

Dalla psichiatria manicomiale verso una salute mentale di comunità che interpella tutte le politiche

Giovanna Del Giudice

giodelgiudice@gmail.com

V Cumbre mundial Salud Mental

Buenos Aires 5 ottobre 2023

Ringrazio la Ministra della Salute dell'Argentina Carla Vizzotti e la Direttrice del Dipartimento Salute Mentale e Uso di sostanze dell'OMS Devora Kestel per l'opportunità che mi danno di parlare in questo autorevole consesso

Saluto le ministre e i ministri, le persone che vivono l'esperienza della sofferenza mentale, le partecipanti e i partecipanti.

Affronterò il tema del passaggio da un psichiatria manicomiale verso una salute mentale di comunità che interpella tutte le politiche, a partire dall'esperienza di deistituzionalizzazione sviluppata a Trieste, dai primi anni settanta del secolo scorso, da Franco Basaglia e il suo gruppo di lavoro, che ha portato alla chiusura del manicomio e alla costituzione di una rete di servizi di salute mentale nella comunità. E tanto più ha restituito voce, soggettività, diritti a persone con sofferenza mentale, prima negate e silenziate dall'internamento.

È stato passaggio del focus dalla malattia (e dalla pericolosità ad essa connessa) alla persona nella sua interezza e globalità di bisogni, relazionata e inserita nel contesto sociale. È stato allargamento dello sguardo e delle competenze dalla sanità a tutte le politiche: sociali, abitative, formative, lavorative, di genere, di sviluppo... per rispondere alla totalità dei bisogni della persona con sofferenza, tornata ad essere soggetto e titolare di diritti.

Ancora oggi in diverse parti del pianeta, anche se in maniera qualitativamente e quantitativamente differenziata a secondo dei contesti sociali, politici, economici, e culturali, con differenze tra le aree urbane e quelle extraurbane, il modello predominante di riferimento per l'assistenza alle persone con disturbo mentale è quello custodialistico manicomiale, che utilizza pratiche coercitive e di violazione dei diritti umani.

Se in media nel mondo il 2% del budget per la salute è riservato all'assistenza psichiatrica, il 70% di questo va agli ospedali psichiatrici.

Ancora oggi in alcune parti del pianeta le persone con disturbo mentale severo rischiano di essere segregate, bloccate, confinate in spazi ridotti, abbandonate ai confini delle comunità.

Le persone con malattia mentale rappresentano una delle minoranze più oppresse.

Ma pure in molte parti del pianeta sono in atto processi importanti di superamento del modello asilare e sono avviate pratiche di trasformazione della presa in cura delle persone con sofferenza mentale, molte delle quali saranno qui rappresentate.

Il processo di deistituzionalizzazione a Trieste, a cui ho fin dall'inizio partecipato, è stato messo in discussione teorico e pratica dei paradigmi culturali, scientifici, legislativi che sostengono il manicomio, luogo di custodia e segregazione, di privazione di diritti, generatore di cronicità e annientamento dei soggetti (pazienti ed operatori) Ed ha avuto come obiettivo, *urgente e necessario* (Basaglia), la sua distruzione. E insieme è stato messo in discussione della psichiatria quale ideologia che *si concretizza come realtà attraverso il manicomio* (Basaglia 1979).

Non è stata la proposizione di un nuovo modello terapeutico, ma la proposta di un *nuovo modo di intendere e vivere i rapporti sociali: tra soggetto ed istituzione, tra sapere e potere, tra salute e malattia, tra soggetto e collettivo, tra individuale e sociale* (Rotelli).

Fu impegno radicale, complesso e su più piani: si operò sul sistema dei valori e i paradigma fondanti la psichiatria, si mutarono i dispositivi di assistenza alle persone con disabilità psicosociale, si realizzò una legge di riforma, la Legge 180 del 1978, che sancì la fine del manicomio, la cura di norma volontaria nel territorio, la fine dell'equivalenza tra malattia mentale e pericolosità sociale, l'uscita della persona con sofferenza mentale da uno statuto speciale e l'entrata nella cittadinanza sociale.

