

**IMOLA, 10 Ottobre 2022**

***Bibliografia per operatori della salute***

***Benedetto Saraceno***

*Se il vestito del degente è troppo corto non bisogna allungarlo, basta accorciare il degente, ci diceva il pittore e grafico Ugo Guarino ai tempi delle prime grandi lotte basagliane per i diritti dei degenti psichiatrici.*

*La domanda dunque è se domande nuove, incomprensibili, periferiche ai campi disciplinari noti debbano essere adattate alle risposte note oppure debbano sfidare e costruire nuove epistemologie. Ossia ciò che non c'è ancora (la clinica della precarietà e delle nuove vulnerabilità) deve essere affrontato con ciò che non c'è più (la clinica biopsicomeditica) oppure il bias vada forzato e la clinica della precarietà si debba costruire a partire dalla precarietà della clinica? Infatti solo in tale modo le nuove domande invece che incontrare vecchie risposte riusciranno a mantenere il loro straordinario potere euristico trasformativo.*

I.

La Psichiatria è più malata di quanto essa voglia credere e fare credere. Essa si trova in uno stato di grande povertà, epistemologica e morale. Come bene sintetizza Angelo Barbato in un breve e magistrale articolo (Barbato, 2010): «La sola definizione clinica, cioè, non è sufficiente a spiegare la malattia e tanto meno la «disabilità, il cui sviluppo richiede l'ingresso in gioco di altri fattori contestuali o soggettivi...L'importanza dei fattori soggettivi fa emergere prepotentemente il ruolo degli utenti e del loro sapere, alimentando le richieste che da essi vengono di mettere in questione le modalità e l'uso del procedimento diagnostico».

A misura in cui il modello biomedico della psichiatria ha dovuto, negli ultimi cinquanta anni, confrontarsi con modelli epistemologici diversi, con ipotesi

eziologiche diverse, con spinte culturali extra-mediche, con istanze sociali, morali e con mutamenti politici, essa, invece che porsi in uno stato di crisi e di auto-interrogazione (in quello stato epocale in cui Basaglia l'aveva salutarmente costretta) si è limitata ad *aggiungere*. Aggiungere ha significato includere semplicemente nuove competenze, senza peraltro interrogarsi sulla inevitabile trasformazione epistemologica e metodologica che ogni inclusione comportava.

Possiamo cogliere pienamente la fragilità del modello psico-biomedico della psichiatria analizzando le conseguenze della sua "assenza". Ossia:

- a) La assenza o significativa insufficienza di trattamenti psico-biomedici per i disturbi mentali (fenomeno comunemente osservato in paesi a basso o medio reddito) non sembra avere un impatto significativo sulla prevalenza dei disturbi (sostanzialmente simile in qualsiasi contesto).
- b) La inadeguatezza dei trattamenti psico-biomedici per i disturbi mentali non ha tanto un impatto significativo sugli esiti clinici quanto sui possibili effetti collaterali dei farmaci qualora utilizzati in dosaggi superiori a quelli raccomandati o per periodi eccessivamente prolungati.
- c) La assenza o inadeguatezza dei trattamenti psico-biomedici può certamente avere un impatto significativo sui diritti dei pazienti (ad esempio, catene o costrizioni fisiche invece che farmaci) ma non tanto sugli esiti clinici diretti.
- d) Se nel caso di malattie somatiche la assenza di trattamenti allopatrici somatici (farmaci, chirurgia, radioterapia), vicariata da interventi eterogenei non *basati sulle evidenze*, ha effetti tangibili e misurabili sugli esiti che sono decisamente sfavorevoli. Tale impatto negativo della assenza di trattamenti psico-biomedici (vicariati da altri trattamenti) non sembra avere lo stesso impatto misurabile sugli esiti clinici per quanto riguarda le malattie mentali e i loro trattamenti.

La Psichiatria è dunque una disciplina il cui costrutto epistemologico è fragilissimo e la cui dimensione morale rimane opaca e ambigua (Saraceno, 2017). Ma questa crisi della psichiatria non modifica ciò che per inerzia culturale la psichiatria continua a trasmettere e proporre alla società civile, alle comunità e alle istituzioni in cui opera e, infine agli uomini e alle donne di cui si occupa.

