

All'incrocio tra l'intimo delle storie di ciascuno e i luoghi pubblici che abitiamo. Un dialogo con Benedetto Saraceno Parma, 13 maggio 2024

Fabio Vanni,* Mauro Mozzani**

La conversazione, che viene qui riportata assai fedelmente, è avvenuta il 13 maggio 2024 in forma mista (online e in presenza) come evento organizzato dall'Associazione 'Progetto Sum ETS' e dall'Associazione 'Progetto Itaca Parma ODV' e viene pubblicata su Ricerca Psicoanalitica con il consenso dei partecipanti, che ringraziamo, e del dott. Saraceno che anche in questo ha mostrato la sua disponibilità e generosità.

Fabio Vanni: Buonasera a tutti e benvenuto al dott. Saraceno. Avvierei questo dialogo con il dott. Mozzani ed il sottoscritto con una domanda-bilancio per certi aspetti quasi ovvia:

“A che punto siamo con la salute mentale oggi in Italia?” Visto che sono passati molti anni, oramai siamo vicini al mezzo secolo, dall'approvazione della legge 180 e sappiamo quanti elementi di criticità, sia più complessivamente sul tema della salute, ma in particolare sulla salute mentale oggi, si addensano e sono presenti in questo ambito, credo che un suo parere ci potrebbe ben introdurre nel cuore del tema.

Benedetto Saraceno:¹ Buonasera a tutti, e prima di rispondere alla domanda del collega Vanni vorrei ringraziare i colleghi che mi hanno invitato a questo dialogo e a tutte le organizzazioni che sono dietro a questo evento di

*Direttore di Ricerca Psicoanalitica, presidente di 'Progetto Sum ETS' e della 'Rete per la psicoterapia sociale', Italia. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

**Psichiatra, responsabile UOC Psichiatria Distretto di Fidenza – PR. Psicoterapeuta, aderente 'Progetto Sum ETS', Italia. E-mail: mozzanimauro8@gmail.com

¹ Benedetto Saraceno, psichiatra e esperto di sanità pubblica. Ha lavorato con Basaglia e Rotelli a Trieste. In seguito ha diretto il Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria Sociale dell'Istituto Mario Negri a Milano. Per molti anni ha diretto il Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze dell'Organizzazione Mondiale della Salute a Ginevra.

questa sera. La prima domanda che formula necessita di una risposta un po' articolata. "A che punto siamo? Dove siamo?", siamo sempre meglio del resto del mondo. Cioè, in altre parole, con tutte le critiche e le riserve che si possono avere sulla situazione declinante della qualità dei servizi di salute mentale in Italia, da alcuni anni, comparando questi servizi, anche quelli medi o non particolarmente virtuosi, con i servizi medi e non particolarmente virtuosi del resto del mondo, e non sto pensando ai paesi a basso reddito ma anche ai paesi occidentali ad alto reddito, siamo ancora sostanzialmente i primi della classe. Questa è la buona notizia, la cattiva notizia è che stiamo molto peggio di dieci anni fa o di quindici anni fa o di venti anni fa, cioè le conquiste che furono fatte a partire dalla 180 ci hanno dato, come dire, un vantaggio incredibile in questa corsa in bicicletta, per cui anche se continuiamo a perdere chilometri su chilometri siamo sempre in testa, ma dobbiamo sapere che siamo in una situazione di forte declino e di chilometri ne perdiamo ogni giorno una grossa quantità. Quindi la risposta è: stiamo bene relativamente agli altri, ma stiamo male relativamente a noi stessi.

Fabio Vanni: Sarebbe utile allora se potessimo cominciare a dire qualcosa sulle ragioni di questo declino e magari anche su che direzione si potrebbe prendere per invertire questa tendenza che, indubbiamente, non ci terrà sempre al primo posto, ma non perché sia una gara, ma perché la qualità della cura interessa a tutti.

Benedetto Saraceno: Io credo che ci sia una risposta che trova facilmente il consenso di tutti perché trova un colpevole fuori di noi, cioè se la risposta è che i governi cattivi hanno male gestito questo patrimonio culturale della 180, questa grande riforma, che le regioni, le regioni meno virtuose, quelle un po' più virtuose, quelle pessime o quelle ottime... la colpa è dei Policy Makers, dei Policy Makers locali, dei Policy Makers regionali e del clima culturale politico generale regressivo, e che soprattutto erode il sistema sanitario pubblico ben oltre la psichiatria. Tutto questo che sto dicendo è vero, però secondo me rischia di essere un po' un fattore di confondimento rispetto alle responsabilità che hanno gli operatori della salute mentale, perché rispondere che c'è una crisi perché il governo è cattivo, per il malgoverno delle regioni, eccetera eccetera, è una risposta parziale che in qualche modo non rende ragione di una involuzione culturale; involuzione culturale degli operatori. Uno potrebbe dire che questa involuzione è legata a un'involuzione generale delle politiche e che quindi sono le

politiche ancora che hanno motivato le demotivazioni progressive, la privatizzazione progressiva dei servizi... si può dire quello che si vuole, però io credo che certamente gli operatori di salute mentale oggi stanno tornando a un atteggiamento di tipo prestazionistico più che di cura. L'atteggiamento degli operatori è di riconoscere sul piano eziopatogenetico il peso, l'importanza, l'impatto, il rilievo dei cosiddetti determinanti sociali, ma tale riconoscimento è un riconoscimento accademico, non si traduce poi in un intervento sui determinanti sociali. Anche qui c'è una scusa che viene utilizzata molto spesso dagli operatori della salute mentale che dicono che "Sui determinanti sociali noi non ci possiamo fare niente", che se uno va a guardare dei testi classici di sanità pubblica i determinanti sociali sono la povertà, i conflitti, la guerra, la disoccupazione, le differenze di genere, i livelli culturali della popolazione, e uno dice "Vabbè, io cosa posso farci? io sono un operatore del tal servizio e non potrò mica cambiare questi determinanti sociali". Certamente non si chiede agli psichiatri o agli operatori di diminuire la povertà o di aumentare i livelli culturali della popolazione; esistono macro determinanti sociali su cui certamente gli operatori sono impotenti, giustamente sono impotenti, ma esistono dei micro determinanti sociali su cui invece gli operatori hanno possibilità di intervenire, intendo come micro determinanti sociali i contesti micro familiari, economici, sociali, psicosociali dei singoli pazienti che comportano possibili interventi di correzione o di miglioramento. Ecco, ho l'impressione che gli operatori oggi stanno molto ritornando a un'autoresponsabilizzazione eminentemente clinica, biomedica, biopsicomedita se vogliamo giocare con le parole, però che sostanzialmente se noi chiedessimo alla sala che abbiamo qui stasera se ritengono che i determinanti sociali abbiano un'importanza nella determinazione della disabilità psichica e mentale e nella storia naturale della malattia mentale, il coro risponderebbe: "Certo che sì, lo sappiamo, sappiamo che essere poveri è diverso che essere ricchi, che essere andati a scuola è diverso che non essere andati a scuola, che essere una madre single di tre bambini è diverso che essere una madre con una famiglia, come dire, strutturata e funzionale, etc.", tutti lo sappiamo, la domanda non è se lo sappiamo, la domanda non è se siamo consapevoli di questo ruolo eziopatogenetico, ma se i nostri servizi sono operanti e attivi nella modificazione dei determinanti micro sociali. La mia sensazione è che forse varrebbe la pena di smetterla di dire che "Piove, governo ladro", cioè che i servizi vanno male perché c'è la privatizzazione, c'è l'erosione delle risorse umane, tutte cose assolutamente vere e su cui bisogna essere conflittivi e difendere il servizio pubblico e le risorse ad esso connesse, ma nello stesso tempo non bisogna sfuggire a una riflessione autocritica che dice "Ma io nel mio servizio, davvero sto operando a tutto campo?" Quel famoso intervento totale che usava Carlo Manuali ai tempi dell'esperienza di Perugia o le microaree di invenzione triestina, o comunque tutti quegli interventi anche fuori dalla

