

Racconti e opinioni
lavoroesalute

Salute mentale *Esperienze in Italia e in Inghilterra*

di **Pino Pini**
Psichiatra

INSERTO

Anno 39 n. 8/9 settembre 2023 Mensile diretto da Franco Cilenti
info@lavoroesalute.org * www.lavoroesalute.org
. Rivista aderente a Medicina Democratica *Movimento di lotta per la salute*

Contributo dello psichiatra italo/inglese Pino Pini

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

Ho lavorato in Italia dagli anni 70 fino al mio pensionamento attraversando appieno la fase che ha preceduto e seguito la legge 180-833/1978. Da vari anni spendo la maggior parte del mio tempo nel Regno Unito collaborando con alcuni servizi psichiatrici. Di seguito alcuni fatti e alcuni miei commenti personali.

Esperienza in Italia

Fin dai primi anni 80 avevo iniziato a recarmi in Inghilterra tramite Mind una delle più note associazioni di salute mentale. Volevo approfondire la conoscenza delle associazioni di salute mentale e dei gruppi di auto aiuto psichiatrico, nonché il loro rapporto con i servizi.

Il Regno Unito era stato una delle maggiori fonti di ispirazione per il superamento del vecchio ospedale psichiatrico soprattutto grazie a famose esperienze di comunità terapeutica. In quegli stessi inoltre si erano allacciati i primi rapporti con associazioni di salute mentale e con gruppi di auto aiuto psichiatrico inglesi, realtà allora poco conosciute in Italia. Ciò contribuiva a riempire di contenuti interessanti la legge 180 stimolando pratiche di collaborazione democratica fra servizi, utenti e governi locali.

Un periodo di svolte davvero radicali rispetto al modo di guardare sia alla sofferenza mentale in generale, sia alle tecniche curative allora in uso. Accanto ai fattori individuali di malattia (per lo più biologici e psicologici) adesso si dava molta considerazione al contesto di appartenenza nei più diversi aspetti, come quelli relazionali, sociali e culturali. Alcuni operatori psichiatrici in Italia sceglievano perfino di essere direttamente coinvolti nel governo politico delle comunità locali al fine di comprenderne meglio la natura e il funzionamento. Ciò avrebbe permesso di contribuire alla creazione di progetti innovativi impegnando direttamente i reponsabili dei diversi settori della vita pubblica.

Lavorando direttamente sul campo, i servizi e le comunità avrebbero potuto avvicinarsi reciprocamente e apprendere cose fino ad allora lasciate ai margini o affidate a competenze specialistiche, ma che adesso potevano rivelarsi invece molto utili per nuovi sviluppi individuali e collettivi allo stesso tempo. Nei primi anni 90 fiorirono anche in Italia associazioni di salute mentale guidate alla pari da operatori, utenti e familiari (fra cui l' AISMe <https://aisme.info/>) costituendo un ponte fra servizi e le comunità.



Contributi come quelli derivanti da discipline psicologiche e sociologiche aiutavano a creare dei ponti fra il mondo biologico e quello sociale, ma il discorso spesso rimaneva confinato più che altro a livello individuale senza significative ricadute sulla collettività. Una grande novità fu l'arrivo sulla scena, fra gli anni 70 e 80, dei gruppi di auto aiuto dei pazienti ed ex pazienti psichiatrici con la loro esperienza vissuta e quali interlocutori chiave, alla pari degli specialisti e dei decisori politici. Adesso forse si poteva veramente colmare quella distanza fra "noi" e "loro" che la gran parte degli approcci professionali, per quanto sofisticati, non riuscivano a risolvere.

Si pensava che, combinando il movimento della deistituzionalizzazione con quello degli utenti, fosse possibile instaurare un nuovo sistema, non solo nel campo della salute mentale ma anche nella società nel suo insieme. Discriminazioni, pregiudizi e interventi emarginanti sulle persone più deboli o diverse sarebbero stati solo un ricordo del passato!

Il binomio cura-controllo

Prima della legge 180 la focalizzazione sui fattori individuali di malattia, la cui natura peraltro rimaneva e rimane spesso ignota, aveva prodotto all'interno dell'ospedale psichiatrico una quantità di tecniche di vario tipo a cui si poteva essere sottoposti facilmente in quanto le persone ivi ricoverate erano private dei fondamentali diritti civili e spesso ritenute incapaci di decidere perfino sulla propria salute. Purtroppo i risultati di tutto ciò erano insoddisfacenti o addirittura deleteri. Senza contare poi che la cura non di rado era un pretesto piuttosto ipocrita per giustificare l'allontanamento forzato dal proprio ambiente di individui scomodi con cui la convivenza era ritenuta difficile.

L'esistenza stessa dell'ospedale ne giustificava l'uso con le conseguenti pratiche alla cui esecuzione gli operatori erano rigidamente tenuti. Per questo motivo fu deciso di chiudere completamente un luogo che, sebbene concepito qualche secolo prima secondo

CONTINUA A PAG. 3

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DAPAG.2

principi umanitari innovativi, purtroppo si era poi trasformato in una discarica di miserie varie e di cronicità senza possibilità di recupero.

Con la chiusura dell'ospedale psichiatrico adesso si ribaltava l'ottica con cui si guardava a coloro che soffrivano di problemi mentali. La ricerca dei possibili guasti mentali relativi al singolo individuo e le conseguenti cure, non costituivano più l'impegno unico degli operatori che, d'ora in poi, avrebbero dovuto interessarsi anche delle relazioni e del contesto di vita delle persone.

Uno dei cardini alla base dell'esistenza dell'ospedale psichiatrico era stato e continua ad essere lo stretto legame tra cura e controllo, dove il controllo si riferisce alla pericolosità verso sé e verso gli altri. La pericolosità, prima della legge 180/1978, veniva considerata aspetto intrinseco alla persona con problemi mentali che, in qualche modo, veniva percepita e si percepiva come potenzialmente predisposta a delinquere.

Con l'avvento della legge 180 si rompe tale stretto binomio cura-controllo. Chi soffre di problemi mentali adesso non è più visto come intrinsecamente pericoloso e, comunque, non particolarmente più pericoloso delle persone considerate normali. Per quanto riguarda la pericolosità (soprattutto la pericolosità verso gli altri -pericolosità sociale-), la responsabilità compete adesso alle forze dell'ordine e all'autorità giudiziaria, così come avviene per qualsiasi altro cittadino; i servizi della salute mentale segnaleranno la situazione di pericolo e collaboreranno su ogni caso specifico quando ce ne sia bisogno.

Emblematico il fatto che d'ora in poi sarà il sindaco del comune di residenza, quale responsabile della salute dei propri cittadini, a firmare l'ordinanza di un eventuale accertamento o trattamento obbligatorio.



L'autorità di pubblica sicurezza invece non sarà più necessariamente coinvolta.

La concomitanza, forse non casuale, della riforma della psichiatria con la riforma di tutto il sistema sanitario consentì di far confluire la legge 180, che era stata varata nell'aprile del '78, nella legge 833 che fu varata qualche mese più tardi nello stesso anno. Tale concomitanza costituì un'importante occasione di integrazione tra assistenza psichiatrica e sanità in generale.

Quanto detto permetteva di considerare la salute mentale secondo un'ottica "civile", uscendo dall'angusto paradigma cura-controllo e favorendo quindi nuovi sviluppi nei più svariati settori della società. Tale apertura, tesa a coinvolgere direttamente le comunità territoriali stimolando le loro specifiche risorse umane e culturali, poteva consentire lo sviluppo di nuove relazioni e conoscenze in un settore di per sé complesso, dove anche i modelli scientifici e organizzativi più sofisticati si dimostravano ampiamente insufficienti.

Non tutti però erano d'accordo con la legge a cominciare dalla quasi totalità delle cliniche psichiatriche universitarie. Nel frattempo inoltre si stavano sviluppando grandi cambiamenti sia nel settore della salute mentale che a livello di società su scala globale.