Potremmo dire che uno dei nodi del malinteso continuo fra la psichiatria come disciplina e i processi di trasformazione e innovazione della assistenza psichiatrica è rappresentato dal binomio trattamento/servizio. Di questo binomio fondamentale gli psichiatri sembrano più interessati ad una sua sola componente ossia al trattamento. Il trattamento fonda la identità culturale e giuridica del medico ed è più che comprensibile che esso costituisca il terreno di cultura degli investimenti, delle speranze, delle curiosità, delle ambizioni degli psichiatri. Fin qui nulla di strano. Ma ogni trattamento non si realizza in un vacuum bensì all'interno di contesti via via progressivamente più complessi: il setting dell'incontro psichiatra paziente, il servizio all'interno del quale il setting si colloca, la struttura organizzativa e istituzionale, la comunità, la città, la comunità nazionale. Ognuno di questi contesti ha una influenza su ogni singolo trattamento, dapprima diretta e poi (dal piccolo verso il grande) sempre più indiretta.

Ma, ahimè, gli psichiatri non sanno o non vogliono sapere che:

- l'impatto del contesto sul trattamento costituisce un determinante decisivo: in psichiatria il contesto è *il trattamento* o comunque ne è parte sostanziale.

- il contesto, dunque, non è una variabile amministrativa e burocratica all'interno della quale si compie il *gesto medico* ossia il trattamento, ma ne è la sua componente essenziale. Dunque, il contesto ossia la organizzazione del servizio, i suoi *dove* e i suoi *come*, non possono essere concepiti, programmati, sviluppati come semplici ingegnerie istituzionali disegnate semplicemente alla misura delle esigenze dei *providers*.

Possiamo dunque dire che la Psichiatria fatica a capire alcune questioni fondamentali e tale incomprendimento (o resistenza) implica il rischio di pratiche deleterie.

Innanzitutto, troppi psichiatri non credono nella e non praticano la indispensabile promozione della salute mentale **nella e della** comunità anche se si affaccendano in molte attività all'insegna della parola Comunità. Troppo spesso, malgrado la rituale evocazione della "comunità" e del "territorio", la psichiatria non sa o non vuole fare ciò che dovrebbe essere fatto: la gestione della crisi senza ricorrere al ricovero, le visite domiciliari, il sostegno sistematico

alle famiglie, la messa in opera di housing protetto, la realizzazione di impresa sociale, la integrazione con gli altri servizi di salute e welfare presenti sul territorio, la collaborazione con la medicina di base, il governo dal territorio delle attività psichiatriche in ospedale generale.

La comunità non è un “indirizzo” nel territorio ma il luogo ove è possibile costruire comunità accoglienti, comunità che comprendano che i diritti non sono un optional ma

Non è così: consumo nocivo di alcol, suicidio e disturbi dello sviluppo infantile, sono condizioni ragionevolmente prevenibili. Ma poco se ne parla, poco si studia e nulla si fa: basti pensare alla scarsa diffusione delle “Brief Interventions” per soggetti a rischio di uso di alcool (Babor & Higgins, 2001) e allo scarso utilizzo di registri dei tentati suicidi e di programmi di follow up sistematico. Assai poco si fa per le patologie infantili, ossia non si offrono in forma sistematica e capillari adeguati interventi per i Bambini e le Madri: *visiting, parenting, life skills* (Levav & Saraceno, 2014). Analogamente, troppo poco si fa per le problematiche degli adolescenti, ossia non si offrono adeguati interventi per Adolescenti e Scuola: *refusing skills, information, peer learning*.

Perché tutto questo diventi reale è necessario ri-orientare radicalmente i servizi territoriali e dare loro un ruolo predominante e prevalente sul servizio ospedaliero. Dunque, si tratta di aprire un dibattito vasto e approfondito su grandi questioni tanto vecchie quanto irrisolte:

- Cosa dovrebbe fare la Medicina di Base? Da niente (come in Italia) a tutto come nel delirio onnipotente della OMS?
- Il ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura deve essere ancillare al lavoro del CSM e non può essere una repubblica autonoma: non esiste un modello di *balanced care* con buona pace di Graham Thornicroft poiché letti e comunità sono e devono essere componenti dello stesso servizio di secondo livello
- Il Centro di Salute Mentale deve lavorare a tutto campo in termini di orari e di risposte: Agostino Pirella diceva che “è di competenza chiunque arrivi”. Forse era una visione ottimistica rispetto alla capacità dei servizi ma oggi avviene il contrario in cui domina la volontà di limitare al massimo le competenze del servizio.