psichiatria italiana che sono degli *assertive intervention* che hanno una capacità di modificare i contesti dei pazienti e delle loro famiglie. Io ho l'impressione che oggi la psichiatria si stia ritrincerando dietro il DSM 5 delle tecniche psicofarmacologiche, di solito di bassa qualità, e delle tecniche psicoterapiche che nella maggioranza dei casi sono dei generici supporti psicologici, non particolarmente sofisticati. Allora la mia risposta è: dobbiamo questa crisi a delle forti responsabilità culturali e a una involuzione culturale nostra, che non toglie vi siano responsabilità non nostre ma più legate alla politica e alle politiche.

Mauro Mozzani: Salve dottor Saraceno, sono Mozzani; ritorno alla problematica 'psichiatria versus determinanti sociali'; nelle ultime cose che lei ha scritto e che mi è capitato di leggere mi sono trovato molto d'accordo con la necessità di sviluppare un lavoro di rete, con il sociale e con tutti gli enti e le componenti che circondano la psichiatria. In questo modo però non si corre il rischio di rimettere la malattia mentale fra parentesi? È una domanda un po' provocatoria, mi rendo conto. La seconda domanda è se questo passaggio storico cui assistiamo in questi anni e che è caratterizzato da una progressiva perdita di forza delle idee e degli ideali della 180, non sia anche legato a modificazioni sociali profonde avvenute negli anni e che non riusciamo più ad inquadrare in quel tessuto sociale dove la 180 è nata? È nata in un momento dove c'era la contrapposizione del Partito Comunista con la Democrazia Cristiana, del rapimento Moro, seguito poi dagli anni 80 del Craxismo e così via. Insomma, con processi politici, economici e sociali che adesso sono profondamente cambiati. Adesso abbiamo legioni di giovani precari senza lavoro, un profondo cambiamento degli assetti politici e sociali, una povertà di ritorno, una immigrazione di massa: tutto questo aspetto sociale non ci costringe anche a una riflessione attorno a quelle idee che la 180 conteneva?

Benedetto Saraceno: Allora lei formula due domande, collega: una, dobbiamo rimettere la malattia mentale fra parentesi? no, possiamo togliere o mettere le parentesi come vogliamo, la domanda che formulo io invece a voi è: se togliamo questa parentesi e ci occupiamo della malattia mentale, abbiamo una strumentazione davvero capace e trasformativa? Cioè, la solidità epistemologica della psichiatria era fragile ai tempi di Husserl, era fragile ai tempi di Jaspers, era fragile ai tempi di Basaglia, non ho l'impressione che oggi la costruzione epistemologica del DSM 4, 5 o quello che è, piuttosto che degli interventi psichiatrici sia molto più solida sul piano epistemologico e sul piano anche degli studi di esito che fanno ahimè sempre vedere che un terzo sta meglio, un terzo sta peggio, e un terzo sta uguale, e che quindi poi qualunque cosa si metta nel cocktail del barman sostanzialmente un terzo dei bevitori del cocktail vomita, un terzo è felice un terzo è come se non avesse

bevuto niente. Questa, come dire, drammatica stabilità degli studi di outcome ed epidemiologici ci deve fare riflettere su come togliere o mettere la parentesi non è una operazione ideologica. Io sarei felice di togliere la parentesi della malattia mentale, nel senso che Basaglia, non essendo un antipsichiatra, non ha mai detto che non esiste la malattia mentale, ha detto 'la metto fra parentesi perché mi occupo del malato invece che della malattia', però in qualche modo la radicalità di Basaglia diversamente da quella degli antipsichiatri inglesi non è nel dire 'la malattia mentale non esiste', cosa che Basaglia non ha mai detto, ma è nel dire che è la psichiatria che forse non esiste, non esiste nel senso che è portatrice di un costruito estremamente dubitativo, dubbioso, molto instabile, poco affidabile. Quindi io sono felicissimo di togliere insieme a lei la parentesi alla malattia mentale, il problema è "What Next?", cioè, una volta tolta poi che cosa facciamo, siamo sempre lì a fare prescrizioni psicofarmacologiche da bar, psicoterapie così, le cui evidenze sono in qualche modo dubitative, perlomeno, e dei servizi che poi il problema che si pongono è "dove lo metto? cosa ne faccio?". Quindi, va benissimo togliere questa parentesi, basta sapere poi che cosa fare. Se lei, dico lei ipotetico operatore, ha le idee molto chiare sul che fare, va benissimo che tolga la parentesi. Quanto alla sua seconda riflessione, che condivido molto, sul contesto che è cambiato, però bisogna fare un distinguo, cioè, io sono d'accordo che bisogna riflettere per esempio sulla parola comunità, di cui noi abusiamo continuando a parlare di servizi nella comunità, intervento nella comunità. Io credo che bisognerebbe capire che cosa è oggi una comunità rispetto a cinquanta anni fa. Io penso che molto spesso abbiamo in mente una idea romantica di comunità, cioè come di un luogo geografico ben definito dove c'è una, come dire, omogeneità comunitaria, c'è il medico con la barba bianca, c'è la farmacia, c'è la chiesa, ci sono le persone, ci sono i giovani, i vecchi e i lavoratori e questa è la comunità, ma questa comunità non esiste, è una comunità del Mulino Bianco, qual è la comunità oggi in una città come Napoli o come Los Angeles? Qual è una comunità oggi quando sono molto più virtuali che geografiche le vicinanze fra le persone? C'è un bello studio fatto da dei sociologi americani, che fanno vedere su un campione gigantesco di popolazione, appunto di Los Angeles a partire da una domanda: vai dal medico che ti dice che hai un gravissimo tumore e che hai di fronte pochi mesi di vita. Questa è una notizia che ti sconvolge, che evidentemente cambia tutto nella tua esistenza. Uscito da questo incontro col medico, chi è la prima persona che contatti? Questa era fondamentalmente la domanda centrale della survey, e la risposta impressionante è che più dell'80% contatta immediatamente persone che sono a più di 500 km di distanza. Cioè non contatta la comunità, non c'è la mamma, il papà, il fratello, la zia, il vicino, la comunità geografica non esiste; nessuno dice 'vado a casa e parlo con Don Peppino', non c'è nessun Don Peppino, la gente manda un'email dall'altra parte della costa negli Stati Uniti per parlare con la sorel-

