

INTERVISTA AD ANGELO BARBATO A CURA DI R. CAMARLINGHI E F. D'ANGELLA

METTERE TRA PARENTESI LA MALATTIA MENTALE

Nuove (e vecchie) ipotesi per la cura della sofferenza psichica

È evidente che il trentennale di una legge tanto importante come la legge 180 (meglio nota come «legge Basaglia») ha senso solo se diventa l'occasione per recuperare un passato su cui riflettere per coglierne ancora i significati e i possibili stimoli per il presente. Un presente che sulle problematiche della sofferenza mentale, sul loro profondo senso umano ed esistenziale, su come prendersene cura al di là delle prescrizioni farmacologiche dettate dal potere delle multinazionali del farmaco, sembra oggi aver spento i riflettori. Come riaccendere le luci su una questione cruciale del lavoro sociale?

Nella storia del lavoro sociale e sanitario la legge 180 (meglio nota come «legge Basaglia») costituisce una tappa miliare. La legge, approvata la sera del 13 maggio 1978, imponeva la chiusura dei manicomi e regolamentava il trattamento sanitario obbligatorio, istituendo i servizi di salute mentale territoriali. Dal manicomio, strumento di segregazione e di disconoscimento di ogni diritto di cittadinanza, la cura del «folle» si spostava sul territorio. Di lì a poco, la legge sarebbe confluita nella legge 833 del 23 dicembre 1978, che istituiva il Servizio sanitario nazionale. Si chiudeva simbolicamente un decennio (avviato dal '68) segnato da accelerati rivolgimenti sociali, da riforme e speranze di costruzione di una società antiautoritaria e capace di distribuire a tutti eguali opportunità e protezioni.

«In quella serata nel dolce clima romano,» – ricorda uno dei protagonisti dell'epoca (Ferruccio Giacanelli, psichiatra bolognese) nell'ultimo volume dei «fogli d'informazione» (dedicato a memorie e riflessioni sui 30 anni della legge 180) – «ne eravamo consapevoli, si concludeva la vicenda complessa e di lungo respiro che con fasi alterne, spesso conflittuali, comunque intensamente partecipate, aveva

portato alle sue logiche o estreme conseguenze la crisi della psichiatria italiana "tradizionale". Una vicenda che si era avviata diversi lustri prima, preannunciata dalle notizie del nuovo che ci veniva dai Paesi anglosassoni e dalla Francia, sul piano della cultura e della prassi terapeutica, e che cominciava a scuotere la nostra psichiatria dal suo torpore ancestrale. Si affacciava ormai sullo scenario della nostra disciplina una nuova generazione di psichiatri, attivi e culturalmente curiosi, critici, esigenti».

Trent'anni sono trascorsi dall'entrata in vigore della 180, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2003 ha indicato «come uno dei pochi eventi innovativi nel campo della psichiatria mondiale». La sensazione è però che la dilagante tendenza a medicalizzare ogni disagio psichico, a rubricare ogni forma di sofferenza nei cataloghi della clinica, dove in bel'ordine sono poi elencati i rimedi chimici, stia spegnendo quel fermento e quel dibattito che avviò un cambiamento radicale nel modo di prendersi cura del disagio psichico.

Come oggi rimettere in moto un dibattito che contenga la deriva farmacologica? Come evitare un impoverimento culturale dei servizi di salute mentale? Quali sono le nuove let-

ture, i nuovi soggetti che possono contribuire a riaprire un'ipotesi di lavoro sociale con la sofferenza psichica?

Ci siamo fatti aiutare da Angelo Barbatto, psichiatra formatosi in quella stagione di grandi cambiamenti («cominciai a lavorare nel '74 all'ospedale psichiatrico di Parabiago»), una lunga carriera nei servizi territoriali conclusa due anni fa come direttore del Dipartimento di salute mentale di Garbagnate, Rho e Bollate (Milano), oggi coordinatore dell'Unità di epidemiologia e psichiatria sociale dell'Istituto Mario Negri di Milano.

Il filo rosso dell'intervista è l'invito forte a «mettere nuovamente tra parentesi la malattia mentale» (che fu il cuore della proposta basagliana), contro la tendenza oggi dominante a concentrarsi unicamente su questa, dimenticando che il malato è prima di tutto una persona e come tale va considerato. Ciò significa rompere ancora una volta con una concezione della malattia mentale (riproposta con forza dalla psichiatria organicista) come fenomeno caratterizzante in modo totale l'individuo e la sua esistenza.

Non si tratta di una proposta ideologica, dice Barbatto. «C'è ormai una evidenza scientifica molto chiara, che ci dice che possiamo riabilitare anche se non possiamo guarire». Possiamo cioè «fare cose efficaci per la salute della persona sofferente, anche se non siamo in grado di modificare i meccanismi che producono e mantengono la malattia».

Il basagliano «mettere tra parentesi la malattia mentale» – non come negazione della sofferenza, ma come rifiuto a considerarla dimensione totalizzante della persona – può oggi spingere gli operatori della salute mentale a rimettersi in contatto con le soggettività dei pazienti e a riaprire un dibattito sul valore delle proprie pratiche.