La terza edizione del DSM, impatto su scala globale delle nuove categorie diagnostiche e relativi rimedi di cura

La terza edizione del Manuale Diagnostico Statistico (DSM), pubblicata nel 1980 per la prima volta su scala mondiale dall'American Psychiatric Association (APA), avrebbe contribuito a rinforzare gli aspetti di malattia come difetto individuale, ritenuto da molti biologicamente determinato. Ciò si accompagnava a una cultura occidentale che andava gradualmente spostandosi sull'individuo, sul libero mercato e sulla privatizzazione dei servizi. Sempre maggiori gli investimenti sulle neuroscienze e il supporto dell'industria farmaceutica. Il lavoro sul contesto di vita delle persone veniva invece messo in secondo piano e lo welfare state, laddove istituito, tendeva ad

CONTINUA A PAG.4

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DAPAG.3

essere sempre più ridimensionato. L'era tecnologica e la diffusione capillare del personal computer e di internet si stava avvicinando velocemente cambiando gli stili di vita. Nuove categorie diagnostiche e i relativi rimedi terapeutici raggiungevano le persone in modo sempre più capillare attraverso i vari media che nel frattempo si stavano sviluppando <https://www.bmj.com/content/380/bmj.p464>.

Le categorie diagnostiche in ambito di salute mentale, basate su presunte osservazioni oggettive processabili elettronicamente, sarebbero aumentate in modo esponenziale da circa cento a oltre trecento dal secondo dopoguerra ad oggi.

La validità scientifica e l'affidabilità delle suddette categorie diagnostiche e dei relativi rimedi secondo molti si sarebbero poi dimostrate non così convincenti, come fatto ritenere invece alla gran parte dell'opinione pubblica. Nonostante si riuscisse a far sempre più luce nelle strutture biologiche più intime della corpo a livello biochimico, morfologico e funzionale, non si riusciva purtroppo a individuare correlazioni causa/effetto sufficientemente convincenti tra i dati a disposizione e le categorie diagnostiche. Quindi le cosiddette malattie mentali continuavano ad essere descrittive e non causali come invece avviene per lo più in medicina. Ancora una volta la psiche dimostrava di essere qualcosa di molto complesso e di difficile comprensione da parte delle scienze esatte e si rendeva necessario esplorare anche altre prospettive. https://www.researchgate.net/publication/233840205_Psychiatry_beyond_the_current_paradigm

Il modello biomedico, nonostante tutto, aveva avuto un grande impulso dal secondo dopoguerra in poi, soprattutto con l'avvento degli psicofarmaci. Tale impulso, nei decenni a seguire, si era esponenzialmente irrobustito per la messa a punto di nuove molecole per la cura di quadri minori, ma estremamente diffusi



come quelli di tipo ansioso-depressivo. Tali molecole erano prodotte per lo più da colossi farmaceutici facenti capo al mondo anglosassone e in particolare agli USA. Vi erano chiari conflitti di interesse in quanto circa la metà degli psichiatri appartenenti alla già citata APA, che cura le varie edizioni del DSM, sono consulenti delle maggiori aziende farmaceutiche. .

Molte sono le critiche alla psichiatria basate sull'evidenza: dalla corruzione da parte dell'industria farmaceutica, al cosiddetto mercato delle malattie, alla manipolazione della ricerca e alla promozione di farmaci che produrrebbero più danni che benefici

The Illusion of Evidence-Based Medicine: Exposing the crisis of credibility in clinical research : Jureidini, Jon, McHenry, Leemon B.: Amazon.co.uk: Books

Esperienza in Inghilterra

La decisione di lavorare nei servizi psichiatrici inglesi, dopo la conclusione della mia carriera professionale nel sistema sanitario pubblico in Italia, è dovuta al desiderio di capire meglio l'evoluzione della salute mentale a livello più ampio.

Nonostante l'attuale netta prevalenza del modello di malattia nel mondo occidentale, purtroppo penso che in Inghilterra esistano alcuni spazi per progetti psicosociali, anche se destinati probabilmente a rimanere minoritari, almeno nella fase attuale.

Dirò di seguito di alcuni tratti che caratterizzano secondo me la salute mentale pubblica in Inghilterra aggiungendo in corsivo qualche riflessione personale dal confronto con la situazione italiana.

Le Aziende per la Salute Mentale

Le Aziende per Salute Mentale (Mental Health Trusts of the National Health Service) dipendono direttamente dal governo nazionale, ma sono separate dalle aziende sanitarie. Da notare che in Italia invece il servizio di salute mentale è integrato nell'azienda sanitaria.

Le aziende per la salute mentale gestiscono sia l'ospedale psichiatrico, sia i servizi territoriali di comunità. L'ospedale psichiatrico, pur in ambienti moderni, esiste ancora in Inghilterra come struttura ospedaliera specialistica a sé stante. La spesa per la



CONTINUA A PAG.5

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DAPAG.4

salute mentale in Inghilterra si aggira intorno al 10% della spesa sanitaria, mentre in Italia tale quota si stima intorno al 3,5%

Leggi, Accertamenti e trattamenti obbligatori in ospedale e a domicilio

Il Mental Health Act (MHA) del 1983, aggiornato nel 2007, è la legge che regola il settore della salute mentale a livello nazionale (Inghilterra e Galles). Si tratta di un insieme molto complesso di articoli relativi "all'accertamento, trattamento e diritti delle persone con disturbi mentali". Per disturbo si intende malattia mentale o disturbi dell'apprendimento "mental illness or disability learning".

Si tratta di un testo ampio e complesso dove sicurezza e controllo appaiono elementi fondamentali e fra loro strettamente intrecciati. Si definiscono in modo capillare le modalità da mettere in atto in caso di interventi restrittivi e, contemporaneamente, viene offerta alla persone sottoposte a tali interventi, la possibilità di rivolgersi a soggetti indipendenti (Independent Advocate) per la salvaguardia dei propri diritti. Il tribunale si riunisce molto spesso proprio all'interno dell'ospedale per rispondere ai frequenti appelli dei pazienti. Al personale dell'ospedale sono richieste anche funzioni di custodia.

Nel caso di pazienti con scarsa capacità di intendere e di volere vengono usate procedure restrittive ad hoc più blande (Mental Capacity Act del 2004).

Alla polizia tramite la section 136 del MHA è affidato il compito di trasportare in un ambiente protetto, di solito all'interno dell'ospedale psichiatrico (Place of Safety), persone che in luogo pubblico manifestino comportamenti che possono far ipotizzare condizioni psichiatriche sottostanti. Ciò può avvenire con mezzi coercitivi e senza la consulenza dei servizi di salute mentale.



Nel 2007 vengono istituiti i Community Treatment Orders (CTO), cioè la possibilità dell'ospedale psichiatrico di ricoverare con procedura abbreviata i pazienti a rischio di recidiva che non assumano regolarmente le terapie prescritte.

Da un'indagine del MHE, condotta nel 2018 su scala europea, risulta che in Inghilterra i trattamenti obbligatori sono 8 volte più numerosi che in Italia <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

Paragonando i ricoveri della popolazione autoctona rispetto agli immigrati, questi ultimi risultano essere sottoposti molto più spesso sia a ricoveri obbligatori ospedalieri che, e soprattutto, a trattamenti obbligatori domiciliari (CTO). Ciò fa pensare più a fattori di discriminazione che di malattia <https://www.mind.org.uk/news-campaigns/news/reform-of-the-mental-health-act-must-come-now-if-we-are-to-see-an-end-to-structural-racism-within-mental-health-services/>

La polizia metropolitana di Londra ha annunciato che da agosto 2023 non risponderà più alle chiamate che riguardano situazioni relative alla salute mentale, come previsto dalla s 136 del MHA, ma solo quando vi siano situazioni veramente difficili. <https://www.theguardian.com/uk-news/2023/jun/01/met-police-plan-stop-attending-most-mental-health-calls-prompts-concern>

Gli operatori della salute mentale e in particolare gli assistenti sociali sono molto allarmati per questo annuncio. Non si sa ancora quali potranno essere le conseguenze di tale presa di posizione della polizia.

