentimenti: oggi c'è uno scoraggiamento generale (non di singoli o di gruppi sconfitti, ma di tutti) che fa temere per la sopravvivenza del sistema di cure «psichiatria di comunità».

Ma anche se si riuscisse a insegnare agli operatori come sopravvivere alla delusione (e all'inganno di cui si sentono vittime) resterebbero a impedire la rinascita gli elementi strutturali che sono causa di degrado: la riduzione delle risorse, il sistema premiante che privilegia l'individuale rispetto al collettivo, il privilegio accordato alla specializzazione trascurando la verifica delle condizioni che permettono la cura (e quindi anche di far fruttare la specializzazione).

In questa situazione da dove il sistema prenderebbe le energie per alimentarsi? Se non dagli operatori, allora dagli utenti. Ma questo potrebbe accadere veramente?

Francesco Scotti - medico e psichiatra - referente della Regione Umbria al gruppo tecnico interregionale «Salute mentale» - Perugia - e-mail: francescotti@navingio.net