

La salute mentale è politica

a cura di Piero Cipriano

1.

“Uscire dalla psichiatria come uscimmo dai manicomì” è una frase da cui parto per questo mio contributo, l’ha pronunciata qualche tempo fa Benedetto Saraceno, nella sua *Ultima lezione*.

Perché è urgente lasciare la psichiatria?

C’è un dato storico che rende la velleità di salvare la psichiatria senza appello.

“Parlare di psichiatria significa infilarsi in una storia abbastanza infame”, è Franco Rotelli a dirlo.

Però noi ci siamo in questa storia infame, e vogliamo/dobbiamo uscirne. Provare ad andare oltre, ben oltre.

Che cosa ci dice la storia di questi due secoli e qualcosa di psichiatria?

Breve excursus, che mi perdonerete, per la ridondanza, ma – come Basaglia – noi dobbiamo ogni volta partire dall’inizio. Ricapitolare la storia infame della psichiatria, per poter dire: Questa roba qui non vogliamo più farla.

La psichiatria nasce per salvare il disturbato psichico dalla coabitazione con il delinquente. Qui è la lezione di Michael Foucault. Col gesto di Philip Pinel – differenziare il manicomio dal carcere – si realizza questo primo atto, un atto di civiltà.

Subito dopo però il manicomio ci appare nella sua vera veste: luogo di internamento seppellimento e morte sociale per devianti sottoproletari improduttivi, inutili al nascente capitalismo.

Non, dunque, psichiatria, ma *korper iatria*. Intrappolare corpi è il mandato – politico - della psichiatria.

Saltiamo di un secolo, siamo ai primi del Novecento, e la psichiatria trova, per mezzo della psicanalisi, un setting decisamente diverso: rispettoso e gentile, il lettino dell’analista è il setting per i per nevrotici borghesi che possono e devono tornare al lavoro.

E dunque per un secolo la psichiatria ha un solo e unico setting: il manicomio. Nessuno ormai crede che il manicomio abbia mai avuto una funzione terapeutica. Per un altro mezzo secolo si abbina a questo il setting psicanalitico.

E a metà del secolo scorso - anni 50 - inizia da un lato la contestazione al manicomio, dall'altro la contesa tra varie terapie farmacologiche, che si conclude con l'estromissione delle terapie psichedeliche a fine anni 60, e l'eliminazione del grande manicomio a fine anni 70.

Quindi negli anni 70 si compiono due rivoluzioni in psichiatria, che quasi si ignorano, la rivoluzione anti-manicomiale, che vince, e quella psichedelica, che perde.

Dalla crisi della psichiatria degli anni 70 passiamo agli anni 80. Morto Basaglia, finita la stagione antipsichiatrica o antistituzionale, parte la rimonta della psichiatria capitalistica, chiamiamola così che ci capiamo meglio.

1980: Basaglia muore e Margaret Thatcher proclama: 1 non c'è alternativa al capitalismo e 2 non esiste la società ma solo gli individui.

1984: ecco che prontamente la psichiatria d'establishment recepisce ed esegue: Nancy Andreasen in *The broken brain* scrive che il cervello dei disturbati psichici è rotto, e se è rotto è per causa biochimica, endogena, ha ragione la premier, non certo per sofferenze sociali eventualmente indotte da capitalismo e neoliberismo.

Big Pharma ci procura qualche decina di farmaci, alcuni che chiudono le coscienze (neurolettici in primis) altri che elevano artificialmente l'umore (antidepressivi SSRI), purtroppo non curano, se mai iatrogenizzano, e li devi assumere vita natural durante, se no addio ai profitti.

Gli psichiatri, che storicamente sono sempre stati obbedienti, eseguono. Non discutono mai le terapie messe loro a disposizione – calate dall'altro, da Big Pharma – e non discutono quasi mai i dispositivi di cura che devono gestire.

Come ieri seppero per almeno un secolo e mezzo gestire quel luogo di tortura e morte che era il manicomio, nell'ultimo mezzo secolo sono stati altrettanto zelanti nel gestire il manicomio diffuso che ha preso il posto dell'unico grande manicomio.