Quando nel 1971 Franco Basaglia prende la direzione dell'ospedale psichiatrico di Trieste dove sono internate 1200 persone, in Italia su una popolazione di 51 milioni di abitanti in 83 manicomi sono internate più di 100 mila persone. Una legge del 1904 sancisce la pericolosità del malato di mente, che dopo 30 giorni di ricovero, segregato ed escluso dal contratto sociale, perde i diritti civili e politici.

A Trieste lo smontaggio del manicomio fu un lavoro collettivo, che prese avvio dall'abolizione dei mezzi di contenzione e coercizione, dall'apertura delle porte con la fine della segregazione anche di genere, dalla messa in discussione del potere nel rapporto di cura e nelle gerarchie istituzionali, dal contrasto al processo che trasforma la diversità naturale in disuguaglianza sociale.

Fu blocco del passaggio di pazienti dai reparti di acuti ai reparti di lungodegenza con l'interruzione della *carriera morale del malato di mente* (Goffman): la persona, dopo un periodo di cura ritornava nel suo contesto di vita, supportata da operatori del manicomio che iniziavano a lavorare nel territorio.

Per le persone con lunga storia di istituzionalizzazione fu restituzione dei diritti civili e politici, ricostruzione di storie e legami, restituzione di oggetti, di relazioni, di scambi, abilitazione alla vita nella libertà, ritorno nella comunità supportati da operatori pure loro liberati dal manicomio.

Va sottolineato che mentre si rigettava nella comunità la miseria e le contraddizioni prima sequestrate nel manicomio, noi operatori eravamo presenti a gestirle, a discutere e confrontarci con le fa-

miglie, con i vicini, con i cittadini, con le istituzioni, per costruire alleanze, nuove culture e pratiche verso lo sviluppo di una comunità solidale, di una città che cura.

Nello smontaggio del manicomio si operò da subito in una proiezione territoriale nella convinzione che la persona con sofferenza mentale deve essere incontrata e presa in carico nel territorio, nei luoghi della normalità attraverso un circuito di servizi sostitutivi del manicomio, basati sui diritti umani e sull'impegno contro ogni forma di istituzionalizzazione.

Fu il Centro di Salute Mentale sulle 24 ore e con posti letto l'*istituzione inventata* che, all'interno di un circuito di servizi nella comunità (gruppi residenziali, servizi psichiatrici negli ospedali generali, servizi e percorsi per l'abilitazione e l'inclusione sociale e lavorativa) si propose come sostitutivo del manicomio, l'*istituzione negata*.

Il Centro di Salute Mentale, aperto tutti i giorni, a bassa soglia, servizio di prossimità vicino ai luoghi di vita delle persone, risponde alla domanda di cura degli abitanti di un territorio definito.

Dotato di un'equipe multiprofessionale, svolge attività ambulatoriale, domiciliare, di supporto farmacologico, di abilitazione, di sostegno alle famiglie, di incontro con la comunità.

Promuove scambi, relazioni, sostegno alla vita quotidiana, si interfaccia con i servizi sanitari e sociali, con il sistema giudiziario, con le cooperative di lavoro, le associazioni, i gruppi culturali e produttivi.

Il Centro è dotato di alcuni posti letto per la presa in carico diurna e notturna temporanea delle persone in crisi, in un ambiente attraversato dalla comunità, che riduce lo stigma e favorisce la ripresa.

A Trieste il circuito territoriale di servizi di salute mentale fondato sul Centro sulle 24 ore con posti letto portò già nel 1980 alla definitiva chiusura del manicomio, alla diminuzione dei trattamenti sanitari involontari, al superamento del rimando di persone con disturbo mentale al sistema penale giudiziario, alla riduzione dei costi economici ed umani, mentre aumentava il numero di persone che accedevano alle cure e il numero e la qualità dei luoghi della presa in carico.

