



Intervento 2° Conferenza Salute Mentale – Roma 6-7 Dicembre 2024 Sessione 2

Intervento di Stefano Naim

PREMESSA – Nell’antica Grecia era popolare la “tragedia”. Questo genere teatrale era rivolto a tutti i cittadini, e li esponeva ai dilemmi dell’umano, nella loro drammatica essenza. L’obiettivo era smuovere le loro coscienze, stimolarli a interrogarsi nel profondo, per attivare una ricerca di risposte virtuose ai problemi (etici, politici, di convivenza sociale) che erano messi sulla scena. Drama, dunque, come **ricerca di senso**. Io penso che questo modo di drammatizzare - comprendere i problemi, per affrontarli - sia salutare. E il dramma che oggi - e in questa due giorni di Conferenza - interroga noi più da vicino è la crisi delle pratiche di salute mentale. Vorrei su questo portare qualche riflessione, e qualche proposta finale.

Entro nel mondo della salute mentale una decina d’anni fa. Nel 2015, con l’inizio della specializzazione in psichiatria. In questi anni ho potuto frequentare diversi luoghi di cura: ospedale, cliniche, residenze, servizi territoriali, pubblici e privati, in posti diversi dell’Italia (mi sono anche trasferito di regione). Porto qui la mia esperienza di operatore: di chi, all’epoca, sceglieva la psichiatria perché innamorato della materia, ma scopre poi che era innamorato di un’ideale. Di qualcosa che pensava o voleva che la sua materia fosse, ma non è. Oggi, dopo solo qualche anno, innamorato non lo sono più. E la mia scelta anzi vacilla parecchio.

Penso oggi di saper riconoscere alcuni motivi di questa scissione, tra ciò che mi ha fatto scegliere il mestiere e la realtà dell’odierna salute mentale: si parla sempre più di carenza di risorse, di utenti abbandonati dai servizi, di gravi casi di cronaca dentro al circuito psichiatrico. Ma quando muore qualcuno, nei reparti, per effetto di contenzioni chimiche e/o fisiche, è fin troppo facile condannare. L’orrore, quello vero, per me si annida nelle pratiche quotidiane. Prima Elio ci raccontava la sua terribile esperienza coi servizi di cura. Ma in fondo, mi dico, non è stato troppo sfortunato: mi piacerebbe pensarlo, che siano in pochi ad aver vissuto esperienze simili. Ma forse, è più corretto dire che casi simili a Elio ne vediamo quasi ogni giorno.

Siamo oggi dentro - lo sentiamo ovunque - a un’epoca che sta perdendo di umanità: di riflesso, l’umanità è a rischio anche nel campo della salute mentale. Le motivazioni sono tante, e connesse: una società iper-tecnologica, dominata dalle leggi del capitalismo, incentrata sulla prestazione - dove in gioco non è l’identità delle persone, ma la loro idoneità al sistema. In parallelo, assistiamo sul piano culturale e politico a una deriva

securitaria, con tendenza a psichiatrizzare i problemi di *marginalità* e *devianza*: una tendenza orribile, per chi di noi ha scelto questo lavoro per ridare libertà alle persone (e non per levargliela). La violenza istituzionale è un riflesso di tutto ciò. Lo spaccato datoci da Elio, credo su questo ci dica già molte cose.

E' una salute mentale vuota: vuota, perché è la tecnica a comandarla. Negli anni della specializzazione, ho sentito parlare quasi solo di disturbo bipolare. Credo di averne visti 3-4, nella mia vita, di disturbi bipolari veri. Ma alla fine, credo di averlo capito, perché l'odierna psichiatria ne parla così tanto: perché ha trovato il modo per non occuparsi delle persone. Tutti noi abbiamo oscillazioni umorali e affettive. Le abbiamo ogni giorno, è ciò che più ci rende umani. Ma nel momento in cui, quelle oscillazioni, le cataloghi come *disturbo* dell'umore, ti sei tolto il problema di comprenderne le ragioni. Mi sono accorto - negli anni - che questo era un modo, rapido e indolore, per non interessarsi davvero ai bisogni delle persone. Basta trasformarli in segni di malattia: dare loro una veste medica. Stai male? Ti serve ascolto e vicinanza? Sì, ma ti dicono che hai il cervello rotto. Impari che i tuoi turbamenti e movimenti interiori sono "come avere il diabete", e che devi prendere pillole per anni - forse a vita - per riparare il tuo cervello.