Un manicomio diffuso fatto di tanti diversi luoghi di trattenimento e intrattenimento. Il paziente psichico negli ultimi decenni affronta una serie di trasferimenti da un acronimo all'altro: SPDC, SRP, CT, CSM, CD, SERD, poi di nuovo SPDC, e ricomincia il giro. Tanto il manicomio era luogo di separazione coi suoi molti padiglioni, allo stesso modo il DSM-terricomio è luogo di

separazione in decine di acronimi e UOC e UOS. Il gioco dell'oca del paziente psichico non più internato in un solo manicomio ma in molti manicomietti diffusi.

Peraltro – potenza delle parole – DSM è lo stesso acronimo per Manuale Diagnostico per i Disturbi Mentali, il manuale americano che ha parcellizzato la sofferenza psichica in quasi 400 entità.

Possiamo azzardare che i due DSM frantumano la persona scindendola in tanti pezzetti: schizofrenia *spaltung* scissione indotta dai sistemi di cura.

Andiamo a vedere nello specifico di che si tratta. Che cosa fanno, questi luoghi di cura di cui si compone il DSM. Sarò sintetico e brutale.

Il luogo della presa in cura - il CSM - nella gran parte d'Italia è un ambulatorio eroga depot, un po' come molti SERD rassomigliano ad ambulatori eroga metadone. Salvo pochissimi in Italia, i CSM sono chiusi di notte e il fine settimana. Altro che bar di Dakar sempre aperto all'umano in crisi, come auspicava Franco Rotelli per i CSM24h di Trieste.

Non è esente da conseguenze il fatto che i CSM non siano sempre aperti.

In compenso è sempre aperto (ma chiuso) l'altro servizio gemello del DSM, quello forte, il SPDC. Se il CSM quasi ovunque si configura come servizio debole, il SPDC è il servizio forte del DSM. Qualunque direttore che sia in difficoltà di risorse, economiche o umane, le sottrae al CSM per rinforzare il SPDC.

Scrive Maria Grazia Giannichedda: "Se gli SPDC funzionano come manicomì in sedicesimo è perché gli ambulatori territoriali usurpano il nome di centri di salute mentale, sono luoghi frettolosi di controllo che ignorano la vita delle persone e alimentano il circuito delle strutture dove metterle".

Il SPDC è un luogo atroce, feroce, carcerario, inumano, distopico, kafkiano. Immaginate una persona in crisi, ha un delirio, ha una depressione apocalittica, ha un eccitamento maniacale, e viene ricoverata in un posto sempre chiuso, sbarre, telecamere, sedazione, regolamenti ossessivamente simil carcerari, al minimo dissenso legamento al letto. Un incubo autorizzato. Non è un luogo terapeutico. Alle decine di morti legati giunti agli onori delle cronache negli ultimi quindici anni, se ne aggiungono molti altri di cui non ne abbiamo saputo niente.

Oltretutto sono luoghi in cui si addestra sia i pazienti alla violenza alla lotta al legamento, sia gli operatori, che dopo pochi mesi di una tale carceraria iniziazione ne vengono trasformati. La vera fabbrica di psichiatri e psicologi e infermieri carcerari non è l'università, ma il SPDC.

Per questo va abolito.

Abolire gli SPDC per stornare tutte le risorse, umane ed economiche, ai CSM, che finalmente potrebbero essere sempre aperti, 24h 365 giorni l'anno.

Questo spostamento di focus, eliminare il SPDC forte, rendere forte il CSM che oggi è debole cambierebbe decisamente anche i criteri con cui gli psichiatri esercitano il loro potere attraverso lo strumento del TSO.

Il TSO è il nucleo della legge 180. La 180, legge quadro, scarna, che trovò nei Progetti Obiettivo i suoi regolamenti applicativi, dice solo due cose: abolisce i manicomii ovvero la legge 36/1904 e norma il TSO. Ma il TSO, normato attraverso tre criteri di una vaghezza estrema, diventa l'espiediente normativo per ricreare il manicomio.

Disse Basaglia: “Il trattamento sanitario obbligatorio resta nei fatti una procedura di internamento... potrebbero passare degli anni prima che le cose cambino e tutto potrebbe continuare come prima”.

