

## Editoriale

### **Salute mentale: una rivisitazione a partire dal Manifesto**

#### *Mental health: a revisiting from the Manifesto*

Francesco Scotti

A che punto siamo? O meglio: a che punto è la questione dei servizi per la salute mentale in Italia? Sforando la banalità si può dire che la “salute mentale” non gode di buona salute: forse quello di oggi è il livello più basso raggiunto da questi servizi dopo la riforma sanitaria del 1978.

Se è vero che la distribuzione di tali servizi in Italia è stata sempre a macchie di leopardo, a causa dell'interesse disomogeneo dimostrato nei loro confronti dalla sanità delle diverse regioni, è anche vero che la riduzione generalizzata delle risorse attribuite ad essi ha alquanto sbiadito le macchie, così che abbiamo assistito ad una omogeneizzazione verso il basso.

Alla radice della involuzione del sistema troviamo, almeno in Umbria, una interazione negativa tra politica e tecnica, ciascuna delle quali aveva subito una mutazione. Per quanto si riferisce alla salute mentale ci siamo trovati di fronte ad una classe politica che considerava oramai raggiunti, e in modo glorioso, gli obiettivi che erano stati formulati nella stagione delle grandi riforme e aveva smarrito il principio che, essendo la salute mentale un bene comune e non un prodotto da consumare, essa andasse custodita e sostenuta. La tecnica psichiatrica nel frattempo si era sempre più orientata verso le specializzazioni, perdendo la visione d'insieme e anche rinunciando alla conoscenza delle situazioni concrete in cui le singole azioni venivano a collocarsi. La corsa, anche qui, come nel resto della medicina, mirava al raggiungimento delle eccellenze, ma non sempre la somma di eccellenze garantisce un'eccellenza del sistema.

Un'altra causa dell'attuale crisi è stata individuata nella mancata trasmissione, alle generazioni successive, del sapere e del saper fare che erano stati acquisiti. È mia convinzione che sia stata causata dal venir meno di due modalità di costruzione dei primi servizi di salute

mentale. I servizi matrice si sono costruiti grazie alla cooptazione successiva degli operatori: alla volontarietà dell'adesione si associava l'obbligo di integrazione; la formazione avveniva sul campo, con la messa tra parentesi di ogni sapere precedente. Queste due modalità di funzionamento premoderno erano del tutto anomale e non potevano essere applicate indefinitamente. Ma i benefici cui hanno dato luogo non sono stati recuperati dalle modalità organizzative moderne. Gli apparati di formazione che università ed enti locali hanno messo in atto seguivano un'impostazione scolastica tradizionale, centrata più sulla teoria che sulla pratica, nell'ipotesi che chi era in possesso della giusta teoria avrebbe potuto agire correttamente in qualsiasi situazione concreta. Va aggiunto che la facoltà di medicina era restata il luogo di coltivazione di tutte le istanze contrarie all'esercizio di una psichiatria di comunità e produceva gli anticorpi in grado di aggredirla anche se ci sono alcune notevoli eccezioni che andrebbero ricordate per dire che l'università non è cattiva in sé. D'altra parte il sistema dei concorsi, e ancor più quello dell'assunzione per meriti politici, non sono stati in grado di garantire una omogeneità delle equipe di lavoro.

Non trascurerei una moda più generale che ha contribuito a creare una cesura tra generazioni. Anche nei servizi di salute mentale è stato coltivato il mito della rottamazione: ne sono stati investiti i fondatori, le tecniche originali di presa in carico e di cura che si erano sviluppate nel periodo di costruzione dei servizi, in nome di tecniche più moderne, importate da oltralpe, garantite da equivoche prove di evidenza scientifica.

Sarebbe ingenuo non vedere tutto questo nella cornice di un mutamento culturale che è avvenuto in Italia (ma non solo in Italia) come frutto della caduta delle ideologie che garantivano una visione complessiva, una consapevolezza sul da dove venivamo e dove andavamo. Il consenso necessario alla gestione del potere non aveva più bisogno di una cornice identitaria. Una laicizzazione ha invaso anche la sanità in cui ha prevalso l'attenzione sui prodotti e sulla loro appetibilità, piuttosto che sulle finalità generali a cui essi dovevano essere destinati.

Non si può dire che mancassero le conoscenze necessarie al buon funzionamento dei servizi: Piani sanitari nazionali, Progetti obiettivo sulla salute mentale, Piani sanitari di molte regioni, Documenti di società scientifiche testimoniano una conoscenza dettagliata del modello ottimale su cui basare una politica di salute mentale. Non sono neppure mancate le sollecitazioni a rispettare le norme e le regole promulgate. Non si contano le proteste delle società scientifiche via via reiterate, i documenti di associazioni di familiari di pazienti. Sembra anche che invano l'OMS abbia dichiarato che

*La salute mentale è uno stato di benessere mentale che consente alle persone di affrontare lo stress della vita, realizzare le proprie capacità, imparare bene e lavorare bene e contribuire alla propria*

*comunità. È una componente integrante della salute e del benessere che sostiene le nostre capacità individuali e collettive di prendere decisioni, costruire relazioni e modellare il mondo in cui viviamo. La salute mentale è un diritto umano fondamentale. Ed è fondamentale per lo sviluppo personale, comunitario e socio-economico.*

*La salute mentale è più dell'assenza di disturbi mentali. Esiste su un continuum complesso, che viene vissuto in modo diverso da una persona all'altra, con vari gradi di difficoltà e angoscia e risultati sociali e clinici potenzialmente molto diversi.*