Ma oggi, la salute mentale ai miei occhi è anche un pò malata: malata nei suoi operatori. Elio denuncia i ricatti terapeutici, i ricoveri coatti, l'assenza di veri progetti territoriali. Si parla di pratiche violente, di servizi poco accessibili. A me spesso viene da chiamarli servizi borderline: la sensazione è che i servizi soffrano quanto gli utenti che in essi andrebbero curati. Il disturbo borderline è una sindrome *etnica*, figlia dei tempi. Ma i servizi odierni incarnano, mi pare, molte sue dinamiche: impotenza, senso di abbandono, toni aggressivi: "*questo è uno stronzo.. un rompicoglioni.. uno psicopatico..*". A dirlo è brava gente, bravi operatori, noi tutti, che non sempre ci accorgiamo di quel che diciamo. O ce ne rendiamo conto, ma lo diciamo lo stesso, perchè abbiamo necessità di sfogare, in qualche modo, il nostro malessere umano e professionale. Dentro questa cornice, il singolo operatore, pur armato di volontà e principi, si sente impotente. E lui stesso corre il rischio di *ammalarsi*. Molti operatori stanno male. Anche in senso clinico: soffrono di depressione, ansia, prendono farmaci per dormire. Molti psichiatri vanno via, cambiano servizio, lasciano il pubblico per il privato. Per quali motivi? Perchè sopraffatti dal burn-out. Ma anche perchè sottopagati; o per timori medico-legali, legati alla posizione di garanzia e a richieste di custodia e controllo che invadono i compiti di cura.

E chi rimane, oggi, nei servizi? Mi pare di scorgere due categorie di operatori: chi tiene alle garanzie del posto fisso (ferie, malattia ecc.) e chi ha ancora a cuore Basaglia e la 180. Ma quest'ultimi mi sembra siano pochi, troppo pochi. E chi tra loro vuole lavorare alla *basagliana* maniera, lo fa a suo rischio e pericolo. Rischia di "perderci la salute". La più parte degli operatori la salute non la perde, ma spesso assume un "disturbo" più sottile: il disinvestimento. Stanchi, logori, iniziano a perdere motivazione, interesse, ideali. E al contempo (più o meno consapevolmente) iniziano a disumanizzare le loro pratiche: il loro modo di pensare, ascoltare, stare col paziente, curare. Lo fanno per sopravvivere.

Alcuni esempi, di questi anni. Diagnosi fittizie di psicosi per poter somministrare farmaci depot. Stati di necessità poco necessari, per motivare pratiche coercitive. TSO *burocratici* (il pz accetta il ricovero, ma si chiede sia fatto un TSO, altrimenti in sovrannumero il reparto non lo accetta). Domande di alcuni operatori: "Ma ce l'hai una vita?". Il dubbio che tu non faccia altro, se ti batti per certe cose. E discorsi che suonano "pesanti", se "complicano" i problemi: porre domande, critiche, dinieghi a certe pratiche, nei servizi oggi piace poco. Ciò che si vuole è dare risposte, mettere le pezze al buco, e pazienza se saranno risposte parziali, poco etiche, magari anti-terapeutiche o peggiorative di quei problemi che vogliono risolvere. Dirsi a disagio per i carichi di lavoro - dire che non puoi seguire 300 persone, che vederne 300 è uguale a non vederne nessuna; che la presa in carico è importante, ma richiede del tempo - può regalarti un invito a "essere più superficiale": superficialità utile non certo alla tenuta degli utenti, ma a quella (fittizia) del sistema. E ancora, appelli di operatori che denunciano i cedimenti del sistema - e le difficoltà a occuparsi degli utenti - che i responsabili accolgono, ma non firmano, perchè "figure istituzionali" (ma come: proprio in quanto tali, loro per primi dovrebbero denunciare!). Appelli al "lavorare bene", di operatori che non ignorano i problemi reali, ma rivendicano il senso del loro operato, a cui si consiglia di "fare la tele-medicina".

Credo serva chiamare le cose col loro nome. C'è una connivenza, una complicità del mondo *psy* nell'attuale stato della salute mentale. Molta psichiatria *territoriale* è burocratica, protocollare; quella *accademico-universitaria* è medicalizzante oltre ogni misura, e accoglie su di sé di buon grado la crescente richiesta custodialistica (neo-manicomiale?) della società. Il fine di un servizio di salute mentale - ci spiega chi, 50 anni fa, si è battuto per aprirli - è quello di "auto-esaurirsi": serve emancipare la persona, lavorare per metterla in condizioni di maggiore autonomia. Ma molta psichiatria, e quasi tutta quella *mainstream* - non a caso assente qui alla Conferenza, ma che occupa l'opinione pubblica e i tavoli politici-ministeriali - mira invece a stare al centro delle operazioni, a mantenere lo *status quo*, ad avere controllo e potere sulle persone (ovviamente, camuffato sotto scienza medica).