Domanda. *Nel maggio '78 veniva approvata la legge 180 di riforma della psichiatria. L'animava una spinta a riportare le questioni della sofferenza mentale dal chiuso dei manicomi ai luoghi di vita delle persone. Che cosa rimane di quella spinta?*

Risposta. Va detto che la legge 180 non è una legge vera e propria. Ha semplicemente puntualizzato che alcune cose non si dovevano più fare. La 180 non dà infatti indicazioni normative, dà indicazioni estremamente generali su cui quasi tutti possono essere d'accordo, o almeno lo erano quando la legge fu promulgata. E poi afferma che *alcune cose non vanno più fatte*. Queste poche cose sono quelle che hanno innescato il processo di cambiamento nella cura della sofferenza mentale. Quindi, quando si dice che la legge non è applicata, si dice una cosa imprecisa. È applicata perché le sue proibizioni permangono e quelle sono l'unico elemento forte della legge.

È evidente che, non dando indicazioni precise, le letture che potevano derivare da quella legge erano diverse. Tutti gli sviluppi che noi oggi vediamo, positivi e negativi, sono in qualche modo figli della 180. Anche la medicalizzazione marcata dei servizi di salute mentale è figlia di una interpretazione legittima della 180. All'inizio non sembrava una lettura possibile, ma se consideriamo la legge ci accorgiamo che può ospitare anche questa interpretazione. Cosa dice infatti la 180? Che i servizi di salute mentale sono *servizi sanitari al pari degli altri*, con le loro regole, le loro modalità di funzionamento, le loro culture che sono culture medico-sanitarie.

Ogni disturbo si cura con i farmaci

Domanda. *Ma la medicalizzazione della sofferenza non era nelle intenzioni iniziali della legge, perlomeno nella forma marcata in cui si sta attuando...*

Risposta. È stato un esito paradossale. La 180 conteneva una *visione ottimista della sofferenza mentale* per la quale «tutto si può curare». Questa visione è la stessa che oggi propone il mercato dei farmaci. Se voi guardate la pubblicità sulle riviste delle case farmaceutiche troverete «la schizofrenia può guarire, la depressione può guarire, tutti possiamo stare bene grazie alle medicine». Voglio dire, la

messa in crisi di una visione determinista e sostanzialmente pessimista dei disturbi mentali, cuore della 180, può portare oggi a dire «qualunque disturbo si cura... con i farmaci».

Oggi poi il *marketing dell'industria farmaceutica* è un marketing aggressivo, che punta sulla salute e non sulla malattia e quindi propone una visione cosmetica dell'intervento medico. Il marketing dei farmaci si è rinnovato profondamente e va a cogliere bisogni che sono bisogni sociali diffusi. Oggi c'è un'indubbia tendenza a vedere la soluzione dei problemi nell'accesso ai farmaci. Il farmaco è diventato un genere di consumo come tanti.

Bisogna poi dire che le aziende farmaceutiche sono oggi *il maggiore erogatore di formazione professionale* dei medici che lavorano in psichiatria. Va da sé che se il principale canale attraverso cui passa la formazione permanente e l'aggiornamento dei medici psichiatri è l'industria farmaceutica, questo detta una linea di lettura e di intervento di tipo farmacologico su ormai quasi tutte le forme di sofferenza mentale. Una formazione molto dettata dal marketing farmaceutico ha indotto così una espansione abnorme delle terapie farmacologiche che non ha alcun fondamento dal punto di vista costi/benefici.

Questi sono gli elementi che spingono nella direzione della medicalizzazione.

Domanda. *Lei ha detto che la medicalizzazione incrocia bisogni sociali diffusi. In che senso?*

Risposta. Sì, questo processo di medicalizzazione non è imposto, c'è una *effettiva richiesta sociale di farmaci*. Oggi gli ansiolitici, le benzodiazepine sono, se escludiamo l'aspirina, i farmaci più utilizzati. Intendo utilizzati non dalle persone che hanno disturbi mentali, ma dalla popolazione tutta. E questo nonostante siano farmaci che non sono a carico del Servizio sanitario nazionale e quindi si pagano completamente, a differenza degli altri. Questo vuol dire che c'è una forte aspettativa sociale di intervento farmacologico.

Poi, non c'è dubbio, la richiesta di som-

ministrare farmaci risponde anche a *esigenze di controllo sociale*. L'articolazione tra cura e controllo non è eliminabile in psichiatria perché alla psichiatria vengono anche delegate funzioni di controllo. Non è possibile pensare a una eliminazione completa di uno dei due poli, cioè «niente cura, tutto controllo», «niente controllo, solo cura». È una contraddizione irrisolvibile, inerente alla disciplina stessa, che oggi è esasperata dal contesto sociale in cui viviamo che chiede più sicurezza.

Devo dire, però, che questa funzione di controllo non è possibile per i servizi esercitarla in modo compiuto perché hanno pochi strumenti di coercizione. La 180 ha tolto infatti molto potere istituzionale ai servizi e questo, secondo me, è un fatto positivo. Un tempo si diceva che l'esercito italiano era un esercito così sbandato che mai avrebbe potuto fare un colpo di Stato... Vale anche per i servizi di salute mentale.