Prevent è un programma volto a istruire gli operatori dei servizi di salute mentale tramite specifici corsi di aggiornamento obbligatorio sulla possibilità che persone con problemi mentali vengano radicalizzate da parte di gruppi estremisti <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/11/prevent-mental-health-guidance.pdf>. <https://www.preventdigest.co.uk/blog>

CONTINUA A PAG. 6

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DAPAG.5

I casi sospetti vanno segnalati alla polizia.

Questo è un'altro esempio che contribuisce a dare ai servizi un assetto particolarmente rivolto alla sicurezza. Appare logico che tutti contribuiscano a combattere il terrorismo, ma assegnare anche in questo caso compiti specifici alla salute mentale appare molto discutibile.

Da quando detto appare chiaro in salute mentale un orientamento generale verso il controllo con conseguenti innumerevoli interventi anche obbligatori. Ciò riduce inevitabilmente gli spazi per atteggiamenti collaborativi e per relazioni che si possano definire terapeutiche.

La legge (section 117) prevede una protezione sociale particolare in termini economici, di collocazione abitativa e lavorativa per chi sia stato sottoposto a ricovero coercitivo prolungato (section 3).

C'è da domandarsi se questo intervento protettivo, così come il supporto fornito dal sopraccitato Independent Advocate, sia sufficiente a compensare il trauma conseguente interventi obbligatori così frequenti da essere considerati quasi ordinari.

Il momento ospedaliero

I vecchi ospedali psichiatrici sono stati dismessi e sostituiti da moderne strutture di dimensioni più piccole e meno lontane dalla comunità. Si tratta di ambienti articolati in diversi reparti a varia intensità di cura, tutti chiusi e spesso distanti dall'ospedale generale che, come detto, appartiene invece ad un'altra azienda sanitaria. La grande maggioranza dei ricoveri sono obbligatori e i ricoverati in modo obbligatorio vengono definiti "Detenuti (Detained)". Attualmente per quanto riguarda gli adulti si contano all'incirca 17.000 letti psichiatrici ordinari e 4.000 letti forensi. I reparti sono divisi in base all'intensità delle cure. Dove le cure sono più intensive i degenti per la massima parte sono sottoposti a trattamento obbligatorio.



In caso di mancanza di letti, anche per i ricoveri obbligatori, si ricorre a cliniche private. La maggior parte dei reparti ha la "Seclusion room", una stanza appartata con bagno (senza porta), materasso in terra e priva di arredi, dove è possibile isolare temporaneamente i pazienti più difficili da trattare. Se un paziente rifiuta le terapie, dopo qualche tentativo di de-escalation, è possibile chiamare il "Response team", un gruppo composto da 5 - 7 operatori piuttosto robusti che in qualche modo costringe il paziente ad assumere le medicine. Il team ospedaliero è indipendente dai servizi di salute mentale di comunità, anche se appartengono alla stessa azienda. Non viene fatto uso di contenzioni meccaniche (del tipo cinghie per polsi e caviglie), ma si ricorre spesso alla "Rapid tranquillization", una combinazione di psicofarmaci ad alto potere sedativo. A volte viene fatto indossare il giacchetto antistrappo (Antistrip jacket) a persone a rischio di suicidio.

Il ricovero obbligatorio si può articolare in due momenti. Un primo momento (Section 2) prevede una permanenza massima di 4 settimane e si tratta di una fase più che altro volta all'accertamento diagnostico. Alla scadenza del termine delle quattro settimane il paziente può essere dimesso, oppure il ricovero obbligatorio viene continuato per un periodo di 6 mesi rinnovabili (Section 3)

Nel caso che dopo la permanenza in ospedale il paziente, pur capace di intendere e di volere, non dia affidamento rispetto ad all'assunzione regolare dei farmaci, può essere attivato il CTO: quindi l'obbligo di assumere regolarmente i farmaci a domicilio, pena un nuovo ricovero in ospedale con procedura abbreviata.

Negli ultimi anni si è assistito ad una diminuzione graduale dei posti letto nonostante da parte degli psichiatri vi sia la richiesta di aumentarli, visto l'aumento dei ricoveri obbligatori <https://www.rcpsych.ac.uk/news-and-features/latest-news/detail/2019/11/05/hundreds-more-psychiatric-beds-needed-to-help-end-practice-of-sending-patients-hundreds-of-miles-for-treatment-says-rcpsych>

CONTINUA A PAG. 7

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DAPAG. 6

[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(17\)30207-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(17)30207-9/fulltext)

<https://www.bmj.com/content/bmj/382/bmj-2022-073055.full.pdf>

Eventuali problemi fisici che i pazienti possono presentare durante la degenza sono affidati ai junior doctors (specializzandi) che sono più freschi di nozioni di medicina generale rispetto ai colleghi più anziani. In caso di problemi seri il trasferimento in ospedale generale più vicino può richiedere notevole tempo.

In Italia, dal momento che il Servizio di Diagnosi e Cura (SPDC) è collocato all'interno dell'ospedale generale, risulta molto più facile avere consulenze rapide da parte degli altri specialisti dell'ospedale stesso.

Lo stigma connesso alla malattia mentale risulta particolarmente radicato fra gli stessi operatori della salute in generale. Nel caso di un disturbo mentale concomitante con una malattia fisica anche grave, il disturbo mentale viene considerato primario rispetto alla malattia fisica che quindi rischia di essere trascurata e non curata appropriatamente <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347358/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4437625/>

Il servizio di Liaison Psychiatry all'interno dell'ospedale generale, che in Inghilterra ha una lunga tradizione, accoglie temporaneamente i pazienti psichiatrici che arrivano all'ospedale generale e, se non sono dimissibili a breve sul territorio, li invia nell'ospedale psichiatrico per lo più attraverso procedure coercitive.

La legge italiana prevede che il personale del servizio di salute mentale, che fa capo fundamentalmente al Centro di Salute Mentale situato nella comunità, si faccia carico fra l'altro anche dei letti psichiatrici all'interno dell'ospedale generale. Il servizio interviene inoltre nel pronto soccorso e negli altri



reparti dell'ospedale generale quando vi sia richiesta di supporto per la presenza di pazienti psichiatrici. Ciò favorisce una continuità di intervento fra i vari momenti con cui il paziente si trova a che fare.

In Italia i ricoveri obbligatori si fanno solo nei servizi pubblici e in genere nei Servizi di Diagnosi e Cura all'interno degli ospedali generali. I ricoveri obbligatori variano tra il 10 e il 15 % del totale dei ricoveri psichiatrici, mentre il restante 85-90% sono ricoveri volontari.

In Inghilterra la situazione è diametralmente opposta in quanto i ricoveri obbligatori costituiscono la gran parte dei ricoveri.

Servizi territoriali: cure primarie e secondarie

La Primary Care si occupa di quadri minori di tipo ansioso-depressivo. Il medico generale (GP) è affiancato da un servizio di psicologia allo scopo di affrontare i problemi in modo alternativo rispetto ai farmaci. Se tali interventi psicologici non sono sufficienti il GP inizierà la terapia con antidepressivi. Se poi le condizioni della persona continuano a non migliorare, verrà fatto l'invio al servizio psichiatrico in ambito di Secondary Care che si occupa dei quadri mentali più gravi. L'idea di inserire lo psicologo nelle cure primarie (IAPT https://en.wikipedia.org/wiki/Improving_Access_to_Psychological_Therapies) è senza dubbio positiva in quanto ha il fine di evitare medicalizzazioni troppo precoci. Il fatto è che si tratta di interventi psicologici di tipo individuale, limitati nel tempo (una decina di incontri) e rivolti al sintomo e alla presunta malattia sottostante. Si tratta per lo più di interventi psicologici cognitivo comportamentali ritenuti Evidence Based.

Dal momento che gli interventi relazionali e di comunità sono scarsi, mentre si insiste invece sull'origine individuale dei problemi, le persone corrono il rischio di essere eccessivamente indirizzate verso percorsi clinici inappropriati <https://p-y3-www-amazon-it-kalias.amazon.it/Medicalizing-Misery-Psychiatry-Psychology-Condition-ebook/dp/B009AUZ3SK>.