- La lunga assistenza non è un mondo a parte neo-manicomiale ma una attività del Centri Psicosociali Territoriali: va rimessa in questione la inflazione della Residenzialità nelle sue forme sempre più neo-istituzionali.
- La cultura dell'Intrattenimento (Saraceno, 1995) prospera e si sviluppa negando agli utenti ogni possibilità di emancipazione: riabilitare non è intrattenere ma aumentare la contrattualità sociale.

Infine, il grande tema della ignoranza a proposito di diritti ed emancipazione e la sistematica inapplicazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (UN,2006).L'associazionismo di famigliari, di utenti, della società civile è un potente emancipatore.

A proposito di Diritti, va notato che la comunità psichiatrica nazionale e internazionale ha sostanzialmente ignorato gli allarmi lanciati dalle Nazioni Unite a proposito della sistematica violazione dei diritti delle persone che utilizzano servizi psichiatrici. Non si è aperto un dibattito a proposito dei due rapporti di due differenti e successivi Special Rapporteurs (UN, 2013 e UN, 2016). Il primo rapporto evocava senza ambiguità l'argomento caro a molti psichiatri ossia quello della *medical necessity* quando si utilizzino mezzi coercitivi o trattamenti imposti: "*notwithstanding claims of good intentions by medical professionals*" (ossia malgrado qualunque rivendicazione di buone intenzioni da parte dei medici) i trattamenti psichiatrici imposti coattivamente a persone con disabilità psicosociali sono da considerarsi come trattamenti discriminatori. E successivamente affermava che « è essenziale che tutte le misure coercitive e non consensuali, includendo la contenzione e l'isolamento, di persone con disabilità psicologiche o intellettuali, siano assolutamente bandite da tutti i luoghi ove occorra una deprivazione della libertà includendo le istituzioni psichiatriche e assistenziali".

E la CDPD suggella tutto questo come strumento giuridico formale ratificato dal Parlamento Italiano ma ignorato dalla psichiatria.

II.

Si parla molto di lezioni apprese dalla pandemia del Covid 19. Tutti sperano, ritengono, affermano che la devastazione generata dalla pandemia: morte, malattia, confinamento, isolamento, perdita del lavoro, crisi economica e produttiva, trasformazione dei modi di produzione, siano state e continuino ad essere esperienze non solo per loro natura negative per i singoli e per le comunità ma anche possano anche essere fonti di apprendimento e quindi di possibili miglioramenti.

Tali domande sono state e continuano ad essere poste anche agli operatori della psichiatria. Innanzitutto, si assiste alla consueta e inevitabile medicalizzazione e psichiatrizzazione della sofferenza che accompagna le conseguenze della pandemia: se il confinamento abbia aumentato la conflittualità domestica, se la violenza sulle donne sia aumentata, se gli adolescenti deprivati di socialità abbiano avuto conseguenze significative sulla loro affettività e sulle loro capacità cognitive. E' probabile che in buona parte queste esperienze negative siano state risposte fisiologiche allo stress e alle costrizioni ma forse, non lo sappiamo ancora né con certezza né con dati affidabili, esse abbiano determinato un aumento dei disturbi mentali. Tuttavia, la riflessione che andrebbe sviluppata è quella sulle conseguenze della pandemia sul modo di lavorare degli operatori della psichiatria, una disciplina che utilizza la relazione personale come strumento di lavoro (o, almeno, dovrebbe). Quali sono, dunque, i temi su cui gli operatori della psichiatria potrebbero e dovrebbero riflettere dopo quasi due anni dall'inizio della pandemia?

### Quattro Quasi Novità

Vecchie questioni sono tornate in primo piano quasi fossero novità, trascinate dalla pandemia che ha funzionato come un loro potente evidenziatore.