L'assetto dei nostri servizi oggi è basato su apparati che hanno basso potere istituzionale, le istituzioni che abbiamo sono piccole, più a misura d'uomo, più informali anche. Gli strumenti di coercizione legale non sono maneggevoli; gli psichiatri hanno poca possibilità di ricorrere a misure coercitive. Ripeto, questa debolezza intrinseca dei servizi non è un fatto negativo. Anche quando dirigevo un servizio, ho sempre sostenuto l'importanza che il servizio fosse più fondato sulla negoziazione, sulla revisione dei bisogni, sulla valutazione continua di quello che viene fatto...

Certo, questa *sottrazione di potere ai servizi* è oggi fonte di grande ansia e preoccupazione; non a caso, anche nel campo della salute mentale, pullulano i convegni sulla sicurezza, sulla violenza, sull'aggressività. Ma è anche un fattore che impedisce ai servizi di passare troppo facilmente dalla parte del controllo. E qui sta la sua positività.

L'impovertimento culturale dei servizi

Domanda. *A considerare oggi il mondo dei servizi psichiatrici, la sensazione è che vi sia un*

atteggiamento di chiusura sui propri modelli di scuola, sulle proprie pratiche professionali. A differenza forse di altri servizi, ad esempio quelli sulle tossicodipendenze, che attorno ad alcune questioni poste dall'attualità (l'unità di strada, il metadone, le nuove droghe, oggi la cocaina...) hanno continuato a dibattere. È d'accordo?

Risposta. Purtroppo devo dire che la povertà culturale oggi è veramente notevole nel settore della salute mentale. C'è poca riflessione. C'è poca attitudine a esaminare criticamente quello che si fa. C'è poca innovazione. Da questo punto di vista c'è stata sicuramente un'involuzione, dovuta ai limiti culturali dei professionisti della salute mentale.

Il richiamo alla necessità di dotarsi di strumenti critici – non come strumenti episodici, ma che dovrebbero far parte della pratica quotidiana – cade spesso nel vuoto. Non vi è una valutazione degli interventi alla luce di un continuo processo di revisione dei loro risultati e degli effetti che hanno. La pratica professionale in psichiatria è, mediamente, molto distante da qualunque standard di accettabilità e correttezza dal punto di vista scientifico. Quello che viene fatto non corrisponde a quello che viene indicato dalle linee guida, dai protocolli. C'è uno scarto enorme.

Domanda. *Quali sono i motivi di questo impoverimento culturale?*

Risposta. Prima di tutto vi è una *carezza formativa*. La formazione, come dicevo, è molto dettata dal marketing farmaceutico, che certamente è poco interessato a mettere in discussione gli esiti delle terapie farmacologiche.

Secondo, in Italia si fa *pochissima ricerca* in senso generale e in salute mentale ancor meno. Quando parlo di ricerca intendo tutti i tipi di ricerca: epidemiologica, di base, clinica, farmacologica, sui modelli psicologici... E questo nonostante in Italia vi sia un contesto che potrebbe favorire la ricerca, perché i nostri servizi hanno un rapporto con l'utenza abbastanza stretto e prolungato nel tempo da

permettere di rivedere criticamente il proprio operato.

Aggiungo un terzo elemento. I servizi psichiatrici pubblici sono oggi indeboliti culturalmente anche dalle *politiche di tagli al welfare*. La salute mentale è infatti un settore a bassa intensità di investimenti e risorse tecnologiche. Sostanzialmente, conta su risorse umane e su risorse strutturali. E le risorse umane e strutturali sono le prime, quando ci sono politiche di contenimento della spesa, a esser colpite. Per questo il settore dei servizi sociosanitari, di cui i servizi psichiatrici fanno parte, è il più esposto a qualunque politica che intervenga sui costi. Se si deve tagliare qualcosa, si taglia lì, non altrove. Se ad esempio l'ospedale San Carlo di Milano ha due TAC non ne toglie una, ne lascia due, perché l'investimento fatto è stato ingente: ogni TAC costa parecchi milioni di euro, non è pensabile dismetterne una dopo appena un anno. Allora cosa si fa? Si dice, per esempio, «ogni due infermieri che vanno via se ne assume uno solo».

Questa tendenza alla revisione dei costi del welfare, tra gli altri effetti, va inevitabilmente a incentivare una *domanda privata a pagamento*. E tutto ciò finisce per indebolire anche culturalmente i servizi pubblici.

Intendiamoci, i servizi oggi lavorano, molto più di un tempo. La qualità del lavoro magari a volte non è elevata, però hanno un carico di lavoro in termini di routine molto alto. Anche perché la domanda aumenta in virtù di tutta una serie di spinte a promuovere un approccio terapeutico a una miriade di problemi.

Aumenta la domanda di tutto

Domanda. *L'aumento della domanda che arriva ai servizi è un dato della nostra società. Gli operatori parlano di «servizi sotto assedio», «imbutto dei problemi», «ultima diga» di fronte a un disagio crescente. I servizi di psichiatria con quali domande oggi si misurano?*

Risposta. Aumenta la domanda di tutto. *Aumenta la domanda di farmaci: la gente è più*

disponibile ad affrontare una serie di problemi usando i farmaci. Prima ci si vergognava di prendere gli psicofarmaci, oggi nessuno si vergogna di dire: io prendo il Prozac, io prendo lo Zoloft, il Risperidone... Diciamo che è anche merito della legge 180, che ha sdoganato la sofferenza psichica dal ghetto povero nel quale era confinata e ha contribuito a espandere la consapevolezza dei problemi di salute mentale. Paradossalmente, la riduzione dello stigma, che è stato un cavallo di battaglia della psichiatria alternativa, si accompagna oggi a una maggiore tendenza alla medicalizzazione. Sono stati sdoganati anche gli psicofarmaci...