la, con l'amico o con l'amica. Questo per dire che effettivamente la comunità oggi è sempre più virtuale ed è molto meno una contiguità spaziale e fisica, e questo cambia tutto. Quindi sono d'accordo con lei che oggi gli strumenti con cui noi navighiamo nella comunità e nella domanda di salute o nella domanda di sofferenza, che la comunità ci formula, le cose sono diverse dai tempi di Franco Basaglia a Trieste. A Trieste, quando scappava un paziente dal manicomio, lo si trovava all'osteria, la polizia lo conosceva e lo riaccompagnava, cioè c'era ancora una comunità contigua e in qualche modo era più facile, per certi versi, quindi condivido con lei che non si tratta mica di riposare sugli allori di una 180 che è poi un oggetto magico e virtuale. Però io sono convinto sempre di più, e questo mi viene da vent'anni di lavoro in settanta paesi del mondo a contatto con le psichiatrie arabe o orientali o cinesi o giapponesi o dell'America Latina, che però la questione della determinazione sociale della sofferenza psichica è sempre lì. È sempre lì, ed è sempre lì che ci interroga. Certamente ci interroga in forme diverse, nel senso che probabilmente il disagio giovanile ha cambiato aspetto, ci sono degli studi interessanti sul suicidio che fanno vedere che il profilo suicidario oggi comparato con quello di quarant'anni fa è molto modificato, quindi sono d'accordo con lei che non si tratta di celebrare o monumentalizzare Basaglia, Trieste, la 180; non me ne importa niente, si tratta di oggi. Si tratta di guardare qual è la domanda ma anche qual è il livello miserabile della psichiatria in giro per il mondo e anche abbastanza misera in molte parti d'Italia. Questo è un dato che però è lì e che ci interroga oggi. Quindi non considero provocatoria la domanda sulla parentesi, nel senso che ben venga togliere questa parentesi, nel senso che è necessario che le epistemologie - al plurale, come dice bene Anne Lovell che ha fatto questi studi e questi saggi interessanti sulle epistemologie psicanalitiche, le epistemologie psichiatriche, le epistemologie degli interventi sulle disabilità - sono epistemologie diverse. Nella misura in cui queste epistemologie si parlano, dialogano, si integrano, probabilmente scopriamo anche nuovi percorsi che ci consentono di togliere questa famosa parentesi. Non so se sono stato sufficientemente, come dire, soddisfacente nella risposta a delle domande che sono delle domande estremamente *challenging*.

Fabio Vanni: Ritorno un po' sul suo intervento iniziale, perché mi sembra che lei giustamente metta in evidenza, come dire, una tendenza, lo dico in una sintesi, a un tecnicismo individualistico, che peraltro è perfettamente sintonico con quello che avviene nel mondo della sanità in generale, non soltanto nella psichiatria e nella salute mentale. Allora siccome poi stiamo ragionando e auspicando un passaggio invece a una dimensione dove competenze, diciamo, di area più psicosociale hanno una maggiore rilevanza, mi sembra che siamo davvero in una condizione di grande difficoltà, perché è come se, seguendo questa strada, che lei stesso ha un po' denunciato, mi pare

che ci troviamo in un vicolo cieco. Voglio dire, se noi abbiamo bisogno di occuparci di più delle determinanti microsociale, abbiamo bisogno di competenze che sono lontanissime da quelle che oggi la psichiatria mainstream è in grado di mettere in campo, perché mi pare che essa si collochi dentro un paradigma che è quello della medicina attuale che purtroppo viaggia sempre più in una direzione, diciamo, biocentrica. Lei mette sullo stesso piano l'intervento psicofarmacologico e gli interventi psicoterapeutici: mi permetto di sottolineare che lo spazio che la psicoterapia ha nella salute mentale in Italia è forse uno a cento rispetto agli interventi di tipo farmacologico.

Benedetto Saraceno: Sono assolutamente d'accordo con lei. Partiamo dal fatto che io ho molta ammirazione per una epidemiologa inglese che si chiama Helen Killaspy che fa degli studi che hanno mostrato in modo molto solido e convincente che l'aumento di tecniche nuove, l'aumento di servizi che sono specializzati per patologie, per condizioni cliniche, per storia naturale delle malattie, cioè, servizi *disease oriented*, oppure servizi orientati a una fase - per le acuzie, per la cronicità, per le crisi, per il relapse, per la ricaduta - servizi sempre più specializzati e sempre più portatori di tecniche nuove, non migliorano gli esiti a lungo termine. Cioè, Killaspy conclude, sto citando "meglio un servizio generalista, accogliente, disponibile, aperto, orientato e capace all'ascolto, orientato al care psicosociale, che un servizio sofisticato, specializzato, perché i tecnicismi sono la patetica maschera dell'impotenza". Ecco, questa non è una feroce rivoluzionaria basagliana, è una epidemiologa anglosassone, che però fa vedere che esiti migliori avvengono dove c'è un servizio fatto con buon senso, intelligenza, un servizio generalista capace di, come dire, navigare a 360° rispetto alla domanda che gli viene dalla popolazione che si rivolge al servizio, piuttosto che servizi apparentemente più sofisticati. Ora certamente c'è una perdita del senso del care, che dipende dai *carers* perché sono più demotivati, perché sono più stanchi, perché sono più soli, perché sono più esposti a pressioni che sono pressioni semplicistiche, "dove lo metto?", devi risolvere il problema alle due di notte nel Diagnosi e Cura pieno, la polizia ti porta un sacco di gente, e il poveraccio che è lì deve rispondere in modo ben lontano da una idea di *care*, ma molto vicino a un'idea aziendale di risolvere un problema sgradevole. E poi sono anche cambiati i *policy makers* che sono sempre più aziendalizzati, sempre più *money driven*, cioè orientati ai soldi e al risparmio. Quindi abbiamo servizi che sempre di più si arrabattano fra un po' di controllo psicofarmacologico, un po' di supporto psicologico, che a volte è molto simile alla pacca sulla spalla, molta gestione, e la parola dice molto, molta gestione del caso, cioè gestione di un problema, eh, cioè non c'è nessuno che più si prende cura di nessuno, e l'obiettivo è sempre quello di trovare una soluzione immediata, cioè la cultura del "dove lo metto, cosa ne faccio" diventa prevalente. Allora qui non è per tornare a tematiche che pos-

sono anche venire a noia, ma i Diagnosi e Cura legano sempre di più secondo i dati che abbiamo, i CPS funzionano sempre meno ore e sempre di più con una logica di puro ambulatorio, appuntamento medico, appuntamento medico, le residenzialità sono sempre di più dei luoghi tetri senza progetto, con molto intrattenimento ma senza un progetto di vita. Quindi questi tre cardini che dovrebbero essere la situazione dell'acuto nell'ospedale, spesso esposto a una situazione di violenza, la situazione del cosiddetto territorio, parola che odio, in cui sempre di più sembra di andare dal dentista, cioè con un ambulatorio che funziona con una logica che non è quella di una cura complessiva con una presa in carico della famiglia e del paziente, ma sempre molto più rapidamente clinica, e una situazione delle strutture residenziali paurosa, nel senso che non sono strutture che hanno nessun progetto riabilitativo, ma hanno dei grandi progetti di intrattenimento - cioè si fanno ancora le feste di compleanno con la torta, il coretto, i pazienti, la paziente Maria compie gli anni, il paziente Luigi con la plastilina fa i portaceneri, cioè in qualche modo qualche cosa che è molto molto lontano dalla riabilitazione intesa come ricostruzione di una contrattualità sociale dei pazienti. Quindi diciamo che c'è una situazione obiettivamente di regressione. Ecco, mi pare che forse uscirne è possibile, che forse servirebbe qualche cosa che ha molto a che fare con un misto di motivazione etica e di passione culturale, cioè ho la sensazione che ci sono servizi molto privi di passione e molto opachi rispetto a delle preoccupazioni etiche.