Secondo me gli psichiatri devono starci, dentro ai servizi di salute mentale. Ma dovremmo discutere - e molto - a *far cosa*. Io non mi sento un'antipsichiatra: credo che una vera sofferenza mentale esista, che a volte sia molto grave, e richieda anche un farmaco per contenerla, per liberare la persona da quel male. Questo, mi sembra, può farlo solo un medico. Lo psichiatra, come dirigente, è poi chiamato a orientare (e presidiare) le pratiche dei servizi di cura. In sé, ha quindi un ruolo importante. Ma può essere - spesso è - molto problematico come quel ruolo lo incarna. Come usa il suo potere. Il problema è *che* psichiatra è e vuole essere. E poi, più in generale, che operatori di salute mentale si è e si vuole essere. Ogni operatore dovrebbe mirare a pratiche di liberazione. Ma quasi sempre, prima o poi finisce, nel lavoro di tutti i giorni - a "imparare" pratiche di oppressione.

Per chiudere, qualche proposta di speranza. La sfida oggi è conservare la dimensione umana nelle pratiche di salute mentale. E sappiamo bene quanto, per far ciò, serva tenere in piedi un orizzonte politico-sociale dentro alle attività di cura. Credo che noi adesso dovremmo occuparci dei nostri più giovani colleghi. Loro che sono ferratissimi su farmaci, recettori, diagnosi. Credo dovremmo aiutarli a comprendere che l'orizzonte politico è parte integrante della terapia (una parola che loro conoscono, e usano molto). Terapia sociale, dunque, come mezzo per recuperare il senso della cura. Consiglio su questo un recente articolo, per me molto bello, del collega Jean Louis Aillon: "Come pensare il sociale fuori e dentro la stanza". Aillon si chiede come svolgere il mestiere della cura psichica, nel degrado sociale di quest'epoca. E propone - qui sta per me la sua forza - di pensare la cura andando al di là delle dinamiche intra-psichiche (traumi, conflitti) del soggetto, indicando l'azione sociale come una vera e propria attività clinica. Questo corrisponde a molte cose: vuol dire *depatologizzare* l'utente, dirgli: "*Non sei per forza un grave malato, ed è possibile che i problemi della società alimentano la tua sofferenza*". Riconoscere gli aspetti *patogeni* di un dato contesto o sistema sociale è un pre-requisito, perché la persona dentro a esso possa (ri)trovare un equilibrio. Vuol dire rafforzare il legame di cura, costruire un legame più autentico col paziente, rassicurato che il curante non è complice di quel sistema. Si possono così legittimare i vissuti negativi della persona, e aiutarla a esprimerli, cercando insieme le migliori soluzioni per incanalarli. E' un campo su cui tante cose sono davvero terapeutiche.

L'idea che mi sto facendo, è che avere un orizzonte politico in salute mentale è imprescindibile. E' una posizione etica: ma su questa, mi vien da dire, la "formazione" è possibile solo fino a un certo punto. Ciò su cui invece, a mio avviso, dobbiamo puntare è far comprendere - a tutte le nuove generazioni di operatori psichiatrici - che i primi fattori della cura non sono le scale di valutazione, le diagnosi, le tecniche di regolazione emotiva, ma è il loro attivo calarsi nella dimensione *sociale*: quella che tocca da vicino la vita delle persone. Ma anche che nelle dinamiche sociali non basta scendervi, e comprenderle: serve ingaggiarsi in prima persona. E che farlo non è un atto *eroico*, ma serve proprio a far star meglio le persone: a diminuire il loro malessere, ad abbassare i farmaci, ridurre i ricoveri, migliorare l'esito delle loro cure. In una parola, questi giovani operatori devono comprendere che tutto questo è terapia: parola che a noi piace poco, ma che loro hanno imparato. Forse perché nessuno gli ha mai spiegato altro.

Anche da qui, credo, può passare una fetta di sopravvivenza della salute mentale pubblica. Per evitare che in futuro, servizi sempre più poveri - di idee, persone, energie - non si trasformino in luoghi del silenziamento e della correzione mentale, e continuino ad avere in testa (oltre che nel nome) la vera salute mentale.

Vorrei concludere con queste parole di Franca Ongaro Basaglia: *“La medicina (e la salute mentale, ndr) deve decidere se continuare a rimediare a ciò che quest’organizzazione del lavoro e della vita sociale produce, o se diventare - anche sotto la pressione delle forze sociali che vogliono controllare il suo operato - uno strumento di denuncia e presa di coscienza di quali sono e dove risiedono i problemi”*