Tuttavia oggi la richiesta di farmaci è molto superiore all'effettivo beneficio che i farmaci possono dare. Vengono richiesti e dati farmaci in una miriade di situazioni in cui la loro efficacia non è dimostrata. La maggior parte delle prescrizioni farmaceutiche in campo psichiatrico è fatta senza una effettiva ricaduta in termini di efficacia. Questo è un dato di fatto.

Tra l'altro, l'accesso facile allo psicofarmaco si trascina dietro importanti problemi in termini di salute pubblica che non vengono adeguatamente considerati. Un'importante casa produttrice di farmaci antipsicotici recentemente ha concordato una transazione extra-giudiziaria con lo Stato dell'Alaska, negli Stati Uniti, per 15 milioni di dollari come compenso per effetti collaterali non adeguatamente segnalati di alcuni farmaci in commercio. Sono state ritirate centinaia di denunce per l'insorgenza del diabete, che è un effetto collaterale possibile di un farmaco antipsicotico prodotto da questa azienda. È stata fatta la class action, cioè un'azione collettiva, e l'azienda ha pagato la somma 15 milioni di dollari. Questo per dire che c'è un'implicazione in termini di salute pubblica che andrebbe considerata più attentamente.

Aumenta la domanda di psicoterapie. C'è infatti chi, di fronte a un problema di salute mentale, per attitudini psicologiche, per scelta culturale, pensa prima al farmaco e chi pensa prima alla psicoterapia. Che poi la psicoterapia sia meno utilizzata è perché non c'è un marketing che la sostenga adeguatamente. Per-

ché noi abbiamo industrie che sono disposte a spendere alcuni milioni di euro all'anno in marketing per i loro farmaci, ma non c'è un equivalente per la psicoterapia. Però noi sappiamo a oggi che nella depressione la psicoterapia dovrebbe essere il trattamento di scelta per la maggioranza delle persone che hanno bisogno di un intervento terapeutico.

Soprattutto *aumenta l'assertività dell'utenza*, che è più richiedente. Chiede di più al servizio pubblico, chiede di più al settore privato. E questo genera crisi e frustrazione da parte degli operatori, che si sentono alle volte messi in discussione perché c'è un'erosione del loro potere.

Si affacciano nuovi problemi

Domanda. *Ma l'aumento è solo quantitativo? O assistiamo a una trasformazione anche del tipo di domanda?*

Risposta. Non c'è dubbio. Assistiamo anche a una trasformazione del tipo di domanda di salute mentale, che è molto articolata e di cui non sempre si vede un bandolo. Ci sono oggi *nuove forme di sofferenza* che sono coperte con difficoltà dalle categorie di lettura che offre la psichiatria. Oggi i servizi si misurano con problemi che stanno al confine tra il disagio sociale e la psicopatologia; sono i cosiddetti comportamenti devianti che rientrano sotto l'etichetta «disturbi di personalità», etichetta la cui utilità è dubbia e i cui confini labili.

Vi è un'estensione del mercato della salute mentale all'infanzia. La *prescrizione farmacologica nell'età infantile* è in aumento. Pensiamo ai farmaci che si usano per la ADHD (disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività), altra categoria diagnostica dai confini incerti, priva di riscontri e di standard diagnostici che la possano validare, che si trascina dietro un'ipotesi di terapia farmacologica sui cui effetti a medio-lungo termine sappiamo poco o nulla. E però questi farmaci, di cui il Ritalin è il più noto, vengono utilizzati.

È questa povertà di dibattito critico, di ri-

flessione approfondita, che denota una certa arretratezza complessiva del settore. Certo non è un problema solo italiano, è abbastanza generalizzato. Per fortuna i nostri servizi non dispongono di strumenti di coercizione così forti come in altri Paesi, strumenti che potrebbero utilizzare molto facilmente a sproposito in virtù della fragilità intrinseca della disciplina psichiatrica.

Domanda. *Eppure la psichiatria pensa di essere una disciplina forte, al pari degli altri settori della medicina...*

Risposta. Sono fragili i fondamenti su cui si basa la pratica psichiatrica. Che cosa sia la malattia mentale ancora oggi non è dato stabilirlo. Non a caso la diagnostica in psichiatria è una diagnostica descrittiva, che ha però criteri di validità molto bassi. Apparentemente la nosografia psichiatrica si è articolata, ma si è articolata, come dire, per moltiplicazione, nel senso che oggi i manuali di diagnostica, anziché parlare di 20 malattie, parlano di 200 malattie. C'è una enfasi di categorie con poca sostanza, questo bisogna dirlo. Che cosa ne deriva? Che *la corrispondenza tra diagnosi e terapia è bassa*. C'è una pratica autoreferenziale molto diffusa per cui qualunque problema di salute mentale può essere trattato in diversi modi senza che ci sia una consapevolezza di cosa è meglio e di cosa è peggio.