CONTINUA A PAG. 8

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DAPAG.7

I programmi di prevenzione dovrebbero procedere invece secondo una visione ampia che comprenda, allo stesso tempo e in modo maggiormente bilanciato, sia gli aspetti individuali che collettivi.

Il servizio territoriale per la salute mentale nella Secondary Care si articola in diversi team, a volte suddivisi per funzioni e più spesso per diagnosi. Servizi come quelli per la Risoluzione della Crisi e il Trattamento Domiciliare rispondono al primo criterio, mentre servizi per le Psicosi, Disturbi di Personalità, del Comportamento Alimentare, ADHD ed altri, rientrano nel secondo criterio. Nel caso di persone con sospetto disturbo mentale acuto, che rifiutino l'intervento dei servizi, ci si rivolge a un team multidisciplinare che si occupa di verificare se ci siano le condizioni per l'invio obbligatorio in ospedale psichiatrico e, in caso affermativo, di procedere. I suddetti team sono autonomi gli uni dagli altri e spesso risultano di non facile collegamento reciproco.

Emerge un quadro dei servizi abbastanza frammentato che rende problematico intervenire adeguatamente nelle situazioni più complesse, specialmente se acute. In tal caso la via più veloce rimane l'ospedalizzazione che sovente avviene attraverso procedure coercitive in ambiente pubblico o privato. Ciò alimenta un circuito vizioso e auto-riproducentesi. Il ricorso frequente all'ospedale non fa che rinforzare l'idea che le persone che soffrono di problemi mentali abbiano un malattia ben definita e che spesso siano pericolose.

L'abitudine consolidata e sempre crescente al ricovero ospedaliero in forma coercitiva contribuisce a disincentivare il territorio dall'attrezzarsi in modo appropriato per affrontare anche le situazioni di maggiore complessità. In Italia invece, dove l'ospedale psichiatrico è stato abolito, essendo a disposizione solo pochi letti all'interno dell'ospedale generale, il servizio di salute mentale è spinto a trovare soluzioni alternative nella comunità e a uscire da una visione prevalentemente clinica.



Procedure per il ricovero obbligatorio

Il ricovero obbligatorio di norma viene disposto da un team composto da assistenti sociali specificatamente addestrati (AMHP) e da due psichiatri indipendenti dal servizio che procederanno al Mental Health Act Assessment (MHAA) su raccomandazione di uno psichiatra del servizio stesso. Ciò avviene dopo che sono falliti i tentativi di approccio a una persona ritenuta portatrice di un disturbo mentale e che si ritiene necessari di un ricovero ospedaliero obbligatorio. Si tratta di una procedura burocratica che in genere richiede vari giorni.

Il fatto che il ricovero obbligatorio sia disposto congiuntamente dagli assistenti sociali AMHP e da psichiatri esterni al servizio può rispondere forse a un criterio di maggiore obiettività per la valutazione congiunta degli aspetti sanitari e sociali. Nei fatti però, e per quanto mi è dato osservare, ciò si comporta una valutazione della situazione soprattutto nella prospettiva medica di malattia e della sicurezza. Gli psichiatri esterni infatti, conoscendo poco la persona nel suo contesto, non possono che focalizzarsi sugli aspetti di malattia. Gli assistenti sociali, essendo invece vicini al servizio, e al corrente quindi del fallimento dei precedenti tentativi di approccio, vedono di buon occhio un giudizio medico che dichiara la necessità dell'ospedalizzazione, se non altro come momento di rottura di una situazione complessa e impantanata fra le maglie dei diversi team fra loro poco comunicanti. Viene in tal modo spersonalizzato, attraverso un intervento tecnico-burocratico coercitivo gestito da operatori esterni, un evento di grande impatto personale che paradossalmente vede gli operatori interni del servizio poco coinvolti. Colpisce molto che il team curante si disimpegni proprio in un momento che potrebbe essere cruciale nella vita di un individuo e che andrebbe affrontato in modo diverso e più personalizzato rispetto ad una ospedalizzazione coatta disposta secondo modalità burocratiche. Si potrebbe invece pensare ad approcci di rete con il coinvolgimento dei soggetti più vicini alla persona e

CONTINUA A PAG.9

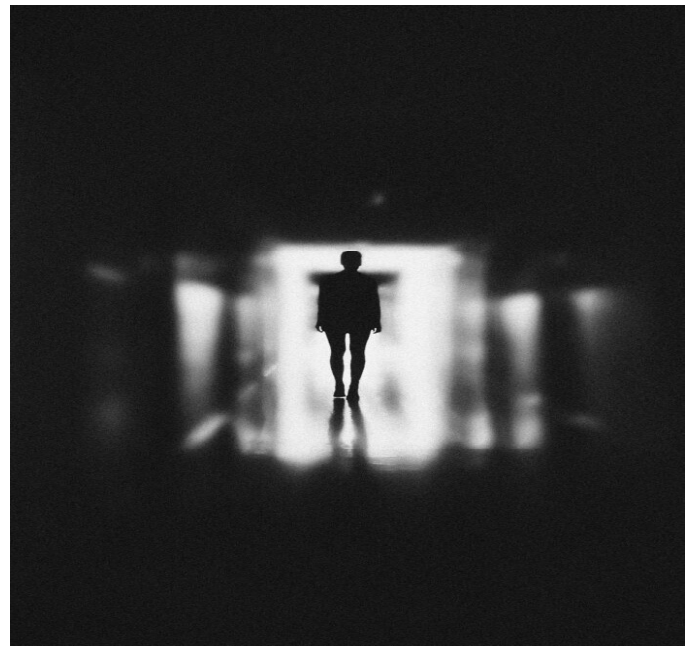
Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DAPAG.8

di procedere magari secondo modalità sistemiche come quelle del Dialogo Aperto https://en.wikipedia.org/wiki/Open_Dialogue. I tempi lunghi di attesa non giovano certo a una situazione di crisi che, se affrontata con interventi rapidi e competenti, può costituire invece un importante momento di cambiamento.

Prolifera di nuovi quadri diagnostici. Validità scientifica e affidabilità. Il ruolo dei media e del business. Protezione sociale per malattia, rapporti con persone immigrate

Fra i molti nuovi quadri diagnostici particolarmente emblematico è il caso del Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD) che iniziò a diffondersi su scala internazionale oltre trent'anni fa. Veniva descritta la situazione di alcuni pre-adolescenti e adolescenti il cui comportamento scolastico destava soprattutto preoccupazione. Si tratterebbe di un disturbo dello sviluppo, senza una precisa causa scatenante, la cui insorgenza sarebbe assimilabile in qualche modo all'autismo. Il dibattito su quanto incidano fattori interpersonali e culturali e se lo si possa considerare invece come una vera e propria malattia, rimane ancora molto acceso. Negli ultimi anni si è diffusa la convinzione che tale disturbo sussista anche nell'adulto in continuazione con quello dell'età precedente. Riviste, sia specialistiche che destinate al largo pubblico, e i vari media pullulano di pubblicità. E' possibile autodiagnosticarsi anche tramite questionari facilmente reperibili in rete. In Inghilterra si assiste a richieste sempre più pressanti di valutazione professionale per confermare se si è portatori o no di tale disturbo. Non riuscendo il servizio pubblico a fronteggiare la massa delle richieste, si sono costituiti molti centri privati che in genere confermano, con modalità abbastanza discutibili, la



diagnosi di ADHD di cui l'utente stesso si è già convinto a seguito dei molteplici messaggi mediatici ricevuti. La conferma della diagnosi dà il via all'accesso alla cura fra cui prevalgono gli stimolanti di tipo anfetaminico. Questi ultimi, nonostante lo stretto controllo nella maggior parte dei paesi, sono molto ricercati da tempo per incrementare la performance in diverse attività. Gli effetti a lungo termine di tali sostanze sulla salute sono ancora incerti. Recentemente una trasmissione televisiva BBC molto popolare ha messo in rilievo la speculazione che sta dietro ad una sorta di vendita di diagnosi e farmaci proprio in relazione all'ADHD <https://www.bbc.co.uk/programmes/m001m0f9>

Qualcosa di simile accade per altre situazioni, riguardanti in particolare gli adolescenti, come la Disforia di Genere, i Disturbi Alimentari, l'autolesionismo, etc., che tendono a diffondersi ampiamente e che vengono sempre più visti come guasti interni all'individuo (soprattutto di tipo biologico) mentre al solito si trascurano eccessivamente gli aspetti di relazione e di contesto. Le conseguenze possono essere interventi drastici di tipo medico e/o chirurgico con, a volte, effetti dannosi difficilmente reversibili.