Mauro Mozzani: Provo a riprendere questo tema. Diciamo che forse qui a Parma, e più in generale nella regione Emilia-Romagna, possiamo collocarci a livelli leggermente più alti della situazione che hai descritto (anche se è purtroppo molto vera per parecchie parti d'Italia) e lo sforzo che qui si sta cercando di produrre è quello di collegare i servizi che sono sempre più deboli - deboli come numero e come investimento economico - con gli enti del terzo settore, con gli enti di volontariato, con le case della comunità, etc. Quindi cercare di mantenere lo sguardo e la direzione verso l'attenzione alla pienezza di vita del paziente. Io credo, e sono d'accordo con quello che dicevi, che ci sia una grande crisi epistemologica della psichiatria: del DSM non se ne parla più e quasi, ormai l'abbiamo nascosto quasi vergognandocene e mi pare che non sia in preparazione nessun altro DSM. Evidentemente c'è anche un vuoto di pensiero rispetto alla psichiatria biologica. Certo fare esempi come le microaree, oppure sottolineare la necessità della collaborazione e della motivazione degli operatori, rischia di essere qualcosa di fragile, di debole, che forse avrebbe bisogno di un sostegno più ampio, che trascende l'aspetto strettamente tecnico.

Benedetto Saraceno: Vorrei fare due o tre osservazioni, forse un po' sconnesse. Innanzitutto, il suo ricordare che l'Emilia non è forse bene rap-

presentata dalla mia descrizione così pessimistica e negativa mi trova d'accordo, nel senso che c'è una tradizione dei servizi emiliani che è una tradizione di una qualità mediamente più alta della media nazionale, senza offendere nessuno, ma è vero. Tra l'altro Pietro Pellegrini è uno dei miei eroi, nel senso che è una persona verso cui nutro una enorme ammirazione, per il suo lavoro sul budget di salute che è in qualche modo un lavoro che risponde a molte delle domande che io sto affrontando, discutendo. Tutta la cultura del budget di salute non è solo una cultura amministrativa, è proprio un modo di immaginare degli accompagnamenti della cura più intelligenti, più efficaci. Sì credo anch'io che del DSM 5 ce ne siamo dimenticati in Italia. Adesso bisognerebbe chiarire se qui stiamo parlando soltanto della psichiatria italiana o anche di una crisi anche più generale. Perché quando parliamo di una crisi epistemologica questa va ben oltre l'Italia, la riflessione critica che oggi c'è sul DSM nasce da Thomas Insel, ex direttore del National Institute of Mental Health negli Stati Uniti che per primo ha cominciato a dire "ma boh, forse questa roba qua non ha molto senso", quindi c'è in questo momento in corso una riflessione sulle fragilità della psichiatria che va oltre l'Italia, e poi vorrei anche chiarire questo per le persone che ci stanno ascoltando, che io non sono un buon conoscitore del dettaglio della psichiatria italiana, cioè c'è anche un rischio che io dica delle sciocchezze o che io sia arrogante nell'entrare troppo nel dettaglio della situazione e dello stato dell'arte dei servizi italiani. Sappiate che sono 29 anni che io non vivo in Italia, quindi sono 29 anni cioè quasi 30 anni che vivo in un altro paese, quindi non ho il polso di quella consuetudine e quotidianità che si ha fra colleghi, che se fossi uno psichiatra che sta a Milano, che sta a Roma, che sta a Firenze, avrei maggiormente. Ecco, sono uno che non fa lo psichiatra e che sta a Ginevra. Ora, questi sono due elementi che in qualche modo fragilizzano i miei giudizi o le mie opinioni sulla psichiatria italiana. Però certamente è vero che forse avremmo bisogno di una sollecitazione a questo dialogo fra epistemologie. Io mi sono affezionato a quella espressione di Anne Lovell, perché per esempio c'è una riflessione fatta in campo lacaniano, curiosamente, sulla produzione di soggettività e sull'autorizzazione del soggetto, che sono riflessioni che in realtà hanno connessioni epistemologiche e culturali molto più forti di quello che uno potrebbe sospettare con le radici fenomenologiche della psichiatria di Basaglia. Dico questo semplicemente perché mi sono occupato negli ultimi tempi di queste connessioni, non essendo io certo uno psicoanalista ma certamente essendomi occupato di aspetti epistemologici anche della psicoanalisi. Questo per dire che sono convinto che ci sia bisogno, sia in termini di formazione degli operatori, sia in termini di comprensione del reale, di un meticciamiento, di una *cross fertilization*, cioè di una fertilizzazione mutua fra discipline diverse, ma non è soltanto la questione dell'assistente sociale che si occupa di dare il sussidio al paziente, lo psichiatra che fa la clinica, la diagnosi e da la terapia e lo psicologo invece che fa gli inter-

venti magari di sostegno psicologico; non è in questo senso che parlo di *cross fertilization* di discipline, ma di un livello molto più alto, cioè di cercare di capire come oggi si incrociano tutta la riflessione per esempio sulla neurodiversità fatta dalle grandi associazioni soprattutto anglosassoni, degli utenti, tutto il problema e la discussione sulla disabilità mentale e non mentale, l'intersecarsi della questione dei diritti non più vista come semplice denuncia, "in quell'ospedale fanno delle brutte cose, noi li denunciavamo", ma oggi quanti psichiatri, quanti operatori conoscono in Italia il testo, che dovrebbero conoscere a memoria, della Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità.² È una bussola che guida in modo estremamente progressista l'operare dell'operatore della disabilità mentale e della disabilità fisica. Ecco mi sembra che oggi gli psichiatri navighino poco in questi mari sconosciuti o meno conosciuti di altre culture, quelli di orientamento biomedico figurarsi, Lacan non sanno neanche chi è, quelli di orientamento psicoterapico-psicoanalitico spesso sono pessimi prescrittori di un uso razionale dei farmaci, spesso il sociale viene tradotto in piccoli interventi di aiuto economico ai pazienti ma senza una vera comprensione di che cos'è fare un intervento sociale per un paziente, e quindi questa *cross fertilization*, ripeto questo termine, fra discipline differenti, fra epistemologie, ci aiuterebbe molto. Tu dicevi "ma abbiamo bisogno di qualche cosa che non sia una sollecitazione soltanto tecnica", sì, se per tecnico si intende qualche cosa di molto pratico, e se per sollecitazione intendiamo una sollecitazione culturale, morale, cognitiva, importante che viene da discipline diverse, questo credo che sarebbe molto utile, molto necessario. Ho l'impressione che non ci sia molta permeabilità delle culture in questo momento nella psichiatria italiana, ognuno si tiene stretta la sua e c'è ormai una difesa che rischia di essere quasi una difesa corporativa del "noi siamo gli psicologi di orientamento psicoanalitico psicodinamico, noi siamo gli psichiatri che invece usano i farmaci o che usano, non so cosa, gli appartamenti protetti", che poi diventano tutte delle piccole tecnologie che però non fanno parte di un grande progetto e di un grande disegno di affrancamento della psichiatria da una sua tradizione di tutela che nega l'emancipazione, cioè in qualche modo dominante-dominato, per una psichiatria che sia una psichiatria più vicina alla cultura del recovery.