La prima vecchia novità ha a che fare con la ri-scoperta dei Determinanti Sociali e dovremmo rileggere o, probabilmente per i più si tratterà di leggere, il fondamentale documento conclusivo della Commissione sui Determinanti

Sociali e la Salute (World Health Organization, 2008). I determinanti sociali della salute sono tutti quegli elementi ambientali che circondano ogni individuo ossia le condizioni in cui ogni individuo nasce, cresce, vive, lavora e invecchia. Non sono soltanto la genetica e la biologia che caratterizzano i singoli individui a farli ammalare o a farli stare bene ma anche condizioni esterne quali la condizione economica, il ruolo e la posizione sociale, il grado di educazione scolastica. Questi sono tutti fattori che possono significativamente modificare la salute. La speranza di vita può aumentare o diminuire non soltanto per le caratteristiche genetiche o biologiche degli individui ma anche a causa della loro condizione sociale e economica.

La seconda vecchia novità ci dice che non si può fare a meno della medicina di prossimità. Prossimità umana fra curante e curato e prossimità delle forme organizzative della medicina.

Dunque, abbiamo scoperto (se ve ne fosse ancora bisogno) che sono necessari, da un lato una medicina molto più centrata sulla persona e, dall'altro, una organizzazione della medicina molto più prossima alle persone.

Con l'espressione medicina centrata sulla persona (MCP) si definisce un approccio all'offerta di prestazioni sanitarie che si caratterizza per la messa al centro dell'utente come decisore e protagonista attivo del processo sanitario. Così come la messa al centro della comunità muta il tradizionale modello ospedalocentrico (con tutte le importanti implicazioni in termini di risorse), così anche la messa al centro del sistema di prestazioni dell'intervento sanitario dell'utente invece che del prestatore di servizio (il medico e il personale sanitario) modifica radicalmente la prospettiva e determina importanti conseguenze. In sostanza alla tradizionale responsabilità che tradizionalmente la medicina assume *per* il paziente si sostituisce una responsabilità *verso* il paziente e, dunque, mentre nel modello tradizionale gli obiettivi e il contenuto dell'intervento sono stabiliti dal *provider* (ossia dal personale sanitario) e l'utente rimane un passivo recettore, nel modello della MCP gli obiettivi dell'intervento sono definiti dall'utente e il contenuto dell'intervento risulta da una negoziazione fra il provider e l'utente che diviene così un attivo decisore.

La medicina centrata sulla persona richiede tuttavia importanti trasformazioni a differenti livelli del sistema sanitario: il livello degli utenti, delle loro famiglie e

delle comunità in generale, il livello del personale sanitario, il livello della organizzazione dei servizi e infine il livello sistemico delle politiche sanitarie.

Per operare il cambiamento al *livello della organizzazione dei servizi* è indispensabile la coordinazione del personale sanitario di diversi servizi e di questi con i servizi sociali. L'obiettivo fondamentale è quello di un sistema di servizi disegnato per i bisogni dell'utente e non di quelli del provider. Questa semplice affermazione se presa seriamente ha conseguenze significative sulla organizzazione dei servizi come, ad esempio, i loro orari di funzionamento e la possibilità di accesso ai servizi in ore compatibili con l'orario di lavoro di utenti e famigliari. La ubicazione geografica dei servizi, la organizzazione degli appuntamenti e delle liste di attesa, la permeabilità e il coordinamento fra servizi sanitari e servizi sociali e fra comunità e servizi, la trasparenza della comunicazione che deve essere accessibile, chiara, solidale, accogliente sono tutti elementi che assumono una importanza centrale nel servizio territoriale centrato sulla persona.

Ecco che, allora diviene urgente chiarire che cosa sia (o cosa dovrebbe essere) la cosiddetta Medicina di Base ossia la Primary Health Care (PHC). Essa non è un medico di famiglia con il proprio ambulatorio ma un sistema ben più articolato e multidisciplinare di medicina di prossimità.

Perché tutto questo si realizzi è necessario un quadro organizzativo certo e che in Italia esiste fino dai tempi della riforma della ministra Rosy Bindi (Decreto Legislativo 299/99) ma che viene sistematicamente disatteso. Tale decreto afferma che:

Le regioni disciplinano l'organizzazione del Distretto in modo da garantire:

- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da



specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Ancora una volta, e grazie a questa vecchia novità che ci dice che non si può fare a meno della medicina di prossimità, scopriamo o riscopriamo come il personale, l'umano, il relazionale per potere esistere nella costruzione collettiva della salute come diritto fondamentale hanno bisogno di contenitori politici, amministrativi e organizzativi. Ancora una volta scopriamo o riscopriamo che il personale è politico e viceversa (non era così che si diceva molto molti anni fa?).