L'offerta privata è maggioranza

Domanda. *Non avevo mai pensato che la 180, equiparando i servizi di salute mentale agli altri servizi sanitari, potesse paradossalmente aprire alla medicalizzazione e indebolire gli ap-procci più sociali...*

Risposta. Con la 180 il mondo della psichiatria è entrato con dignità pari nel mondo della sanità. Veniva eliminato il suo statuto speciale. Quella svolta si poteva leggere in tanti modi. Si poteva leggere come integrazione sociale, si poteva leggere come medicalizzazio-

ne. Dire che questa non è una lettura legittima della 180 è sbagliato. In ogni caso una certa impronta della 180 negli anni è rimasta. L'impronta antiistituzionale, di diffidenza verso l'istituzione, quella è tuttora presente. Cioè nessuno oggi potrebbe ricostituire l'apparato manicomiale in Italia. Non è possibile.

Domanda. *Anche se comunque molte delle strutture private di fatto si configurano come dei piccoli manicomi. Peppe Dell'Acqua nell'intervista di gennaio parlava di oltre 5000 posti letto nelle cliniche private che rimangono in un cono d'ombra...*

Risposta. Sì, è un'offerta consistente. Recentemente è stata fatta un'indagine sui servizi psichiatrici per acuti in Italia, cioè i servizi che sono collocati in ospedale. E per la prima volta l'indagine ha riguardato anche il settore privato. Bene, dobbiamo dire che la maggior parte dell'offerta di ricovero in psichiatria, circa il 60 per cento, è privata in Italia. Molto più che in altri paesi. Questo settore è un po' a margine, non si sa bene cosa faccia, è gestito con criteri di tipo sostanzialmente mercantile, è molto arretrato dal punto di vista culturale. Risponde a certi bisogni naturalmente... Questo settore privato non è stato sostanzialmente modificato dalla legge 180: esisteva prima, tale è rimasto. Ma non è paragonabile all'istituzione manicomiale, non si può dire che sia la stessa cosa.

È finita la rivoluzione dall'alto

Domanda. *Ascoltando la sua analisi, viene da chiedersi se mai potrà riprendere forza in Italia un movimento collettivo come quello culminato nella legge 180, capace di riavviare un cambiamento radicale nel modo di affrontare la sofferenza mentale...*

Risposta. In realtà il cambiamento nel modo di affrontare il disagio psichico non è nato da un movimento collettivo. È diventato via via un movimento collettivo, ma la spinta iniziale

è nata dall'alto e poi si è incontrata con altri fermenti della società civile. È nata da un gruppo di tecnici illuminati, Basaglia e qualcun altro, che hanno assunto in un momento storico particolare un'egemonia sociale, culturale e anche di potere istituzionale.

È stato questo *gruppo originariamente ristretto di tecnici*, seguito poi da un movimento di base, ad aver prodotto il cambiamento. Però con una forte impronta di potere istituzionale e quindi anche di paternalismo, da un certo punto di vista. Infatti i leader della lotta antiistituzionale erano direttori di manicomi, sono stati loro a innescare un rovesciamento della psichiatria, ma l'hanno innescato usufruendo del loro potere.

Io appartengo a una generazione intermedia, non alla generazione di chi allora aveva il potere. Ho cominciato a lavorare nel '74 a Parabiago, un ospedale psichiatrico che poi è stato chiuso nel 1980, subito dopo la legge del '78. Lavoravamo e seguivamo con entusiasmo questa leadership che nasceva, leggevamo i libri come *L'istituzione negata*. Indubbiamente questa élite, questo gruppo dirigente erano persone che avevano un grande potere di trascinamento.

Erano molto intelligenti e le loro analisi erano percepite come importanti da tutti. Non c'è mai stato un potere che si opponesse in modo deciso. C'era una sponda politica quasi completa, che di fatto abbracciava quasi tutti i partiti. E poi si è formato un movimento dal basso che si è incontrato con questa leadership. Per fortuna, tutt'a un tratto, è stata presa la decisione di creare un *dato di fatto*, queste tre paginette che sono la legge 180, che hanno imposto di smettere di fare certe cose dall'oggi al domani.

Da un certo punto di vista è stata una cosa assurda, contraria a qualsiasi principio. Perché prima si sarebbe dovuto studiare, verificare... Ma se si fosse fatto così avremmo aspettato 20 anni e più. Invece questo gruppo di pochissime persone, Basaglia e qualcun altro, con le loro sponde politiche nel Partito comunista e nella Democrazia cristiana, hanno detto: facciamo subito la legge e questa forza-

tura si è rivelata vincente. Ma anche tra quelli che non ci credevano, nessuno ha protestato. Nessuno del mondo della vecchia psichiatria ha avuto il coraggio di opporsi con forza. Mi ricordo che c'erano discussioni e dibattiti in cui non si trovavano avversari, non si riusciva ad avere qualcuno che dicesse «no, il manicomio serve». Mi ricordo ragazzi come me, che avevo 26 anni, che interloquivano con vecchi primari e nessuno diceva niente...