Fabio Vanni: Sembra che si potrebbe concordare sul fatto che ci sia bisogno di questo meticciamiento o di questa *cross fertilization* di varie prospettive. Mi pare anche che forse potremmo partire dalle parole, noi siamo dentro una cultura della cura che ha fatto della crisi 'acuzie', del malessere di un soggetto umano un 'malato', dei luoghi di ascolto e di cure 'ambulatori',

² <https://pninclusionone21-27.lavoro.gov.it/sites/default/files/2023-10/Convenzione%20ONU.pdf>

allora mi domando se potremmo partire da questo. Io ho molto timore che se noi ci aspettiamo che la psichiatria da sola faccia una trasformazione che metta in discussione così radicalmente le sue radici non si possa andare molto avanti, mentre sono dell'idea che se si possono fare dei passi avanti è perché si dà spazio e legittimità ad altre culture. Perché, ovviamente, se ci si attiene ad una logica biomedica - che è decisamente prevalente nella sanità, almeno nel nostro paese, ma credo non solo - mi pare difficile che poi ci si aspetti che ci si occupi seriamente dello psicosociale, che si abbiano disponibili le competenze per comprendere le determinanti sociali delle malattie. Questo non fa parte neanche della cultura formativa dei nuovi psichiatri e neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza. Allora mi domando se non ci sia bisogno di pensare che della salute mentale non si occupano solo, o tanto, gli psichiatri e nemmeno solo i Servizi di Salute Mentale, ma che sia un tema che riguarda una comunità. Certo è un termine da ridefinire, ma mi riferisco in questo caso a una comunità, almeno, di natura professionale più ampia della psichiatria. Sto toccando qui anche il tema del rapporto pubblico-privato. È comunque prevalente mi pare un'idea di un servizio pubblico che è il detentore di una capacità di intervento sui problemi psichici delle persone, che in qualche modo ignora e non riesce a tenere in una rete collaborativa paritaria e di dignità, tutto un mondo di operatori che sia nel privato che nel privata sociale potrebbero dare una mano più autorevole su questo, è un po' come dire "io non ce la faccio ma non ti utilizzo, o se ti utilizzo ti utilizzo all'interno di una mia logica". Ci sono fra l'altro in Italia delle norme costituzionali che ci inviterebbero a considerare gli aspetti di sussidiarietà orizzontale e verticale come una dimensione addirittura fondativa del tema della cura. Allora mi domando se ci sia bisogno di uno scarto importante, perché io ho trovato in realtà la sua descrizione del funzionamento dei servizi molto aderente alla realtà che conosco, quindi la volevo assicurare sul fatto che la sua distanza da 29 anni non mi pare che l'abbia allontanato dalla comprensione del nostro paese. Io mi sono molto ritrovato mediamente in quello che lei raccontava, e allora però, davvero dobbiamo fare un passaggio: se Basaglia non metteva fra parentesi la malattia mentale, ma riteneva di doverci occupare, lei dice, del malato, io dico del soggetto, potrebbe essere questa una strada che unisce prospettive disciplinari ed epistemologiche differenti, dando alla parola soggetto un'accezione di soggetto sociale, di persona che sta dentro una comunità micro e macro?

Benedetto Saraceno: Lei tocca temi giganteschi e sopravvaluta la mia capacità di dire delle cose sensate e intelligenti. Allora provo a dire delle cose così un po' forse non all'altezza della complessità delle questioni che lei pone, però, uno, credo certamente che oggi sia necessaria una riconsiderazione dell'incontro fra curante e curato, cioè fra un soggetto supposto sapere, o comunque un soggetto supposto istituzionalmente come curante, e un

soggetto esposto alla cura. Credo che una delle vaccinazioni per evitare che tale incontro possa divenire tossico è la garanzia della presenza di un terzo, il terzo non vuole dire che c'è lì nella stanza seduto un terzo signore, ma il terzo inteso come il contesto della comunità, cioè la comunità intesa come quel luogo dove si incrociano le vite banali delle persone, le esperienze di autocura, le affettività, i desideri, i ruoli sociali, ecco la presenza di questa banalità della vita quotidiana dentro all'incontro curante-curato, è una forte garanzia che tale incontro non si autosequestri in una irrealtà quotidiana, ma resti nella realtà quotidiana. Questa presenza di un terzo della comunità, lei diceva una comunità professionale, anche, ma non solo. Dobbiamo intenderci cosa vogliamo dire per professionale, può essere anche la comunità della cooperativa che c'è nella zona che fa il vino, piuttosto che la cooperativa del parroco che fa le partite di football, piuttosto che il sindacato che organizza non so che cosa, cioè la comunità intesa come tutte quelle istanze comunitarie e sociali la cui presenza nell'incontro curante-curato, è un arricchimento e una garanzia che questo incontro non avvenga in un luogo troppo separato, troppo, come dire, sequestrato dalla realtà. Quello che io chiamo la presenza di un terzo, poi ognuno a questo terzo gli può dare un nome. Terzo può essere una comunità di altri professionisti, può essere una comunità di altri soggetti, può essere una comunità fatta dalla comunità, può essere una comunità dei pari, per esempio gli stessi utenti, di cui parliamo sempre molto poco, perché in Italia si parla molto delle famiglie ma molto poco degli utenti in termini di *empowerment* di costoro. Il secondo problema è forse anche aprire una seria riflessione su questa parola 'cura', perché se la parola terapia in qualche modo non ci soddisfa o non ci soddisfa pienamente, l'idea di cura è certamente un'idea più vasta. Però anche lì, è un termine polisemico anche un po' abusato, io raccomando a tutti di leggere molto la letteratura femminista per capire che cosa è la cura. Ci sono dei testi di Martha Nussbaum per esempio o di Joan Tronto, che sono grandi leader femministe, filosofe femministe americane che in qualche modo fanno capire dal punto di vista femminile e femminista che cosa si debba intendere per cura, cioè una specie di stranissima, misteriosa e magica pozione dove si incontrano pubblico e privato, non pubblico e privato nel senso di istituzioni pubbliche e istituzioni private, ma la dimensione privata dell'intimità della cura, infatti spesso sono i familiari che si prendono cura, la cura come insieme di gesti di intimità, di gentilezza, di accettazione, di rispetto che viene fatta sul corpo o sulla mente della persona che in quel momento è vulnerabile ed è fragile. Ma questa intimità molto privata si incrocia continuamente con l'idea che si sta erogando, non per pietà, la cura ma per diritto e quindi si incrocia con delle dimensioni istituzionali dove esistono degli operatori che hanno un sapere, quindi c'è un operatore che ha un sapere e poi c'è un sapere per esperienza del familiare e la cura è la risultante complessissima di questa interazione fra dimensioni diverse. Credo che si parli molto di cura ma si rifletta poco o non abbastanza