La terza vecchia novità è quella che ci fa rivalutare la affermazione secondo cui le persone devono abitare e non risiedere. La inflazione della residenzialità estesa a ogni tipo di fragilità e vulnerabilità, dagli anziani ai disabili intellettuali, dai pazienti della psichiatria ai soggetti non autosufficienti, a residenzialità come perversione, è divenuta una forma perversa e pervasiva di neo-istituzionalismo. Ma, come titola uno straordinario saggio di Franco Rotelli del 1992, “dietro le mura nascono i mostri (Rotelli, 2021) :”...il matto deve stare finalmente dentro i luoghi del commercio umano, dello scambio, deve stare dentro la normale ricchezza o volgarità, violenza o armonia, cultura o incultura o barbarie della città, degli spazi, dei fisici contenitori a tutti dati, a ciascuno assegnati” . E se tutto questo è vero per il “matto” è certamente ancor più vero per il “vecchio”, per il disabile e per qualunque donna, uomo o infante che non riesca a stare dentro la regola dominante ma che cionondimeno abbia diritto a farne parte. “Più case meno serenase” era lo splendido slogan di Psichiatria Democratica ai suoi entusiasmanti inizi. Dunque, più casa, più abitare e meno istituzione, meno residenza. La scorciatoia sempre più attuale e sempre più praticata è quella di denominare residenza tutti quei luoghi ove si celebra lo scacco di una medicina e di un welfare di prossimità, ove i luoghi della vita quotidiana dei vecchi, dei disabili, dei matti, dei tossicodipendenti vengono trasformati in spazi della morte quotidiana, creando spazi per lo scarto ove nascondere le nude vite degli scarti della implacabile ragione neoliberale dominante.

La quarta e ultima vecchia novità che la brutalità normativa della pandemia ci ha ricordato è quella dei diritti indeboliti di tutti i soggetti indeboliti dalla vita:

per la malattia, per la povertà, per la esclusione, per la espulsione dal mondo della scola e da quello del lavoro. Come se fosse “naturale” che alla debolezza delle persone si risponda con l’indebolimento dei loro diritti. E la psichiatria ma anche la medicina in generale è spesso maestra nel produrre tale indebolimento dei diritti dei propri utenti indeboliti dalle circostanze della vita. Ecco allora la domanda obbligata: quale è il potere reale delle persone quando esse incontrano la medicina? E la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità continua ad essere ignorata, negata, irrisa.

Queste quattro “vecchie novità” le abbiamo riscoperte in questi due anni di crisi del sistema sanitario e di collasso di molti servizi di salute mentale. Ma sono convinto che abbiamo potuto, forse, fare anche qualche scoperta o, diciamo, qualche “quasi scoperta”.

### Qualche Quasi Scoperta

La prima “quasi scoperta” è quella della possibile rivalutazione della buona volontà e fatica quotidiana degli operatori della psichiatria. La coraggiosa buona volontà e la fatica quotidiana degli operatori non possono essere relegate alla aneddotica eroica e individuale ma devono essere ri-conosciute come fonte di un qualche sapere e della consapevolezza di non sapere quasi nulla. Sarebbe salutare scoprire e accettare finalmente che il sapere tecnico della psichiatria è molto fragile, molto artificiale, molto indiretto rispetto alle sofferenze individuali delle persone che alla psichiatria si rivolgono. Sarebbe urgente assumere con consapevolezza e umiltà le conseguenze di quanto Basaglia scriveva quasi cinquanta anni fa: “la psichiatria...innamoratasi di sé stessa e quindi della malattia come di una entità astratta da essa stessa partorita, ha continuato ad elaborare le sue interpretazioni ideologiche senza preoccuparsi di trovare una verifica o una smentita nella realtà” (Basaglia, 1967 p445). La crisi della psichiatria per Basaglia è fondata sullo smarrimento della soggettività: la psichiatria, come ogni altra scienza, non ha saputo evitare quella crisi generalizzata, quella crisi, “definita da Husserl come la crisi delle scienze europee che- smarrendo il senso del loro rapporto reale con l’uomo- si sono allontanate dal significato primo del loro esistere” (Basaglia, *ibidem* p.442).