Domanda. *Come mai nessuno diceva nulla, nessuno si opponeva alla «rivoluzione» di Basaglia?*

Risposta. Perché il potere della psichiatria tradizionale era molto basso. Non aveva prestigio, non aveva potere, non aveva cultura, non aveva credibilità alcuna. E poi perché la legge 180 ha fatto leva su un aspetto molto, molto importante. Ha immesso la psichiatria e tutto il suo mondo nell'*area sanitaria*. Prima la psichiatria non faceva parte della sanità. Quando ho cominciato a lavorare, non dipendevo dal settore sanitario, dipendevo dall'amministrazione provinciale, e la psichiatria aveva un'amministrazione separata da tutto il resto della sanità. Separata e inferiore per status sociale ed economico. I medici, gli infermieri, tutto il personale della psichiatria era pagato meno, non poteva andare a lavorare in un ospedale, perché il loro lavoro non era riconosciuto.

Quindi questa spinta ha coinciso con una *promozione sociale di status*. E questo è andato bene anche a chi non era d'accordo con l'impalcatura generale ed è stato un fattore di trascinamento.

Una nuova riforma è possibile?

Domanda. *Dal suo discorso emerge come oggi nei servizi psichiatrici si faccia fatica a mettere in discussione la diffusa medicalizzazione, a usare criticamente le categorie diagnostiche del DSM IV, a ripensare i percorsi di cura. Come uscire da questo immobilismo?*

Risposta. Oggi non mi sembra che il cambiamento possa arrivare ancora dall'establishment psichiatrico. Per fortuna ci sono delle *spinte dall'esterno* che stanno mettendo un po' in crisi i servizi e con le quali i servizi saranno costretti a fare i conti.

Una di queste è la riconquista della soggettività da parte delle persone che hanno problemi di salute mentale. C'è un desiderio di protagonismo che ha portato al formarsi di un *associazionismo degli utenti*, e soprattutto ha portato al formarsi di un interesse di ricerca culturale per la visione che i soggetti danno dei propri problemi di salute mentale. Queste letture della sofferenza «dalla parte dei soggetti» rivendicano oggi di intrecciarsi con le letture che ne danno i professionisti. Questi utenti non chiedono genericamente solo diritti civili e umani, ma chiedono una ridefinizione di alcune categorie diagnostiche, perché oggi, come dicevo, c'è un' enfasi di categorie con poca sostanza in psichiatria. E *chiedono di aver parola nei percorsi di cura*: oggi noi in molti Paesi abbiamo una autogestione di servizi da parte degli utenti. Questa è una novità molto significativa.

Credo che questo movimento degli utenti sia la cosa più importante degli ultimi 10/20 anni nel panorama della salute mentale, perché ha ricadute anche dal punto di vista della ricerca, dell'epistemologia, dell'offerta di servizi. Per esempio, io sono stato invitato l'anno scorso a Marina di Massa dove si è tenuto il primo convegno autonomamente organizzato da un gruppo di associazioni di utenti psichiatrici che è la Rete Toscana salute mentale, la più organizzata in Italia. Quello è stato un evento importante, promosso autonomamente, quindi non da qualcuno per conto di qualcun altro. C'è dibattito e questa è una forza che potrà smuovere molte cose.

Un secondo ambito che potrebbe mettere in crisi quel monolite che è la psichiatria è la *ricerca epidemiologica*. Penso che se si tenesse conto degli esiti di queste ricerche potremmo apportare dei cambiamenti significativi nel modo di curare le persone. Una prima lezione che ci viene dagli studi epidemiologici sui

disturbi mentali è che *il loro decorso è estremamente variabile*, a seconda di una serie di fattori. L'intervento tecnico, ossia quello che i servizi fanno per curare, è solo uno di questi fattori, e non è detto che sia il più importante. Perché nel percorso di cura contano tante variabili di contesto. Per esempio, conta la qualità della rete sociale, conta la qualità dell'interazione della rete microsociale e macrosociale, conta la capacità della persona di gestire direttamente i suoi problemi di salute mentale...

Si sono fatte alcune ricerche, ormai non contestate da nessuno, che dimostrano come in ampie fasce di popolazione siano presenti fenomeni psicopatologici rilevanti, considerati cioè sintomi di malattia grave, i quali però non hanno conseguenze in termini di disabilità sociale. Ossia, vengono controllati e gestiti, auto-controllati e auto-gestiti e non impediscono alle persone di vivere la propria vita. Cosa ne deduciamo? Che non è il disturbo in sé che genera la disabilità sociale, ma vi sono altri fattori contestuali che si aggiungono e si sommano al disturbo. Inclusa la reazione del contesto sociale, incluse le capacità della persona.

Questo ci dice molto su come possiamo intervenire più efficacemente. Ci fa capire, per esempio, che l'auto-aiuto è una risorsa molto importante in psichiatria. Ecco, questa è una prima lezione che viene dall'epidemiologia: il decorso dei disturbi mentali non è così prevedibile come i manuali di psichiatria dicono. Dipende da tante variabili.

Una seconda lezione è che *l'intreccio tra fattori genetici e fattori ambientali è un intreccio a doppio senso*, non a senso unico. Oggi sappiamo che il patrimonio genetico viene modificato da aspetti di interazione ambientale. Questo ci dice che è importante curare le condizioni materiali e relazionali in cui la persona vive.

Una terza lezione è che *l'aspetto soggettivo*, cioè il modo con cui la persona reagisce a certi disturbi, a certi problemi, *condiziona il suo star meglio o peggio*. Ecco queste sono lezioni importanti di cui chi opera nei servizi do-

vrebbe fare tesoro per ripensare le proprie modalità di intervento.