Sia le nuove che le vecchie diagnosi, a parte quelle legate a chiara patologia organica e tossinfettiva, continuano ad essere descrittive e non causali dal momento che ad oggi non possiamo che fare ipotesi più o meno plausibili sulle cause. Potremmo allora dare il via libera alla nostra fantasia associando segni e sintomi in varie combinazioni e proporre un numero illimitato di nuovi possibili quadri diagnostici. Si dovrà però ammettere che questi difficilmente saranno correlabili a dati specifici di tipo biologico e che, quindi, la validità scientifica e l'affidabilità resteranno comunque molto basse. L'attuale corsa alla diagnosi in ambito di salute mentale sembra legata non solo agli interessi politico-

CONTINUA A PAG. 10



Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DAPAG.9

economici globali di cui ho sopra accennato, ma anche al crescente disorientamento esistenziale delle persone che, avendo perduto ataviche certezze, hanno bisogno di credere che esista qualcosa di strutturato e di affidabile a cui appoggiarsi, come una scienza magica a cui si attribuiscono impropriamente caratteri di verità assoluta .

Oggi si tende a prendere in considerazione soprattutto ciò che può essere tradotto in numeri e quindi facilmente processabile dai sistemi informatici. Si è richiesti di fornire dati che spesso rispondono poco ai bisogni delle persone, ma servono soprattutto alla direzione aziendale per monitorare l'andamento delle cose sulla base di impostazioni prefissate.

La questione dell'evidenza

Si ha la chiara impressione di far parte di un sistema gerarchico dove sono rigidamente predefiniti sia il senso che i contenuti della comunicazione che non possono scostarsi da quelli già previsti. Quindi un lavoro fondamentalmente di spunta caselle e copia-incolla. Il rapporto operatore-utente si è molto ridotto in quanto molta parte del tempo professionale è impiegato di fronte allo schermo del computer.

Costituisce evidenza ciò che viene scritto sul computer in quanto può essere facilmente letto e quindi evidenziato come i dati dei test biologici, psicologici e le diagnosi. I comportamenti abnormi e rischiosi vengono sicuramente riportati nel computer. Quello che una persona sente dentro di sé ha meno rilevanza e lo stesso accade per gli aspetti relazionali e di contesto.

E' opportuno evitare di basarsi soltanto su un lavoro legato soprattutto alle diagnosi e alle evidenze costruite tramite programmi informatici <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33270391/>



Durante il processo di superamento dell'ospedale psichiatrico negli anni 70 fui impegnato con altri operatori a formare piccoli gruppi di pazienti per poi trasferirli dall'ospedale nelle case famiglia che si andavano costituendo nel territorio. Una delle linee guida fondamentali era quella di non suddividere i pazienti per diagnosi ma per affinità elettive. Sto seguendo lo stesso criterio anche attualmente quando collaboro con gruppi che hanno finalità di reinserimento nella comunità.

Protezione sociale per malattia psichiatrica, rapporti con persone immigrate

Mi è capita più volte di parlare con immigrati "uditori di voci", soprattutto di origine africana, che mi confermano come il fatto di udire le voci nella loro cultura di origine non venga considerato come malattia. In genere non sono molto convinti di avere una malattia e di dover assumere dei farmaci. Spesso si tratta di persone ricoverate più volte d'obbligo in ospedale psichiatrico e per lungo tempo e costrette ad assumere medicinali anche a domicilio. All'uscita dall'ospedale vengono aiutate a trovare una sistemazione abitativa e, se non abili a lavorare, è loro garantito un sostegno economico adeguato. Appare chiaro che preferiscono vivere in Inghilterra, accettando il ruolo di malati, piuttosto che ritornare nel loro paese di origine dalla cui miseria sono fuggiti.

Entrato in particolare confidenza con un collega indiano mi diceva di essere d'accordo con le mie critiche sui servizi psichiatrici inglesi caratterizzati da eccessiva medicalizzazione e da eccessivo disinteresse per gli aspetti culturali delle persone immigrate con problemi di salute mentale. Aggiungeva però che, alla fine dei conti, la maggior parte degli immigrati preferisce adattarsi al sistema vigente e sono in pochi a ribellarsi o a proporre cambiamenti.

Suman Fernando emigrato decenni fa da Sri Lanka, consultant psychiatrist, accademico e scrittore, da tempo denuncia il razzismo istituzionale puntando il dito contro la psichiatria e la psicologia clinica <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-62728-1>

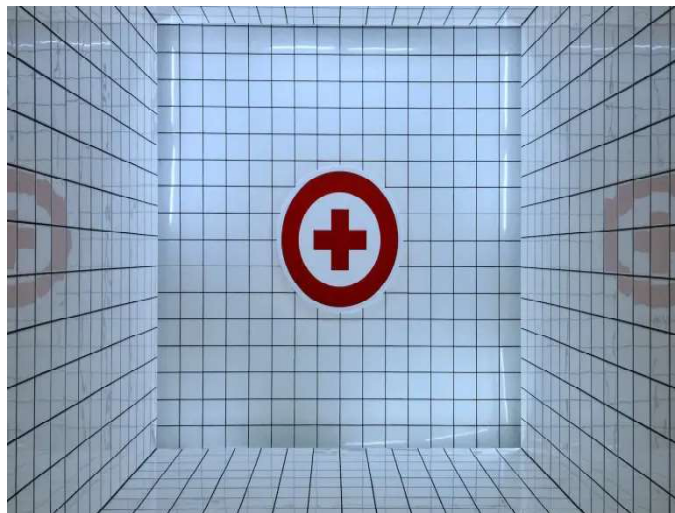
CONTINUA A PAG. 11

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DA PAG. 10

Sviluppo di aspetti psicosociali più o meno alternativi al modello di malattia

Mind. Come già accennato, fin dai primi anni 80 Mind (<https://www.mind.org.uk/>), una delle più antiche e note charity per la salute mentale in Inghilterra e nel Galles, mi aveva introdotto nel mondo delle associazioni e dei gruppi di auto aiuto, sia a livello nazionale che internazionale. Mind da lungo tempo ha rappresentato una voce alternativa rispetto ai servizi istituzionali che vedevano al centro il vecchio ospedale psichiatrico. Finanziata attraverso donazioni, charity shops e innumerevoli progetti di varia natura, consta di un coordinamento nazionale e di un centinaio di sedi locali. Le attività variano da strutture residenziali e semiresidenziali, a momenti psicosociali più diversi e a corsi di formazione. Il tutto spesso è cogestito con gli stessi utenti/ex-utenti. Questi ultimi fanno parte dell'organizzazione a tutti i livelli. Di particolare interesse l'impegno di Mind per la promozione di pratiche alternative come quelle rivolte agli uditori di voci e per la revisione dell'attuale legislazione in tema di salute mentale (ritenuta eccessivamente restrittiva). Su quest'ultimo aspetto merita menzionare una recente iniziativa congiunta insieme ad una importante organizzazione a difesa dei cittadini immigrati ROTA <https://www.mind.org.uk/news-campaigns/news/reform-of-the-mental-health-act-must-come-now-if-we-are-to-see-an-end-to-structural-racism-within-mental-health-services/>. Attualmente Mind sta collaborando con il servizio pubblico a un progetto nazionale di trasformazione dei servizi comunitari. Il fine è di colmare la distanza fra i servizi e i bisogni delle persone. I servizi si occupano prevalentemente di diagnosi e cura, mentre Mind si interessa di attività psicosociali, di supporto psicologico e di integrazione con la comunità.