Sarebbe importante, a fronte di questa accettazione della fragilità conoscitiva della clinica psichiatrica, invece, valorizzare il sapere che deriva dalla fatica e dalla buona volontà che non sono solo virtù morali ma sorgenti di conoscenza: un sapere del costruire insieme alle persone, con determinazione, con coraggio e curiosità, i possibili percorsi di vita di una persona che è smarrita e vulnerabile. Anche per questa “quasi scoperta” si può suggerire la lettura o rilettura della nozione di “pensiero debole”, coniata da Gianni Vattimo (Vattimo, 1983) come crisi delle basi [cartesiane](#) e razionalistiche del modo di filosofare. Si tratta di assumere che le basi epistemologiche della psichiatria non sono, come invece pretendono ottimisticamente di essere, strutture forti ma, al contrario, per potere accedere alla relazione con il malato la psichiatria deve assumere il metodo del dubbio e costruire processi e modelli fragili e dinamici rifiutando la adozione “una volta per tutte” di procedure e modelli. Il discorso della psichiatria quando non si accompagna ad una trasformazione instancabile della realtà ma invece si cristallizza in un modello operativo di semplice ingegneria istituzionale, perde ogni senso.

Tale salutare stato di fragilità consentirebbe molta più innovazione di quante produca la logica vetero positivista del modello biopsicomedico. Invece tale modello ha dato prova disastrosa di sé e gli psichiatri continuano a praticarlo senza rendersi conto del progressivo deterioramento dei servizi in cui operano. Vi è da sempre da parte della psichiatria una curiosa e incomprensibile tolleranza nei confronti della miseria dei luoghi ove essa opera. Se i manicomi erano tetri e mortiferi luoghi di contenimento, i nuovi luoghi preposti alla cura e alla assistenza delle persone con disturbi mentali rischiano di riprodurre logiche simili a quelle vetero manicomiali anche se, in molti casi, i contesti della cura sono meno indecenti. Penso al deterioramento dei servizi psichiatrici della regione Lombardia, la regione che ha millantato una eccellenza del sistema sanitario che non aveva e che non ha, e penso all’impoverimento delle risorse umane, alla povertà organizzativa e funzionale di servizi e mi chiedo quale sia il limite fra essere vittime ed essere complici. Gli operatori della psichiatria spesso sentono di essere le vittime di un sistema organizzativo che toglie loro progressivamente spazi e risorse di azione sensata e positiva. Hanno ragione ma, ripeto a me stesso la domanda: quale è il limite fra essere vittime ed essere complici? Il chirurgo che accetta di operare in una sala operatoria la cui asepsi e funzionalità siano gravemente inadeguate è vittima o complice? Quando gli

operatori della psichiatria non sanno, non possono, non riescono a dare gambe e sostanza a pratiche intelligenti, efficaci e umane di riabilitazione psicosociale non sono i complici della progressiva trasformazione della riabilitazione in una pedagogia sadica? E a questo proposito la mia segnalazione bibliografica è una autocitazione del saggio “Sulla povertà della Psichiatria” (Saraceno, 2017).

E, per finire, abbiamo (finalmente) capito che c’è una relazione stretta fra Democrazia e Salute? Abbiamo capito che oggi fare buona psichiatria significa tornare a fare conflitto e dunque fare Politica? Temo di no.

Temo che non si voglia capire che abbiamo bisogno di generare mobilitazioni e conflitti intorno a temi vicini agli interessi delle classi, dei gruppi e delle comunità più deprivati, deboli e abbandonati. Certamente se vogliamo riflettere sulle nuove forme del conflitto non è a Marx (e al dualismo della lotta di classe fra proletari e capitalisti) che dobbiamo rifarci, bensì a Ralf Dahrendorf, il quale riconosce la permanenza del conflitto di classe anche nella società postcapitalistica, ma con alti gradi di differenziazione: “I gruppi classisti perdono la loro compattezza e si frammentano in molteplici figure (vecchie e nuove). Eppure, se la differenziazione e la complessità offuscano la linearità del carattere classista della società attuale, i crescenti fenomeni di emarginazione politica e sociale si incaricano di rimetterlo in scena. Sotto molti aspetti, le “teorie della cittadinanza” rispondono a questo deficit e, nello stesso tempo, ne appannano i processi causali. Si tratta di assumere sistematicamente il ruolo della società attuale, egemonica, orientatrice, controllante, tale quale emerge dalla analisi biopolitiche (Adinolfi, 2009).