su che significato vogliamo dare al termine cura. Quanto infine alla questione pubblico-privato che lei pone, questa volta pubblico-privato non nel senso di intimo versus professionale, familiare versus altro, ma in senso proprio istituzionale pubblico, servizio pubblico, privato ovvero il professionista privato che sta a casa sua, o la Ong, o la cooperativa che vende servizi al pubblico. Ma io credo che il Servizio Pubblico è destinato a finire, dobbiamo smetterla, cioè va molto bene che lo difendiamo per una specie di puntiglio morale per cui io lo difenderò fino alla morte, ma è una battaglia persa, il servizio pubblico in Italia sta diventando ogni giorno più privato, quindi se c'è una preoccupazione che il paziente pubblico non possa usufruire di iniezioni che provengono dalla cultura del privato, è una preoccupazione da non avere; ce ne sarà fin troppa di iniezione del privato. Io sono convinto che da qui a dieci anni solo le persone poverissime utilizzeranno il servizio sanitario pubblico, le persone che avranno un minimo di risorse economiche staranno utilizzando servizi privati convenzionati. Anche perché poi tutto questo mondo del privato sociale... Quarant'anni fa il privato sociale era un privato in qualche modo sociale, cioè etico, oggi quello che si chiama privato sociale è un privato fortemente *business oriented*, cioè in Lombardia il privato sociale vende gettonisti notturni per fare le guardie al Diagnosi e Cura di notte. Quindi il pubblico paga questi privati, li paga dieci volte di più che i professionisti del pubblico, per cui chi lavora trentotto ore alla settimana nel servizio pubblico guadagna in un mese quello che guadagna chi fa tre notti come gettonista a Milano. Quindi io sono convinto che il privato la farà da padrone e che quindi ci sarà un privato cinico, ci sarà un privato competente, ci sarà un privato meno competente, sarà un mercato, sarà un mercato libero in cui si comprano prestazioni. Allora si compreranno prestazioni di uno psicoterapeuta bravo o prestazioni di uno psicoterapeuta meno bravo, si compreranno medici di guardia, si compreranno servizi, si comprerà riabilitazione a bizzeffe e quindi sotto con plastilina, pongo e via dicendo perché il privato sta conquistando il pubblico. Forse voi emiliani non ve ne rendete conto perché siete ancora in una regione che ha il merito, e a cui va reso onore, ma lo dico con serietà e con grande rispetto, perché da voi ancora il servizio pubblico è un oggetto sacro, insomma, che si difende con i denti; ma guardate che non è così in buona parte del paese, in buona parte del paese il servizio privato è dominante. Tra l'altro oggi la regione Lombardia spende di più per cofinanziare strutture ospedaliere private e servizi privati di quanto spenda per il pubblico, per cui questa preoccupazione sua di una iniezione di privato nel pubblico non ha da esserci, il problema sarà di garantire la qualità di questa iniezione, cioè che non sia un'iniezione mortifera ma sia un'iniezione che fa bene, un'iniezione vitaminica, ma dal punto di vista istituzionale è una battaglia perduta quella delle persone come me, che sono vecchio, che hanno pensato che il servizio universalista della 833 fosse una specie di oggetto sacro e iconico, beh è una battaglia strapersa.

Fabio Vanni: Sono perfettamente d'accordo con lei sulla sua previsione. Ma la mia preoccupazione non era sul fatto che il privato entri o non entri, mi pongo un problema di accessibilità e quindi di equità e quindi effettivamente il fatto che poi questo comporti tutta una serie di problemi per chi non può permettersi di scegliere. Quello che mi domando è se invece sarebbe immaginabile che il pubblico recuperi una funzione di governo e non semplicemente di appalto, di coordinamento vero, e non semplicemente di essere erogatore di servizi concorrenziale col privato, mi pare che su questo non ci sia nemmeno in Emilia Romagna un gran pensiero, tantomeno forse altrove.

Benedetto Saraceno: Sì, non posso che essere d'accordo con lei, non ho nulla da aggiungere, è così, è effettivamente così, però in questo momento mi sembra ottimistico pensare che il pubblico abbia una capacità di governo, il pubblico ha una capacità zero in questo momento, non governa un bel niente o malgoverna, nel senso del contrario del buon governo, e quindi secondo me questo, come dire, flusso di risorse umane e culturali dal privato al pubblico sarà inarrestabile e naturalmente sarà un flusso che contiene di tutto, conterrà parti qualitativamente interessanti e parti qualitativamente scadenti. Insomma io credo che oggi anche questo privato sociale che faceva cinquant'anni fa la cooperativa degli utenti e che era una cosa buona, era considerato un momento positivo in cui una cultura privatistica, quella della cooperativa, forniva armi intelligenti e buone alla cultura del pubblico. Ecco credo che oggi sia un po' un'illusione e penso che molto di questo privato sociale sia ben altro; io sono forse deformato dal fatto che essendo di origini milanesi e mantenendo amicizie e relazioni più in Lombardia che in altre regioni italiane, ho contezza di situazioni di vero e proprio traffico di soldi, cioè ci sono delle cooperative che sono semplicemente dei posti dove si reclutano medici pubblici scontenti, psicologi scontenti del pubblico, assistenti sociali e piano piano anche infermieri che vengono rivenduti in convenzione agli enti regionali e c'è una transazione che è puramente economica e finanziaria a scapito del pubblico, che poi disgraziato rimane come il giapponese che crede che non sia ancora finita la Seconda Guerra Mondiale e resta in trincea. Sarò curioso di vedere chi sarà l'ultimo psichiatra lombardo che continuerà a battersi per lavorare in un servizio pubblico invece che a gettone, ma queste sono considerazioni più, come dire, di bassa politica su cui non mi voglio dilungare.

Fabio Vanni: Credo che adesso prima di dare la parola ai colleghi che sono presenti in sala e che possono cominciare a pensare a degli interventi, le volevo però segnalare che in realtà esistono anche delle realtà di privato sociale che hanno, che provano ad avere, una prospettiva attenta agli aspetti etici, esiste per esempio una Rete della Psicoterapia Sociale che comprende

migliaia di professionisti che provano a lavorare in un modo attento, non solo ovviamente all'aspetto economico perché sennò non si sta in piedi, ma anche alla qualità di ciò che si fa, alla collaborazione con il servizio pubblico, eccetera, però certo mi rendo conto che l'insieme del sistema propone un degrado a tutti i livelli e quindi anche in questo ambito che dovrebbe essere emblema di eticità.

Lelio Pallini:³ Buongiorno. Sono il presidente dell'associazione Progetto Itaca Parma. Io volevo riferirmi a un punto che è stato solo accennato dal professor Saraceno, ma che ritengo molto importante, cioè la domanda è questa: che cosa si sta facendo a livello formativo, a livello di corsi universitari, per orientare anche i corsi di specializzazione in psichiatria ai concetti e agli orientamenti che sono stati esposti dal professor Saraceno? Faccio una confessione, a volte mi sono chiesto se la facoltà di medicina sia il posto giusto per la specializzazione in psichiatria o non sia forse il caso di concepire una facoltà autonoma, che non sia né medicina né psicologia né quant'altro. È un'idea balzana che mi è venuta ma può darsi che ci sia qualcosa di utile in questo, grazie.