Tale collaborazione fra servizi e associazionismo non sembra di facile attuazione. Non di rado infatti i servizi tendono a utilizzare le associazioni come momenti di scarico di situazioni complesse che invece necessiterebbero di una comprensione più ampia e di rapporti di collaborazione maggiormente alla pari. Questa la mia impressione, almeno sui servizi con i quali attualmente collaboro.

Tornando un attimo indietro agli anni 80, mi preme ricordare come tramite Mind furono stretti, fra l'altro, contatti con la Federazione Mondiale delle Associazioni di Salute Mentale (World Federation for Mental Health) che avrebbe dato vita alla sua Sezione Europea costituitasi in seguito come Mental Health Europe (mhe-sme.org). Insieme al MHE, all'Associazione Italiana per la Salute Mentale (AISMe) e ad associazioni di utenti come l'European Network of Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP), fu iniziato il progetto Esperienze Compartecipate e Sistemi Locali di Salute Mentale, come collaborazione alla pari fra servizi, associazioni e governi locali per un nuovo approccio alla Salute.

La Hearing Voices Network UK (<https://www.hearing-voices.org/about-us/>) conta oltre 180 gruppi di uditori di voci e pone il Regno Unito ai primi posti a livello internazionale per la diffusione del movimento degli uditori di voci ispirato da Marius Romme. Viene posto l'accento sul fatto che l'udire le voci è un modo di funzionare della mente in determinate circostanze e non necessariamente un fenomeno legato a disturbi psichiatrici. Gli uditori di voci sarebbero molto più numerosi di quanto comunemente si creda e la maggior parte di essi non manifesterebbe alcun disturbo psichiatrico. Diversi servizi già dagli anni 90 svilupparono al loro interno il metodo di Romme, ma in seguito, probabilmente per il prevalere dell'approccio biomedico, tale metodo è stato sviluppato soprattutto in ambito di associazioni. *Le persone con problemi mentali e che odono le voci richiederebbero però una collaborazione più stretta fra servizi, associazioni e la comunità.*

ISPS UK <https://www.ispsuk.org/about-isps-uk/> è la

CONTINUA A PAG. 12

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DA PAG. 11

rete UK della Società Internazionale per gli Approcci Psicologici e Sociali alla Psicosi che era stata costituita nella seconda metà del secolo scorso. Promuove la conoscenza dei diversi approcci psicologici alla psicosi (psicodinamici, cognitivo-comportamentali, artistici, familiari e olistici) anche per una migliore integrazione fra questi e i farmaci. Sono membri: professionisti, utenti e familiari. Recentemente Jaqui Dillon, esperta per esperienza e molto nota nel movimento internazionale degli uditori di voci, è stata eletta come presidente.

La Critical Psychiatry Network (-CPN- <http://www.criticalpsychiatry.co.uk/> <https://drive.google.com/file/d/1NEvKxC-gELLeMElifiveuflxkvWkgQQq/view>), una rete di soli psichiatri, si è costituita da oltre venti anni con lo scopo di contrastare, purtroppo per adesso senza grande successo, il tentativo del Parlamento inglese di introdurre i Community Treatment Orders (CTO), cioè la possibilità dell'ospedale psichiatrico di ricoverare con procedura abbreviata i pazienti che non assumano regolarmente le terapie prescritte e a rischio di recidiva. La CPN, che adesso conta circa 400 psichiatri, cerca di combattere l'eccessivo ricorso ai farmaci e ai trattamenti obbligatori. Nel primo caso innumerevoli sono gli studi che vengono effettuati e discussi come quello sulla riduzione o sospensione dei trattamenti con farmaci psicotropi (RADAR <https://www.ucl.ac.uk/psychiatry/research/epidemiology-and-applied-clinical-research-department/research-antipsychotic>). Per quanto riguarda l'eccesso di trattamenti obbligatori permane continua, sia la sollecitazione per un cambiamento della legge vigente, sia la promozione di interventi che tengano maggiormente conto delle relazioni e del contesto di vita delle persone.

La British Psychological Society nel 2018 ha pubblicato il manuale 'Power Threat Meaning



Framework' <https://www.bps.org.uk/member-networks/division-clinical-psychology/power-threat-meaning-framework> che si pone in alternativa ai modelli tradizionali che si fondano sulla diagnosi psichiatrica. Si tratta di una sfida proveniente da parte dal mondo accademico degli psicologi attraverso una proposta di cura delle persone al di là degli strumenti diagnostici. Al posto di "che cosa hai?" si chiede "cosa ti è successo?". *Chiaro il passaggio dal paradigma del guasto interno all'individuo a quello che invece si concentra sulle relazioni e sul contesto ambientale.*

Il National Institute for Care and Excellence (NICE) recentemente ha stabilito che nei casi lievi di ansia e di depressione (che sono i più diffusi), in sede di cure primarie si debba ricorrere prima a interventi psicologici e, solo in seconda battuta, agli antidepressivi. Questo indubbiamente è un messaggio importante che mette in guardia rispetto all'eccessivo e precoce ricorso ai farmaci.

Purtroppo tali interventi psicologici sono di breve durata, individuali e orientati più che altro al superamento del sintomo, mentre le relazioni e il contesto sono presi poco in considerazione. Per questo motivo tali interventi, anziché essere preventivi, paradossalmente rischiano di essere propedeutici ad un percorso di medicalizzazione sia da parte del medico di famiglia che, successivamente, dei servizi specialistici. <https://www.toscanamedica.org/wp-content/uploads/2023/02/tm0319.pdf> pag 28

Approcci Relazionali. Negli ultimi anni si sono sviluppati movimenti che puntano sulle relazioni piuttosto che sull'individuo come il coordinamento del Compassionate and Relational Mental Health Services che si ispira alle tecniche del Dialogo Aperto di origine finlandese che, a sua volta, si ispira all'terapia sistemica di origine USA. Il fine è quello di apportare cambiamenti fondamentali nel modo in cui i servizi di salute mentale sono organizzati e alla formazione degli stessi operatori. <https://www.amazon.co.uk/Dialogical-Psychiatry-Handbook-Teaching-Practice/dp/1647136725> <https://www.kmpt.nhs.uk/information-and-advice/open-dialogue/>

CONTINUA A PAG. 13

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DAPAG. 12

Anche questo un segnale importante per un necessario cambiamento che per il momento sembra ancora difficile da raggiungere.

Il programma Community Mental Health Transformation. Si tratta di un programma per il potenziamento dei servizi di salute mentale di comunità, il più possibile prossimi all'abitazione dei pazienti e rivolto agli adulti con gravi problemi di salute mentale. Si propongono nuovi modelli di cure primarie e di comunità includendo l'accesso a terapie psicologiche, fisiche, uso dei medicinali, supporto all'impiego, etc. <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/cmhs/>

Sicuramente si tratta di un grosso sforzo anche di tipo economico. Da quanto mi è dato vedere fino ad ora, dubito che tutto ciò arrechi un reale cambiamento se si continua a rimanere troppo ancorati all'interno del paradigma clinico, di cui i nuovi interventi vengono considerati come una mera estensione. Ritengo invece che il sistema vada rifondato radicalmente secondo un orientamento totalmente diverso. Il momento clinico non dovrebbe vedere come proprio epicentro l'ospedale psichiatrico e, d'altra parte, gli aspetti sociali non dovrebbero essere così dipendenti da quelli clinici.

La Tavistock Clinic continua ad essere un riferimento importante per diversi tipi di approccio psicoterapeutico. Alcuni operatori dei servizi, specialmente quelli più anziani, hanno una formazione psicodinamico-psicoanalitica e ciò consente di tener conto degli aspetti soggettivi delle persone. Nonostante la fama di cui gode da tempo questa storica struttura, non è tuttavia esente da fatti clamorosi di cui la cronaca si è impossessata anche di recente. L'aver focalizzato eccessivamente l'attenzione sui fattori individuali senza aver sufficientemente considerato gli aspetti di



relazione avrebbe prodotto conseguenze dannose su alcuni giovani pazienti. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-11741849/More-1-000-children-given-puberty-blockers-controversial-Tavistock-gender-clinic.html>

Considerazioni conclusive

Secondo quanto ho sperimentato direttamente in questi ultimi anni, i servizi pubblici di salute mentale in Inghilterra si caratterizzano, da una parte dall'essere eccessivamente usati come strumento di controllo sociale e, dall'altra, dall'essere troppo appiattiti sul modello di malattia senza considerare a sufficienza gli aspetti psicosociali.