La malattia non è la disabilità sociale

Domanda. *Lei ha espresso un'ipotesi fondamentale per chi lavora in psichiatria. Cioè che la malattia mentale non necessariamente comporta la disabilità sociale. È così?*

Risposta. Sì, non c'è un rapporto di stretta dipendenza univoca, sono due aspetti relativamente indipendenti. Una persona può manifestare sintomi di disagio psichico, senza che vi sia necessariamente una compromissione del suo funzionamento sociale. Cioè io posso delirare, avere allucinazioni ed essere in grado di lavorare, avere una vita sociale normale. Oppure no, posso essere un invalido. Quindi, le determinanti della disabilità sociale non sono le stesse determinanti della malattia. E allora questo ci dice che la riabilitazione è possibile. C'è ormai un'evidenza scientifica molto chiara, che ci dice che *possiamo riabilitare anche se non possiamo guarire*. Questo è il fondamento della riabilitazione. Quindi la cronicità non è una conseguenza inevitabile.

Allora c'è una breccia e questa è la breccia in cui la riabilitazione può intervenire. Questa è un'altra delle cose nuove che sono venute fuori. Voglio dire che c'è la malattia mentale – non la voglio certo negare – che ha anche componenti biologiche importanti, e c'è la disabilità sociale. Sono due cose distinte e da distinguere concettualmente e nella pratica. Il problema è quando noi ci rappresentiamo che esista una causalità, cioè che se uno è malato di mente non può vivere socialmente. Non è vero. Un conto è la sofferenza mentale, un conto è il funzionamento sociale. Sono due cose diverse. Sono due assi anche diversi.

Ecco perché il discorso che faceva Basaglia sul «mettere tra parentesi la malattia mentale» è oggi fortemente da riprendere. Con quell'espressione Basaglia non voleva dire «la malattia mentale non esiste», ma che ci sono situazioni in cui non è la malattia la cosa più

narcomafie

LEGALITÀ · DIRITTI · CITTADINANZA

Dal sommario del nr. 7-8/2008

CAMORRA

Campania, i clan del nolano
All'ombra del vulcano
di Nello Trocchia

MAFIA IN VENETO

Processo alla mala del Brenta
Il pentito felice
di Monica Zornetta

ECOMAFIE

Rifiuti, camorra e mala amministrazione
L'ipocrisia del «Plan Campania»
di Guido Piccoli

DOSSIER: Sardegna

Una criminalità in bilico tra passato e futuro
di Elena Ciccarello
Il giorno che ho incontrato la mafia a Iglesias
di Fernando Nonnis

FOTOINCHIESTA

Nasce FLARE - Freedom, Legality and Rights in Europe
La meglio gioventù
foto Aa. Vv., testo di Nando Dalla Chiesa

SEGNALI

Donne e mafia
Tra supplenza e comando
di Monica Massari

Abbonamento annuo:
Italia € 30,00 - Estero € 49
ccp 155101 intestato a GRUPPO ABELE PERIODICI
corso Trapani 95 - 10141 Torino

Ufficio abbonamenti:
tel. (011) 3841046 - fax (011) 3841047

Redazione:
tel. (011) 3841082/74/84/44/93
redazione@narcomafie.it - http://www.narcomafie.it

importante. È la disabilità. E allora devo intervenire su quella, cioè sul contesto di vita. La malattia la lascio lì, anche perché magari non so bene che cosa sia in realtà, e non ho strumenti per intervenirevi direttamente.

Basaglia faceva quel discorso senza avere i dati epidemiologici che noi invece ora abbiamo. Trenta, quarant'anni fa non c'erano queste conoscenze, non si facevano studi sulla popolazione. Noi oggi invece abbiamo questi dati. Ma anche qui, queste nuove conoscenze non arrivano dall'ambito psichiatrico. Ecco perché dico che *le maggiori innovazioni oggi vengono da fuori*. È come se la psichiatria venisse assediata e messa in crisi un po' dall'esterno.

Mettere tra parentesi le cause

Domanda. *Penso che l'ipotesi che lei propone sia un'ipotesi molto interessante da portare oggi nei servizi. Cioè un conto è ragionare sul problema clinico, sulla sofferenza che la persona ha, un altro è ragionare sul funzionamento sociale, su come la persona può stare al mondo. Sono due aspetti che lei invita a mettere distinti e in relazione. Ma quanto oggi chi lavora nei servizi, secondo lei, ha in mente quest'ipotesi?*

Risposta. In parte questi discorsi sono noti, però è difficile tradurli operativamente. Comunque qualcosa è stato fatto. Io per esempio ho avuto occasione di partecipare a gruppi di persone «che sentono le voci» (*hearing voices*): si riuniscono periodicamente e attraverso un processo di gruppo riescono ad acquistare una consapevolezza e una capacità di vivere con questo problema o di gestirlo meglio. Sono stati fatti dei corsi, cui hanno partecipato anche operatori dei servizi. Come dire, ci sono cose che tendono un po' a mettere in crisi il monolite psichiatrico.