Tutte le conoscenze e le sollecitazioni non sono state mai confutate (almeno fino ad ora) ma semplicemente trascurate. Anche situazioni nuove, che sembrava avessero riportato l'attenzione sullo stato della sanità, si sono alla fine dimostrato effimere nonostante avessero permesso una nuova analisi dei meccanismi della salute e della sua protezione. Infatti l'epidemia Covid-19, creando condizioni inabituali di vita e nuove forme di sofferenza, ha confermato la salute mentale come insieme di obiettivi che valicano ampiamente i limiti della psichiatria e, più in generale, quelli dell'assistenza medica. L'aumento considerevole delle sindromi ansiose e depressive in questo periodo, e l'accresciuta pressione esercitata sui servizi di salute mentale dalla richiesta di cure, pone come drammatici i problemi di potenziamento delle risorse necessarie per far fronte alle richieste supplementari. Ma pone anche domande sulla natura di queste sofferenze e sulle modalità di risposta ad esse. Nel percorso in cui si inserisce il seminario di cui pubblichiamo gli atti potremo trovare suggerimenti inediti per una riforma dei servizi di salute mentale e una ridefinizione del loro contributo ad una politica di welfare.

È nell'approfondimento reso possibile da questa prospettiva che emergono domande le cui risposte permetterebbero anche di definire meglio i confini della psichiatria. Ci chiediamo se i nuovi casi debbano essere intesi come slatentizzazione di una patologia sottesa e pronta ad emergere alla prima occasione; oppure se il cambiamento delle condizioni di vita e il lungo periodo di tensioni emotive abbiano costituito nuovi traumi psichici tali da rendere fragile una personalità normale; oppure se vi sia stata una indebita psichiatrizzazione di una sofferenza legata alla perdita di legami affettivi e sociali il cui lutto sarebbe meglio affrontato con rimedi non medici. Nel primo caso dovremmo attenderci una permanenza della sintomatologia anche dopo che è cambiata la situazione in cui i disturbi sono insorti; negli altri casi dovremmo constatare una scomparsa dei sintomi, ma incomberebbe il compito di evitare interventi dannosi, prolungando lo stato di sofferenza con cure mediche inappropriate. Una politica di salute pubblica dovrebbe tener conto delle differenze di bisogni sottesi ad ogni tipologia di sofferenza. È oggi necessario, più di ieri, definire i confini della psichiatria, e cioè evidenziare l'attribuzione di un'etichetta diagnostica a situazioni che

non ne hanno proprio bisogno, sviluppando un lavoro di depsiichiatriizzazione che è stato a lungo un compito fondamentale dei servizi di salute mentale.

Se abbiamo accolto e discusso il *Manifesto* (vedi Sezione Atti in questo numero) è anche perché siamo convinti che sia necessario evitare che si parli della salute mentale solo per lamentare l'inadeguatezza delle risorse disponibili per la sua tutela. È evidente che la rete dei servizi di salute mentale (costituita da presidi territoriali, assistenza domiciliare, interventi di urgenza, reparti ospedalieri, residenze terapeutiche e riabilitative, centri di giorno, che in Italia fanno capo ai Dipartimenti di salute mentale, uno per ogni USL) ha subito negli ultimi anni un impoverimento progressivo. Un destino questo che oggi l'accomuna a gran parte della medicina territoriale. Ma non basta chiedere risorse in grado di finanziare i vari "Progetti obiettivo tutela della salute mentale" via via formulati. Anche se arrivassero molte risorse economiche (il che, in questi tempi, è improbabile) e potessero essere inseriti nei servizi i professionisti ben formati che oggi mancano (il che è impossibile a causa dello stato di cronica inadeguatezza del sistema di formazione delle diverse professionalità necessarie), non ci sarebbe nessuna garanzia di un recupero di efficacia delle prestazioni. Molte buone pratiche sono cadute in disuso e non sarebbe facile restaurarle senza un supplemento di impegno per riattivare le motivazioni che sono state umiliate negli ultimi anni. Occorre ragionare di nuovo per ridefinire metodi ed obiettivi, occorre fare chiarezza sui principi etici, politici e sociali della cura (del curare e del prendersi cura) e non solo sui tratti specialistici della cura. Un mutato rapporto tra servizi e società è necessario perché si crei un nuovo consenso intorno ad una univoca definizione dei compiti della rete di salute mentale. Qui il termine servizio ha un duplice significato: da una parte indica l'affidamento di certi compiti a una istituzione, dall'altra indica la permeabilità tra istituzione e società: l'istituzione deve poter entrare in contatto intimo con la rete sociale, la rete sociale deve avere accesso liberamente alle istituzioni.

Ma non basta costruire un nuovo modello; è necessario definire in relazione ad esso il *chi* e il *come*: a chi spetti metterlo in atto e come passare dall'attuale al nuovo.

Le reazioni provocate dal *Manifesto*, e le discussioni che esso ha attivato nel nostro seminario, fanno ben sperare che ci si possa muovere in questa direzione, che si sia passati dalle denunce, spesso prodotto di un clima depressivo, e quindi incapaci di essere incisive e autosostenute, a un dibattito aperto in cui possano emergere anche le differenze che si sono sempre manifestate nell'attuazione di una psichiatria di comunità, ma che devono essere confrontate con chiarezza e onestà.

Avremo il coraggio e la capacità di ricominciare daccapo?