Nello smontaggio del manicomio con la riacquisizione dei diritti e della libertà, nel ritorno alla comunità delle e degli ex internati in un ruolo attivo, anche solo di consumatori, emergono bisogni/diritti prima coperti dalla malattia, violati e negati dall'istituzionalizzazione.

E tanto più il lavoro nei territori intercetta nuovi bisogni, nuove forme di sofferenza urbana, sacche di marginalità, persone a rischio di malattia ed esclusione, persone che non accedono ai diritti minimi, che fanno fatica ad accedere ai servizi.

Per affrontare questo sono necessarie risposte articolate e complesse che interpellano tutte le politiche, anche per contrastare la psichiatrizzazione del disagio sociale.

La salute mentale, quale benessere, possibilità di scegliere, di autodeterminarsi, di partecipare ad un progetto condiviso, di avere un ruolo in una comunità di diversi, di essere nello scambio sociale, di avere un reddito, una casa, un lavoro, affetti, socialità, è un diritto umano fondamentale

Questo mette in gioco non solo le politiche della salute e i tecnici della salute mentale, ma le politiche tutte e la comunità nel suo complesso.

Per costruire salute mentale di comunità in un paese, in una regione, in un territorio è necessaria una forte intenzionalità politica dei governi nazionali e locali, e insieme un forte impegno di tecnici innovatori.

Abbiamo da sempre verificato che le grandi trasformazioni nella psichiatria avvengono per una azione congiunta di politici e di tecnici innovatori, anche a conferma che l'azione di salute mentale è azione tecnico politica che allude ad una visione diversa delle relazioni sociali, dei rapporti di potere, ad un nuovo umanesimo.

Quindi è necessaria un'azione legislativa e di pianificazione della sanità che intervenga ad indirizzare e normare il passaggio verso una salute mentale di comunità, a sancire lo spostamento di risorse, umane ed economiche, dal manicomio al territorio, indispensabile per render effettivo il suo superamento e la presa in carico dei soggetti nel territorio.

E pure il coinvolgimento di tutte le politiche sociali, abitative, di genere, lavoro, formazione, istruzione, sviluppo... in un orientamento teorico e pratico che assicuri risposte globali su tutto l'arco dei bisogni/diritti, alle persone più fragili, con disabilità psicosociale, a rischio di esclusione, per assicurare la loro partecipazione alla vita attiva e l'uguaglianza di fronte alla legge.

Tali politiche intersettoriali devono prevedere misure dirette quali la promulgazione di leggi e normative, di programmi e risorse specifiche e misure indirette per intervenire sulle culture e i rapporti sociali di una comunità.

Premesso che tali politiche e misure sono strettamente connesse con i contesti specifici dei territori, portiamo alcuni esempi, a partire dalla nostra esperienza, sugli assi casa e lavoro.

Per rispondere al bisogno di casa per persone con storie di istituzionalizzazione in ospedali psichiatrici, istituti per minori e per persone con disabilità, in carceri, centri per migranti o a persone marginali che non hanno i requisiti minimi per accedere ad una casa, le politiche abitative devono prevedere riserve per legge di case di edilizia popolare a queste destinate (misure dirette), da gestire in condivisione con i servizi della sanità e del sociale.

Per contrastare poi la ghettizzazione, l'abbandono sociale e culturale, garantire qualità e sicurezza è necessario attivare progetti specifici (misure indirette) che promuovendo le risorse formali ed informali di quella comunità, valorizzando le risorse anche residue dei soggetti, sviluppino legami e coesione sociale, capacità di auto aiuto nel vicinato, nella strada.