Benedetto Saraceno: Mi permetto di rispondere subito perché sono molto sollecitato dalla sua riflessione. Beh, mi piacerebbe l'idea di una facoltà di "salute mentale", in cui si insegnino la psichiatria, la psicologia e quant'altro, ma che si chiami Facoltà di Salute Mentale, ma questa è solo una mia considerazione, più che altro sono sogni. C'è una tradizione italiana molto, molto radicata, le cui motivazioni non sono mai state bene analizzate, e io non saprei oggi fornire un'analisi particolarmente intelligente o competente di questo, però in Italia, la grande innovazione in psichiatria l'ha fatta il mondo dell'ospedale, non l'ha fatta l'accademia, e non penso soltanto a Basaglia che va in un manicomio a Gorizia, a Trieste, a Parma, ma penso anche a tutte le esperienze più interessanti che sono state fatte in Italia ad Arezzo, a Perugia, a Ferrara, o penso ai servizi di buona qualità che sono stati messi in piedi a Parma, a Bologna, a Piacenza ai tempi di Mistura, a Reggio Emilia ai tempi di Asioli. La tradizione della buona qualità della psichiatria è tutta una tradizione non accademica, rare sono le facoltà di medicina italiane che hanno messo nella formazione dei loro studenti - studenti di medicina formati in psichiatria e specializzandi di psichiatria - che abbiano messo insieme accademia e innovazione dei servizi. Michele Tansella lo fece a Verona quando era vivo, ed oggi Verona continua a essere una sede particolarmente vivace e interessante, però voglio ricordare che tutti i cattedratici di psichiatria che occupano le facoltà di medicina del

³ Lelio Pallini, presidente Associazione Progetto Itaca Parma ODV.

nostro paese non sono stati parte dell'innovazione e della riforma. Il pensiero innovativo è venuto dagli ospedali, è venuto dalla pratica degli ospedali, anche il pensiero innovativo teorico che se andate a vedere un compendio di bibliografia interessante e intelligente degli ultimi trent'anni di psichiatria italiana trovate poco nel campo della riflessione che stiamo facendo oggi che provenga dal mondo dell'accademia universitaria. Il 99% viene dal mondo della riflessione degli operatori degli ospedali o dei professionisti privati, psicoanalisti, psicoterapeuti, che hanno scritto. Quindi certamente alla sua domanda se oggi il mondo universitario è adatto e capace di formare ai concetti e alle cose che ci stiamo raccontando questa sera, la risposta è che non lo è mai stato e continuerà a non esserlo. Allora poi la sua idea di immaginare che vi sia una facoltà che metta insieme queste competenze e sia diversa, e non sia medica è un'ipotesi secondo me interessante che andrebbe approfondita, non sono in grado di fornire una riflessione su questo tema, però certamente è vero che il pensiero psichiatrico innovativo italiano non è di matrice universitaria.

Fabio Vanni: È una bella utopia e trovo che sia una questione molto interessante, perché è chiaro che se continuiamo a perpetrare una formazione come quella attuale, difficilmente ci possiamo attendere innovazione come quella che il professor Saraceno ha indicato.

Marco Ingresso:⁴ Io credo che siamo in un'epoca in cui si sono aperti comunque degli spazi, prima di pensiero e in parte anche di azione, dopo quella che è stata la pandemia, questo evento catartico e che certamente ha smosso le acque. In questo momento indubbiamente anche la pandemia sembra assorbita da altri eventi ancora più catastrofici, però anche questi ci pongono delle problematiche, cioè siamo in un mondo che appunto sotto vari aspetti è fuori controllo, va ristrutturato, ripensato. Allora io mi chiedo se sia possibile inserirsi in questa fessura, in questa ferita di questo nostro mondo con i temi che sono stati toccati, ma che vanno giocati secondo me insieme. Il tema della cura dove l'idea nuova secondo me è che la cura non può essere fatta solo da singole professioni, ma per affrontare la complessità dell'altro, che sia salute mentale, che sia salute fisica, che sia salute

tout court. Ecco bisogna affrontarlo con un insieme di visioni, con un insieme di modalità nelle quali mettere insieme, appunto, diverse competenze, confrontarsi, cercare di generare un pensiero nuovo, quindi io vedo una cura che sia verso la complessità e di tipo collaborativo, di tipo transdisciplinare per così dire. Poi c'è il tema della comunità, che è stato toccato,

⁴ Marco Ingresso, sociologo della salute e della cura, già professore ordinario c/o Università di Ferrara.

giustamente. Indubbiamente partiamo da una sorta di deserto di difficoltà, di individualizzazione molto spinta, però io credo anche che, da una parte, la situazione italiana sia diversa e specifica nei vari ambienti, non sia la situazione per esempio degli Stati Uniti che è stata citata. Credo ci siano ancora delle trame nella situazione italiana, come dimostra appunto la presenza del terzo settore in Italia, ma che comunque si possa agire sotto diversi piani per tentare una azione di ricucitura, di ricostruzione, attraverso le istituzioni locali implicate, per esempio, nelle nuove Case della Comunità. Il terzo settore anch'esso si può riorientare verso una dimensione di quartiere, verso una dimensione di quotidianità. Ecco mi è piaciuta l'idea che Saraceno ha proposto della comunità come terzo, come terza presenza che, entrando nel quotidiano, facendo delle cose che servono magari in modo, come dire, micro, però è presente con un altro occhio sulle situazioni. Poi c'è il tema salute che fino ad adesso è stato poco giocato, pensare la salute non semplicemente come rischio individuale, ma salute come ricostruzione e rigenerazione degli ambienti collettivi. Oggi c'è anche il tema, dentro la salute appunto, del clima, ma più in generale dei viventi, della complessità, dell'ecologia, della One Health, ecco, allora anche lì c'è da muovere anche questa cosa. Allora agendo su questa triplice strada, cura complessa e collaborativa, comunità, che si cerca di ricostruire attraverso la presenza di nuovi tentativi di lavorare su vari aspetti micro della situazione, e salute come rigenerazione del benessere sociale e attenzione alle nuove dimensioni ecologiche della città, ecco io credo che giocando insieme queste strade, qualcosa si possa aprire, qualcosa si possa pensare di ricostruire, è un tentativo e credo che, per esempio, queste nuove prospettive delle Case della Comunità se vanno in questa direzione, aprono, se invece restano solo dei poliambulatori, certamente siamo ancora in una situazione regressiva che non aprirà nuovi spazi. Non so cosa ne pensa...

Benedetto Saraceno: Tutto il suo intervento mi trova più che d'accordo, mi trova molto in sintonia non solo con le cose che lei dice, ma col linguaggio con cui le dice, con i riferimenti, come dire, le parole che utilizza; mi trovano sintono, quindi non so, non posso che plaudire a quello che lei dice, con un'unica riflessione aggiuntiva, che lei parla di cura, comunità e salute, mi piace questo tripode, cura con tutta la riflessione necessaria appunto a interrogarsi oggi su cosa intendiamo per cura, e ribadisco la mia raccomandazione alla lettura attenta della nozione di cura per il femminismo più colto anglosassone. L'idea di comunità, cioè l'idea non solo della comunità come terzo, ma anche una rilettura di che cosa sia la comunità, cioè la differenza fra comunità geografica e comunità virtuale, e poi questa idea di salute che poi è una vecchia idea OMS, cioè che la salute non è soltanto l'assenza di malattia per dire una cosa molto ovvia e risaputa, aggiungerei però al suo tripode, a questa sedia con tre gambe, una quarta che è la dimensione dei