D'altronde, tutti i disturbi mentali sono disturbi che hanno un elevato grado di complessità. Hanno sicuramente un'eziologia multifattoriale, cioè tanti fattori si intrecciano e concorrono alla loro insorgenza. È assai improbabile che ci possano essere, ora e in un fu-

turo più o meno lontano, modalità di intervento che agiscano sulle cause dei disturbi. Chi si aspetta questo è inevitabilmente destinato a delusioni ricorrenti. E infatti la psichiatria ha fronteggiato delusioni ricorrenti.

Prima si pensava che la causa fosse la famiglia e allora «Ah, facciamo la terapia della famiglia, perché la schizofrenia nasce lì». Poi no, non è la famiglia ma l'aspetto genetico. Poi nemmeno l'aspetto genetico. O meglio, tutte cause vere, perché è vero che un certo tipo di *pattern* di comunicazione familiare a cui il bambino è esposto in età precoce può avere conseguenze. Come è vero il fatto genetico: c'è una componente genetica, anche questo è ideologico negarlo. Qualcuno dice: «Ah, ma così torniamo a Lombroso!». No, è una sciocchezza. Però cosa vuol dire «componente genetica»? Vuol dire che c'è un rischio maggiore di insorgenza di disturbi psichici legato a processi che si trasmettono geneticamente, però questi a loro volta sono intrecciati con altri processi.

Allora è molto difficile immaginare realisticamente che ci potrà essere un giorno una forma di trattamento che sia causale. Per questo la cosa più realistica oggi è *intervenire a valle, non a monte*. A monte si può pensare al più a interventi di tipo macrosociale, non certo a interventi che siano alla portata del singolo professionista del singolo servizio. Ciò non toglie che certe azioni, per esempio gli interventi precoci, siano utili, importanti in chiave preventiva.

Al centro la riabilitazione sociale

Domanda. *Dunque un approccio rigido, per categorie diagnostiche, che dice «questa è la diagnosi e questa è la terapia» ha poco avvenire?*

Risposta. Sì, anche se è quello che purtroppo viene fatto prevalentemente. Il meccanismo «diagnosi e terapia» è un procedimento automatico che è indicatore di una povertà culturale ed epistemologica, anche scientifica, della psichiatria. E finisce per oscurare la parte

importante che ha la riabilitazione sociale.

Il problema è che i tecnici che operano nel campo della salute mentale hanno la tendenza a essere acriticamente legati a modelli che si scelgono come io posso scegliere il colore di questa camicia, per cui «io penso che la psicoanalisi sia la risposta», «io invece penso che lo siano i farmaci», «io penso che il problema sia genetico», «io invece penso che tutto sia sociale e allora è importante accompagnare le persone, portarle a fare le vacanze, così stanno bene», eccetera.

Per questo dico che *serve atteggiamento critico*. Ovvero la disponibilità a considerare come ipotesi quello di cui siamo convinti e a metterlo alla prova. Io mi occupo di ricerca in tanti ambiti, tra cui anche l'uso dei farmaci. Stiamo coordinando uno studio clinico controllato, che mette a confronto i tre farmaci più usati nella terapia farmacologica della schizofrenia, allo scopo di verificare nel medio periodo l'accettabilità e la sicurezza dal punto di vista degli effetti collaterali.

Questo significa che i servizi devono accettare di fare uno studio clinico controllato, di *coinvolgere anche attivamente i pazienti* in questo studio, che i farmaci vengano assegnati con una randomizzazione e non con la scelta del medico e che ci sia un monitoraggio nel corso del tempo. Il che presuppone un atteggiamento di umiltà da un certo punto di vista. Che secondo me è l'atteggiamento più giusto. Cioè riconoscere, per esempio, che noi non sappiamo nelle psicosi qual è il farmaco più adatto. Ce ne sono tanti, non sappiamo qual è il più adatto. Allora in questi casi cos'è il meglio? Dire: «Assumiamo un atteggiamento sperimentale, disponibile a *mettere in questione le nostre ipotesi*».

Poter vivere la propria vita

Domanda. *Quando lei propone di intervenire a valle e non a monte, vuol dire sostanzialmente che ciò a cui dobbiamo puntare è mettere le persone nelle condizioni di poter vivere la propria vita...*

Risposta. Significa riconoscere che anche se noi non siamo in grado di modificare i meccanismi che producono e mantengono una malattia – e noi dobbiamo dire che non siamo in grado, è inutile che ci giriamo attorno – possiamo comunque fare cose efficaci per la salute della persona sofferente. Le cose più efficaci che possiamo fare sono intervenire sul modo con cui la persona si rapporta alla malattia, parlo di alcuni tipi di malattia, e intervenire sugli aspetti, come dire, sociali e contestuali del rapporto tra persona e ambiente sociale. E che *le persone possono riacquistare abilità sociali anche se non guariscono* dalla malattia, qualunque cosa essa sia. E poi non abbiamo neanche un marker, come dire, uno standard che ci dica: «È guarito/non è guarito». Non c'è un esame, un test. Quindi dobbiamo dotarci di un atteggiamento che da un certo punto di vista è di umiltà, però da un altro punto di vista è di apertura maggiore. Tutto si può utilizzare. Ma qualunque cosa si utilizzi deve essere utilizzata con la consapevolezza dei suoi limiti, e della enorme importanza che ha la soggettività della persona.

Angelo Barbato - coordinatore dell'Unità di epidemiologia e psichiatria sociale dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano - tel. 02 39014431 - e-mail: barbato@marionegri.it