Per rispondere al bisogno di inclusione lavorativa è necessario attivare norme e leggi che prevedano l'obbligo delle istituzioni pubbliche e del privato profit di inserire a pieno titolo nel percorso lavorativo quote di soggetti con disabilità psicosociale. Come appare necessario sostenere le iniziative di imprenditorialità sociale di varia forma che producono inclusione lavorativa e sociale. Ma pure vanno promosse iniziative di rivisitazione dell'organizzazione del lavoro che permettano l'inseri-

mento lavorativo dei soggetti fragili reale e non parcheggio, e ritornino come qualità e valore per tutti.

Ma per rendere concrete tali politiche trasformative ed intersettoriali è centrale che prendano avvio progetti, anche pilota, portati avanti da tecnici innovatori, una azione concreta dal basso fondata sulla presa in carico globale, continuativa, condivisa, orientata alla guarigione (*recovery*) delle persone con disabilità psicosociale, non solo centrata su risposte sanitarie, biologiche e psicologiche, ma, insieme e tanto più, su risposte che intervengono sui determinanti sociali della salute.

Un'azione che operi connessioni e alleanze territoriali, che valorizzi l'entrata di soggetti terzi, artisti, studenti, intellettuali, professori, associazioni, cioè le risorse civiche di un territorio, capaci di *modellare nuove forme di rapporto e di scambio, scavare nuovi percorsi e disegnare nuove mappe del territorio* (Rotelli 2023) per una salute mentale per tutti e tutte.

Le pratiche trasformative sono sempre azioni collettive che escono dai recinti specialistici e coinvolgono le risorse della comunità nel suo complesso.

Solo pratiche siffatte possono configurarsi come azioni di contaminazione degli altri servizi e delle altre agenzie politiche chiamate a dare risposte ai bisogni/diritti non sanitari delle persone con disabilità psicosociale.

In sintesi per il passaggio da un psichiatria manicomiale verso una salute mentale di comunità che interpella tutte le politiche, è necessario:

- investire sul rafforzamento del sistema di salute nel suo complesso
- mettere fine al manicomio a partire dal blocco, definitivo e certo, dei nuovi ingressi
- promuovere la riconversione delle risorse economiche ed umane dal manicomio (che spreca le risorse umane degli operatori e dei pazienti, producendo inerzia e cronicità) verso istituzioni nella comunità generative
- investire nella comunità su un sistema di servizi di salute mentale basato sui diritti umani e sull'impegno contro ogni forma di istituzionalizzazione
- mettere in campo politiche intersettoriali che non lascino indietro nessuno
- investire sulla comunità, sviluppare alleanze e confronto, promuovere partecipazione e protagonismo
- intervenire sulle relazioni di potere, sul modo di intendere e vivere i rapporti sociali, sul contrasto alle disuguaglianze.

Per concludere.

L'esperienza italiana, il lavoro teorico e pratico avviato da Franco Basaglia e continuato da Franco Rotelli e il gruppo di lavoro triestino, che ha trovato arricchimento e forza dalle migliaia di volontari, studenti, tirocinanti, politici, venuti a Trieste da tante parti del mondo, ha mostrato che è possibile considerare *la follia una condizione umana presente in ognuno di noi come la ragione*, affermare nella concretezza delle pratiche che è possibile *un modo diverso di assistere l'altro* (Basaglia 1979), che può esistere una società senza manicomio, che la sofferenza mentale può non essere esclusione dalla cittadinanza.

Ma se molto è stato fatto molto ancora rimane da fare.

Nei tempi bui che in molte parti del mondo stiamo attraversando è importante non perdere la strada, non rinchiudersi in sterili posizioni difensive, non perdere l'ottimismo della pratica dove la *speranza e l'utopia sono non il regno dell'impossibile, ma quello del non ancora possibile* (Basaglia 1979) e continuare, anche a piccoli passi, in percorsi trasformativi e di giustizia sociale.

E insieme costruire connessioni e reti tra le buone pratiche di salute mentale di comunità disseminate in varie parti del pianeta come punto di riferimento, di confronto e sostegno per tutte e tutti. Di questo abbiamo oggi molto bisogno.