diritti. Io penso che oggi più che cinquant'anni fa, la nozione dei diritti è entrata a gamba tesa nella cultura di che cosa sia la salute, di che cosa sia la medicina, di che cosa sia la terapia, di che cosa sia l'ospedale, e non parlo soltanto della psichiatria, parlo in generale della medicina. Cioè, la cultura dei diritti è diventata un elemento predominante in molti di questi dibattiti e, ribadisco, raccomando a tutti una lettura attenta della Convenzione delle Nazioni Unite sulla disabilità ratificata dall'Italia, dove ratificato vuole dire firmato, vuole dire che un paese dice "sono d'accordo", ratificato vuole dire che un parlamento adotta quella convenzione che diventa una legge per l'Italia, quindi la convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità è una legge in Italia. Ora, perché vi raccomando di leggerla attentamente, perché è interessante, è un testo che non è stato fatto dai soliti noti, cioè è un testo che non nasce dalle culture di una psichiatria, anche di una psichiatria progressista, innovatrice, democratica, no, è un testo che nasce dalla interazione curiosa fra culture giuridiche che hanno fortemente influenzato la stesura della convenzione, e utenti, gli utenti in questo caso, contrariamente a quello che succede spesso in Italia dove gli utenti sono semplicemente degli attori di sceneggiate del *politically correct* - cioè si va a un congresso e c'è sempre un utente che qualunque cosa dica viene applaudito in modo entusiastico così abbiamo risolto il problema degli utenti, ma se si parla di potere degli utenti è tutta un'altra questione. Bene, nel caso della stesura della convenzione, le associazioni degli utenti hanno avuto un potere, hanno avuto un potere e hanno scritto, hanno contestato, hanno fatto cambiare gli articoli, e tutt'ora, oggi, nelle varie istituzioni che reggono l'applicazione e l'implementazione di questa convenzione, le associazioni degli utenti sono dei vigilantes molto vigilanti. È molto interessante perché il linguaggio con cui è scritta è un linguaggio che non è il nostro, il nostro mettendoci tutti gli psichiatri più innovatori e più aperti che si possa immaginare, è ancora una cosa diversa, è una cultura diversa tutta nuova. Bene, quegli articoli, l'articolo 12, 15, 19, sono gli articoli più vicini alle questioni della Salute Mentale, sono molto, molto innovativi, molto trasformativi, sono globalmente accettati perché sono ratificati da 194 membri delle Nazioni Unite. Ci sono due paesi che non ratificano mai le convenzioni internazionali per decisione politica, che sono gli Stati Uniti e Israele, ma questo qualunque esse siano non per il contenuto specifico di questa convenzione, ma perché dicono che le convenzioni possono costringerli a cambiare le legislazioni nazionali che sono sacre, mentre quelli che accettano le convenzioni internazionali dicono "Queste convenzioni sono il frutto di un consenso internazionale e quindi noi accettiamo che entrino dentro le legislazioni nazionali con un potere addirittura di modifica". Bene, leggetele, sono importanti, uno perché progressivamente succederà, sempre più spesso succederà, che verranno citati in tribunali internazionali medici, psichiatri, servizi, amministratori da qualcuno che vuole cominciare a fare causa a

qualcun altro. Ci sono già i primi casi di ospedali citati in causa da associazioni di utenti. Quindi ci sarà comunque una evoluzione nella implementazione di questa convenzione, ma io ve ne raccomando la lettura perché secondo me aggiunge al tripode della persona che mi ha preceduto quel tripode che molto mi piace, cura, comunità e salute, aggiunge questo quarto elemento che è quello dei diritti che in questo momento, al di là della retorica sui diritti umani, è rappresentato in modo molto specifico, tecnico, operativo e concreto dal testo di quella convenzione che ci riguarda, che vi riguarda da vicino.

Fabio Vanni: Grazie, mi sembra una sottolineatura opportuna. E aggiungerei allora un'ultima considerazione che mi porto a casa da questo incontro, cioè che forse avremmo bisogno di trovare una nuova utopia che raccolga un po' i quattro punti che avete ricordato. Sento un po' la forza e il valore che ha avuto per tanti anni, nella salute mentale, la legge 180, che mi sembra però che oggi forse richieda di immaginare un orizzonte un po' innovativo. Sotto questo profilo mi sembra che una parte prioritaria noi dobbiamo riconoscerla ai bambini e agli adolescenti, perché mi pare che se c'è qualcuno di cui dovremmo avere particolarmente cura, da questo punto di vista, è questo target, per usare una parola di derivazione economica. Anche senza prendere alla lettera ciò che emerge dalla letteratura attuale le condizioni di disagio dell'infanzia e dell'adolescenza, certamente accentuate dalla pandemia, ma indubbiamente presenti ben da prima, sono particolarmente preoccupanti. Allora siccome questo è, fuor di retorica, il nostro futuro mi sa che questo meriterebbe un'attenzione particolare. Perché dico questo, perché nei bilanci dei dipartimenti di salute mentale nel nostro paese, la quantità di risorse destinate all'area infanzia-adolescenza raramente supera il 20-25% del budget, cioè la gran parte della spesa viene investita nell'ambito adulto, e questo è un elemento di disattenzione e di scarsa lungimiranza che mi pare molto grave.

Benedetto Saraceno: Se posso fare un ultimissimo commento a questa sua ultima considerazione, quando io ho diretto per quindici anni il Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze dell'Organizzazione Mondiale della sanità, avevo cinquanta funzionari che costituivano il mio staff. Erano cinquanta persone di ventiquattro nazionalità differenti, dai russi, ai malesi, ai brasiliani, facevano parte del mio piccolo esercito. I salari messi a disposizione dalla OMS per un posto di ruolo da neuropsichiatra infantile era uno, cioè di cinquanta operatori uno aveva conoscenze sulla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Essendo che la piramide dell'età nei paesi di cui si occupa fundamentalmente l'OMS - perché l'OMS non va a consigliare il governo tedesco, inglese, americano, italiano, ma va a consigliare il governo del Mozambico, dello Yemen, dello Sri Lanka e

dell'Honduras - e la piramide di età in quei paesi è una piramide fortemente squilibrata a favore delle età infantili e adolescenziali. Questa totale distrazione è grave e questa assenza di un interesse per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, la troviamo in tutti i paesi, e la troviamo anche, come lei giustamente ricorda, in Italia. Io sono convinto che quello che lei dice è molto importante e sono convinto che oggi la maggior parte della Salute Mentale dei bambini e degli adolescenti è a cura dei pediatri più che di noi psichiatri, e/o della scuola, delle maestre e dei maestri, o anche dello psicologo scolastico, ma insomma, di figure che non sono le figure pubbliche del Sistema Sanitario. Credo che effettivamente il suo richiamo sia un richiamo importante, nel senso che non solo la questione COVID ci ha fatto vedere il disagio giovanile, ma anche in Italia ormai la popolazione di giovani e di adolescenti problematici è in aumento, i suicidi giovanili sono in aumento e invece non sono in aumento non soltanto le risorse umane per rispondere a questi bisogni, ma anche la cultura, nel senso che non c'è nelle scuole di specialità eccetera una grande enfasi sulla formazione alla Child and Adolescence Mental Health, cosa che invece penso, ritengo, sarebbe fondamentale.

Fabio Vanni: Se non ci sono altre osservazioni e considerazioni io davvero ringrazio moltissimo il professor Saraceno e naturalmente Mauro Mozzani e gli ospiti presenti. Credo che siamo riusciti a fare un po' un punto della situazione, certo, non molto consolatorio, qualche volta anzi mettendo in campo delle parole preoccupanti, però anche forse con qualche germoglio di possibilità e di speranza. Grazie mille!

Benedetto Saraceno: Grazie a voi e grazie per avermi ospitato.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 22 giugno 2024.

Accettato: 24 giugno 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:937

doi:10.4081/rp.2024.937

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.