Forse è mancato un momento di radicale cambiamento come avvenuto in Italia dove è stato possibile varare una legge 180 con la conseguente chiusura dell'ospedale psichiatrico; cosa che ha consentito di ripensare alla psichiatria in maniera profonda. Forse è mancata una riflessione culturale allargata sulla opportunità di rivedere concetti fondamentali e, su tutti, il vecchio e binomio cura-controllo difficile da sciogliere.

In Inghilterra, come in molti altri paesi, l'ospedale psichiatrico continua a costituire, sia per gli operatori che per il pubblico generale, il punto di riferimento principale per i casi più complessi: la sua esistenza ne giustifica l'uso così come la persistenza di una cultura inevitabilmente ospedalocentrica. Credo che l'ospedale psichiatrico rappresenti il nodo gordiano della salute mentale che la costringe a permanere in un'area grigia della società dove le regole civili vengono ignorate lasciando spazio a momenti di violenza e sopraffazione camuffati come interventi curativi. Considerando l'evoluzione della salute mentale, sia in Italia che in altri paesi, sono sempre più convinto che l'unico modo per sciogliere tale nodo sia proprio quello di eliminare l'ospedale psichiatrico. Si eliminerebbero tante pratiche di dubbia utilità che spesso violano i diritti fondamentali delle persone.

La chiusura dell'ospedale psichiatrico in Italia era stata concepita come un passo importante verso un processo di deistituzionalizzazione che, iniziando dall'ospedale,

CONTINUA A PAG. 14

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DA PAG. 13

doveva coinvolgere tutta la società nel suo insieme. Le esperienze di comunità terapeutica inglesi degli anni 60 e 70 avevano dimostrato come, democratizzando i rapporti fra operatori e pazienti e superando modalità gerarchizzate autoritario-paternalistiche, fosse possibile trasformare alcuni reparti del vecchio ospedale psichiatrico in comunità con effetti benefici per tutti i soggetti coinvolti. Il tutto però funzionava solo in alcuni reparti dell'ospedale o in alcune comunità terapeutiche extra-ospedaliere con adeguato supporto e, comunque, fino a quando non si mettevano troppo in discussione i rapporti con il mondo esterno. Appariva chiaro come si dovesse allora procedere ad un cambiamento generale della società affinché si potessero accettare e diffondere nuovi rapporti tra operatori, utenti e cittadini. Era importante sviluppare una cultura che non rendesse più necessaria l'esistenza di momenti separati e di strutture coercitive come l'ospedale psichiatrico <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25114145/>.

Molte cose si potrebbero fare in Inghilterra con il 10% della spesa sanitaria e senza l'onere e le complicazioni dell'ospedale psichiatrico. Una salute mentale prevalentemente orientata verso la comunità e non verso prospettive clinico-reclusive, risponderebbe molto meglio ai bisogni delle persone e produrrebbe momenti clinici più appropriati. Si moltiplicherebbe tutta una serie di iniziative volte a comprendere gli aspetti individuali (biologici e psicologici), relazionali e comunitari e si svilupperebbero salutari percorsi di deinstitutionalizzazione, intesa quest'ultima come permanente rinnovamento della società in conformità con le sempre nuove esigenze.

Dovrebbero essere sviluppate strutture residenziali e diurne sul territorio co-gestite tra i servizi e le più diverse organizzazioni territoriali e non solo quelle che si occupano di salute mentale. Per co-gestione si dovrebbe intendere una collaborazione realmente alla

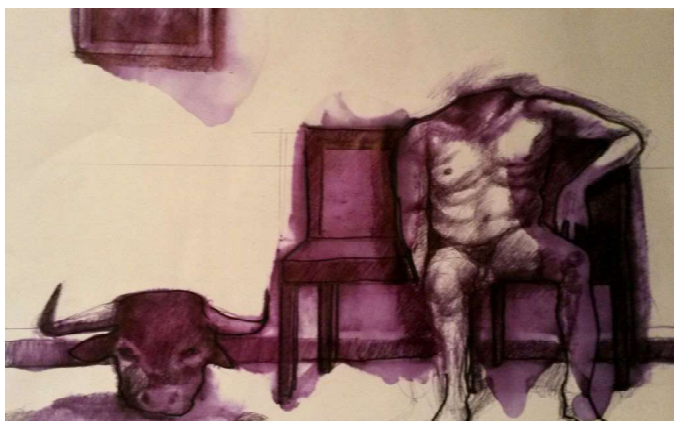


pari fra i diversi interlocutori (operatori, utenti, familiari e membri della comunità locale) dove non vi sia la differenziazione fra “noi” e “loro” tipica dei rapporti istituzionali, ma ci si percepisca tutti come cittadini compartecipi dello sviluppo della propria comunità.

I servizi di Liaison Psychiatry esistenti presso gli ospedali generali inglesi potrebbero essere ampliati e garantendo il supporto ospedaliero quando se ne intraveda la necessità, per tempi limitati e secondo modalità “civili”.

La scienze dei numeri e le applicazioni tecnologiche sono sicuramente importanti anche nel settore della salute mentale, ma vanno tenuti in considerazione molti altri saperi e soprattutto i saperi che provengono dall'esperienza diretta. Occorre stare attenti ad eccessivi riduzionismi perché non esistono verità assolute. Se attraverso le scienze esatte, come attualmente si dice, conosciamo solo il 5% della realtà e se, con il linguaggio verbale più o meno mediato da strumenti tecnologici, comunichiamo solo il 25% di ciò che vorremmo dire, è chiaro che la maggior parte della comunicazione può avvenire attraverso canali non verbali e non razionali dei quali è estremamente importante tener conto.

Il servizio di salute mentale dovrebbe, da una parte essere aggiornato continuamente (anche in maniera critica) sugli aspetti scientifici e tecnologici del settore e, dall'altra, dovrebbe imparare e sviluppare i linguaggi autoctoni delle comunità in cui opera, linguaggi che tanta parte hanno nel determinare la salute mentale individuale e collettiva.



CONTINUA A PAG. 15

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DAPAG.14

Il servizio dovrebbe costruire e cogestire con la comunità un'area intermedia fra il servizio stesso e la comunità fuori dal setting clinico, in modo che i partecipanti si possano incontrare, alla pari e al di là dei propri ruoli, alla ricerca di un senso comune condiviso per quelle situazioni a cui è difficile dare una risposta. <https://www.criticalpsychiatry.co.uk/news/developments-of-the-shared-experiences-and-local-mental-health-systems-project-prior-to-and-during-the-covid-19-pandemic/>

La legge inglese andrebbe totalmente cambiata nei concetti base che la sostengono e quindi orientata verso la cura e la promozione dello sviluppo di comunità <https://www.dors.it/public/ar54/Prog%20partecipata.pdf>

<https://www.comune.modena.it/ppls/allegati/Progetti/Manta/Allegati/dissertazione%20finale%20Sassone%20Francesca.pdf>

https://en.wikipedia.org/wiki/Community_development

In ambito di salute mentale la sicurezza non dovrebbe essere affrontata in maniera speciale, ma secondo le stesse modalità in uso nella società civile. La polizia non dovrebbe avere alcuna mansione particolare e gli operatori della salute mentale non dovrebbero avere funzioni di controllo, al di là di quelle che competono a qualsiasi altro operatore sanitario e sociale. Andrebbero creati rapporti più stretti con i medici di famiglia, con quelli dell'ospedale generale e con il servizio sociale. Quest'ultimo dovrebbe operare nelle sedi ordinarie di ogni singola comunità e non nel centro di salute mentale: ciò consentirebbe di approcciarsi alle persone con problemi mentali nello stesso modo con cui si trattano persone con altri problemi sociosanitari.