*III.*

Superare l’impasse significa uscire dai limiti disciplinari della psichiatria bio-psico-medica e avventurarsi in quella complessità del mondo che viviamo che non tollera risposte semplici e semplicistiche.

Occuparsi di malattia significa saper rompere lo schema salute/malattia e avventurarsi nella dimensione di quella che l’antropologo americano Arthur Kleinman chiama “*social suffering*” “ossia la convergenza in un unico spazio di quei problemi umani che hanno le loro cause e le loro conseguenze in quelle devastanti ferite che le forze sociali infliggono alla esperienza umana...La

sofferenza sociale risulta da tutto quello che il potere politico, economico e istituzionale infligge alle persone, e, reciprocamente da come tutte queste forme di potere influiscono sulle risposte che vengono date ai problemi sociali” (Kleinman e coll., 1996).

Dunque, occuparsi di sofferenza significa confrontarsi con quell’ossimoro rappresentato dalla sofferenza collettiva, ossia, dall’incontro fra il privato e intimo delle storie dei ciascuno con il pubblico e collettivo dei luoghi abitati dai ciascuno.

La sfida è quella di essere consapevoli, attenti e competenti ma lungo un continuum che parte dall’ascolto e dalla clinica individuale del paziente ma attraversa territori via via più complessi e progressivamente più collettivi e sociali fino a incontrare le contraddizioni e le sfide della polis. Le risposte efficaci da costruire sono molteplici e richiedono azioni dirette e indirette, patrimoni disciplinari solidi e soprattutto la intraprendenza della curiosità e della libertà.

Si tratta di coniugare la liberazione individuale a quella delle famiglie e delle comunità, costruire legami di verità, di solidarietà, di tenerezza.

La psichiatria psico-bio-medica non è certamente attrezzata per questo impegno che combina saperi e pratiche cliniche con saperi e pratiche di mediazione sociale. Si tratta di una mediazione fra:

- i bisogni complessi e personali proposti dai singoli, le loro domande non sempre intelleggibili e omogenee ma sempre e comunque composite in quanto risultato di sofferenze diverse ed eterogenee (malattia, marginalità, esclusione, povertà, stigmatizzazione, discriminazione) e
- risposte, a loro volta composite in quanto risultanti dalla azione (o dall’inazione) di istituzioni e servizi diversi, con mandati diversi e spesso skoordinati o addirittura in conflitto fra loro.

La Psichiatria non sembra capace e neppure desiderosa di mettersi in relazione con questa complessità illudendosi che il modello medico tradizionale possa proteggerla dalla irruzione dei determinanti sociali che non solo scombussolano le vite delle persone ma anche le certezze terapeutiche.

La sfida e la unicità dell'operare nella complessità, all'incrocio e al confine delle discipline, è quella di promuovere senso e soggettività attraverso strategie e strumenti clinici, sociali, organizzativi e istituzionali, di creare vita e liberazione, utilizzando spesso come strumento di lavoro proprio quelle istituzioni che certamente non sono né vitali né liberatorie.

E' dentro l'OSSIMORO della Cura che dobbiamo muoverci come in UN LABORATORIO DI INNOVAZIONE TECNICA, POLITICA E MORALE

Diciamo, allora, che la cura è un insieme di azioni tangibili, concrete e misurabili ma essa si inverte soltanto se prestata insieme ad attitudini intangibili quali gentilezza, delicatezza, discrezione, rispetto. Dunque, la cura è azione pratica e affettiva al tempo stesso. Questa doppia natura richiede competenze pratiche e competenze affettive. Spesso i famigliari mancano delle prime e gli operatori sanitari delle seconde.

Questa doppia natura della Cura costituisce in sostanza la sua complessità e la sua trasversalità nella vita di ognuno: una attività alta e profondamente umana poiché coniuga l'intimità segreta e privata dei corpi, la gentilezza e il rispetto per i viventi, le pratiche umili e quotidiane dell'accudimento ma anche la consapevolezza di non essere solamente solitari produttori di oblatività ma parti di una comunità umana e sociale fatta di solidarietà e di concreti sostegni istituzionali.