Andrebbe rivisto il ruolo del servizio sociale anche nella gestione degli interventi obbligatori, sia in



relazione con i team curanti che con gli psichiatri indipendenti. Questi ultimi probabilmente dovrebbero essere ridotti se non eliminati perché, secondo quanto prima detto, deresponsabilizzano il team curante rispetto a operazioni estremamente delicate che non possono essere risolte in via impersonale e burocratica.

Purtroppo si tende ad affidarsi acriticamente alle diagnosi come verità oggettivamente comprovate e indiscutibili e, nel caso di situazioni più complesse, si ricorre semplicemente all'abbinamento di più quadri diagnostici (co-morbidità). In tal modo si ritiene possano essere coperti i vari bisogni dell'individuo. Ma le persone sono qualcosa di molto diverso dalla aggregazione di elementi artificialmente costruiti attraverso elaborazioni matematiche per quanto avanzate. Non si possono assolutamente ignorare gli aspetti soggettivi e intersoggettivi, che tanta parte hanno invece nella vita reale delle persone, solo perché non coerenti con i dati generati dagli strumenti tecnologici. Si dimentica che siamo noi stessi a creare i tali strumenti e a informarne il funzionamento. Vecchie diagnosi come quella di schizofrenia rispondevano ai criteri scientifici dei tempi in cui furono proposte. Alla parte clinico-descrittiva dello psichiatra veniva associata qualche prova di laboratorio biologica e psicologica. Oggi il numero dei quadri diagnostici è fortemente aumentato e sono a disposizione nuovi test biologici e psicologici. Le nuove tecnologie forniscono immagini morfofunzionali del cervello davvero suggestive, ma la correlazione fra le descrizioni cliniche e i dati di laboratorio rimane alquanto incerta, ora come allora. Alcune delle moderne diagnosi, come l'ADHD, sono fortemente sponsorizzate dagli stessi utenti, ma dietro di esse si intravedono elementi diversi e poco chiari: probabilmente sono percepite come diagnosi meno stigmatizzanti e che possono dare accesso a benefici di vario tipo e alla prescrizione di sostanze che normalmente sarebbero vietate.

Già influssi legati alle politiche neoliberiste, alle nuove categorie diagnostiche, alle nuove tecnologie e al crescente coinvolgimento dell'industria farmaceutica, stanno omologando da alcuni decenni i paesi

CONTINUA A PAG. 16

Salute mentale. Esperienze in Italia e in Inghilterra, ha ancora un senso parlare di legge 180?

CONTINUA DA PAG. 15

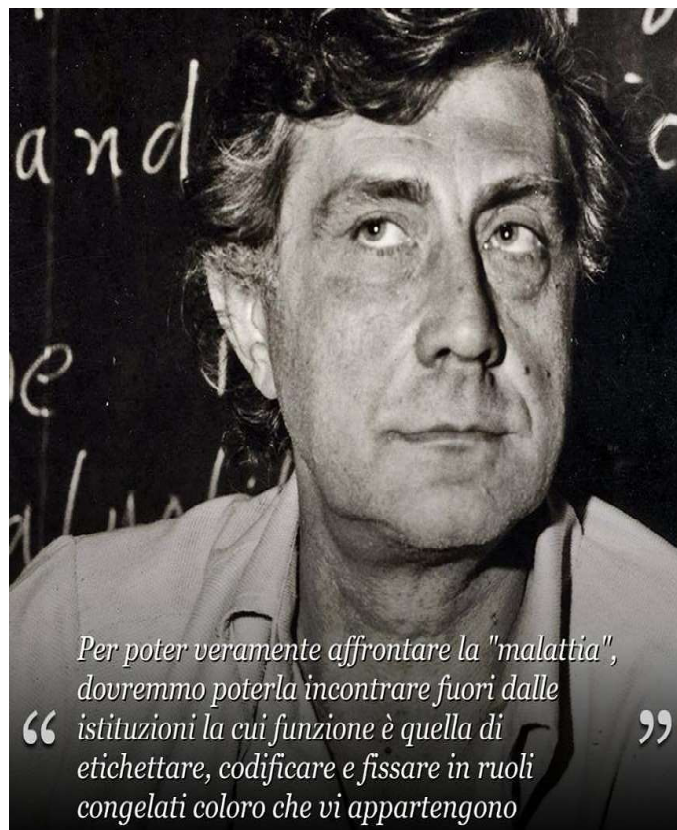
più diversi (Italia inclusa) secondo una concezione della salute mentale imperniata soprattutto sugli aspetti biologici e/o psicologici individuali, mentre si trascurano gli aspetti relazionali e sociali. In molti casi sembrerebbe invece più opportuno procedere in direzione totalmente inversa: si dovrebbe iniziare dagli aspetti relazionali e sociali e, in secondo luogo, considerare le possibili ripercussioni a livello psicologico e biologico individuale. Una prospettiva bidirezionale, o meglio ancora multidirezionale, consentirebbe un approccio meno rigido ai problemi della salute mentale che per loro natura sono estremamente variegati e di complessa inquadratura.

L'aziendalizzazione e il primato dell'economia anche nel settore sanitario richiedono l'uso di indicatori obiettivi che spesso da soli non rispondono agli effettivi bisogni delle persone, in particolare per quelle che presentano problemi mentali. Inoltre la programmazione dei servizi di salute mentale sulla base delle diagnosi, senza tener nel dovuto conto di altri elementi importanti, sia intra che extra-psichici, rischia di fuorviare risorse, anziché ottimizzarle. Attraverso le diagnosi soltanto, non si riescono a capire in modo soddisfacente i bisogni delle persone e quindi si rischia di dare risposte inappropriate.

In Inghilterra la presenza di voci critiche rispetto all'attuale organizzazione dei servizi, come quelle che ho sopra citato, è importante anche se per adesso rimangono decisamente minoritarie. Approcci alternativi orientati sulla relazione e sul contesto non andrebbero trascurati, né tantomeno snaturati e e rielaborati in modo manipolatorio per rinforzare ulteriormente il sistema dominante fondato prevalentemente sul concetto di malattia individuale.

Tutte le persone coinvolte nella salute mentale, operatori inclusi, dovrebbero avere maggiore conoscenze politiche, almeno delle politiche relative alla comunità in cui vivono e/o operano, e partecipare democraticamente allo sviluppo della propria comunità.

Più che mai sono convinto del grande valore, anche attuale, degli insegnamenti della legge 180 che riporta la sofferenza mentale e la diversità nel territorio di appartenenza cercando di capire le persone prima di ricorrere all'uso di artifici tecnologici di dubbia utilità, se non addirittura nocivi. E' necessario creare le condizioni per una comprensione allargata delle persone con problemi mentali che si dimostrerà molto utile, sia per queste stesse persone che per il contesto di cui fanno parte, servizi inclusi.



“ Per poter veramente affrontare la "malattia", dovremmo poterla incontrare fuori dalle istituzioni la cui funzione è quella di etichettare, codificare e fissare in ruoli congelati coloro che vi appartengono ”

Un ritrovato rapporto con la comunità di appartenenza potrebbe consentire, grazie alla riscoperta del valore del senso comune condiviso come mezzo per interpretare cosa ci sta accadendo, di non affidarsi unicamente alle tecnologie quasi fossero strumenti magici. Si eviterebbe anche il rischio di isolarsi sempre più in mondi virtuali e di sviluppare una forma di autismo diffuso che ignora la relazione e l'esperienza di chi ci è accanto. Il servizio di salute mentale andrebbe pensato non solo come strumento di cura rivolto al singolo individuo, ma anche come uno degli strumenti importanti per il mantenimento e/o la ricostruzione delle comunità locali. Queste purtroppo al giorno d'oggi stanno sempre più perdendo la loro identità in quanto sopraffatte dalla intrusione indiscriminata di messaggi mediatici esterni; questo rende difficile la realizzazione di percorsi sufficientemente autonomi.

C'è da augurarsi che una sinergia fra esperienze di diversi paesi, che hanno il comune obiettivo di sviluppare una salute mentale orientata sulle relazioni interpersonali e sul contesto di vita, possa essere utile per cambiare la nostra cultura occidentale attualmente troppo polarizzata sull'individuo e troppo poco sulla collettività.

Pino Pini
Psichiatra