La cura in quanto atto bio-psico-socio-politico deve fare parte di ogni riflessione e azione della assistenza sociosanitaria territoriale.

## BIBLIOGRAFIA

1. Adinolfi G. Dahrendorf e l'internalità del conflitto nella società politica: dalla società classista alla società frammentata. 2009. *Theomai*, 20, p. 50.
2. Appadurai A. Deep Democracy: Urban Governmentality and the Horizon of Politics. 2002. *Public Culture*. 14 (1):21-47.
3. Babor TF, Higgins-Biddle JC. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care*. World Health Organization. Geneva 2001.

4. Barbato A. [Si accettano scommesse sulla sopravvivenza della psichiatria nel prossimo futuro](#). In: Ravazzini M, Saraceno B. *Governare Confusioni Urbane. Annuario Souq 2010*. 157-169. Il Saggiatore, Milano, 2010.
5. Basaglia F. Ongaro Basaglia F. Follia/Delirio. 1979. In: Basaglia F. *Scritti II, 1961-1980*. p.443. Einaudi, Torino 1982.
6. Basaglia F. *Conferenze Brasiliane*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000. Bauman A., Fardy HJ., Harris PG. Getting it right: why bother with patient-centred care?. *Medical Journal of Australia* , 2003, 179, pp. 253–256.
7. Cicognani A, Welisch A. Il libro Azzurro. *Salute Internazionale*. 2021, 25 ottobre.
8. Kleinman A, Das V, Lock M. Social Suffering. Introduction. *Journal of the American Academy of Arts and Science*. 1996. Vol 125, 1 of the Proceedings of the American Academy of Arts and Sciences.
9. Levav I, Saraceno B. Primary Prevention Takes a Leading Role in World Mental Health Action. 2014. *European J. Psychiat.* 28, 1, 66-70.
10. Lovell A, Read U, Lang C. Genealogies and Anthropologies of Global Mental Health. 2019. *Cul. Med. Psychiatry*. 43:519-547.
11. Nussbaum M.C. *Le nuove frontiere della giustizia*. Il Mulino. Bologna, 2007. p.120.
12. Patel V., Saraceno B., Kleinman A., «Beyond evidence: the Moral Case for International Mental Health», in *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163 (8), pp. 1312-1315.
13. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, Chisholm D, Collins PY, Cooper J, Eaton J, Herrman H, Herzallah MM, Huang Y, Jordans M, Kleinman A, Medina Mora ME, Morgan E, Niaz U, Omigbodun O, Prince M, Rahman A, Saraceno B, Sarkar BK, De Silva M, Singh I, Stein DJ, Sunkel C, Unutzer J. (2018). *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development* . Lancet, October.
14. Rotelli F. Dietro le mura nascono i mostri, 1992 p.105. In: *Quale Psichiatria*. Alfabeta 2021.
15. Rotelli F. *Quale Psichiatria. Taccuino e Lezioni*. Edizioni Alfabeta Verlag, Merano, 2021.
16. Saraceno B.: *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. ETAS Libri, Milano, 1995.

- 17.Saraceno B. Le parole di Basaglia. 2001. *Rivista Sperimentale di Freniatria*. 125, 3, 132-136.
- 18.Saraceno B.: *Sulla povertà della Psichiatria*. Derive e Approdi, p. 5. Roma 2017.
- 19.Saraceno B. Che cosa è oggi la psichiatria? Luci e ombre della global mental health. 2018. *Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy*. 2/2018 21-34
- 20.Saraceno B. Rethinking global mental health and its priorities. 2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 1-3. United Nations. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtm>. New York, 2006.
- 21.United Nations Human Right Council. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. New York, 2013.
- 22.United Nations Human Right Council. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. New York, 2016.
- 23.Vattimo G. Dialettica, differenza, pensiero debole. In: Vattimo G e Rovatti PA (a cura di) *Il pensiero debole*. pp 12-28. Feltrinelli, Milano 1983.
- 24.World Health Organization. *Closing the Gap in a generation*. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008.
- 25.World Health Organization. *World Mental Health Report 2022*. Geneva, 2022.