Eccoli i tre criteri:

1. alterazioni psichiche *tali* da richiedere *urgenti interventi terapeutici*. (Tali? Ovvero? Interventi urgenti? Quali? La detenzione? Ci risiamo allora col tema del pericolo che sostanziava la legge 36)
2. gli urgenti interventi terapeutici non vengono accettati dalla persona. (E ci credo)
3. non vi sono le condizioni e le circostanze per adottare tempestive e idonee misure terapeutiche extraospedaliere. (Ovvio: i CSM sono chiusi e sottorganico)

È chiaro dall'enunciazione dei tre criteri come lo strumento del TSO sia stato vago sin dall'inizio e – in mano a psichiatri, molti, diciamolo, di ideologia manicomiale – con questi criteri ci si possa fare qualunque cosa. Anche tenere una persona ricoverata e legata per settimane. Il TSO, d'altra parte, è eternamente rinnovabile di 7 in 7. Ecco che l'indignazione per il DDL Zaffini che tra le altre cose propone estendere il TSO a 14 giorni è un po' ipocrita, visto che già nei fatti il TSO può durare mesi.

Domanda: come mai i direttori dei 120 DSM, con l'enorme potere che hanno, non hanno mai pensato finora di chiudere i SPDC del loro dipartimento e destinare tutto ai CSM?

Aggiungiamo che in mezzo, tra queste due strutture, ve ne è una terza: le residenze, le cliniche (degli imprenditori della follia) o altro, che assorbono la metà del budget dei DSM. Dunque, il risicato 3% del fondo sanitario destinato alla salute mentale è tutto convogliato in SPDC, cliniche, residenze, ovvero in contenimento, letti, fasce, farmaci, inghiottimento.

Cari psichiatri: questa non è salute mentale. Questo è ancora manicomio sotto altre vesti. È manicomio diffuso in tanti luoghi ed è manicomio farmacologico che nessuno mai racconta.

2.

La lagna ovvero il mantra che mette d'accordo sia i capibastone della psichiatria d'establishment sia i leader della psichiatria alternativa (o basagliana) è il lamento sulla esiguità delle risorse.

Vero. Che non si facciano nozze coi fichi secchi è vero.

Che ci dice il SISM (Sistema Informativo Salute Mentale) 2022?

70 euro per residente spende l'Italia in salute mentale. 510, 449 e 344 in Francia Germania e Regno Unito.

I CSM sono in calo: 1222 contro 1300 del 2017. 318 SPDC con 4000 posti più 26.000 posti nelle residenze psichiatriche. Nel 2022 solo 776.000 persone hanno contattato i DSM. Per fare un confronto: 8,5 milioni di italiani assumono psicofarmaci, evidentemente gli altri 7,5 milioni vanno dai privati.

30.000 operatori nei DSM, di cui il 60% di area medica (17% medici 42% infermieri). 7% (2000) psicologi. Poi si dice che non si può fare psicoterapia nei DSM. E i CSM inviano al privato. Assumete più psicologi allora, invece di medici e infermieri.

Dunque, tali dati giustificherebbero il mantra che fa: ah se avessimo più risorse che splendida salute mentale sapremmo fare.

No.

Con più danaro comprereste più letti più SPDC più farmaci e più fasce.

Esempio: i 60 milioni di euro gettati al vento per superare la contenzione meccanica. Con uno spiegamento di operatori nei SPDC i tranquilli facevano splendide attività e gli agitati venivano legati al solito modo.

Senza idee, il danaro in più non serve a niente. Basti dire che un direttore di DSM, con parte di quel danaro, ha comprato la macchina per l'elettrochoc. Ah la nostalgia canaglia del manicomio!

Tali servizi – iatrogeni e patogeni - soffrono o, meglio, agonizzano proprio, lo disse Franco Rotelli nella sua ultima intervista - con la lucidità dell'uomo morente - “i servizi pubblici stanno morendo”, “la psichiatria pubblica è in via di sparizione”, sempre più sostituita da una psichiatria privata, e da una psicoterapia privata. “A rappresentare la psichiatria pubblica” - continua Rotelli - “ci saranno solo i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura”, “e le galere” e le “REMS”, e le migliaia di “Residenze”. “Gli psichiatri pubblici tra poco li troverete solo nei SPDC, dove si concentrano - per un singolare fenomeno di risonanza - gli psichiatri più abili nell'arte di legare le persone”.

3.

Gli SPDC *vanno aboliti*. Ha fallito il progetto del Ministero della Salute: *Raccomandazioni e azioni per il superamento della contenzione entro un triennio (2021-2023)*. Devi abolire il luogo che legittima questa pratica, devi togliere agli psichiatri *legatori* il luogo dove tutto è possibile, il luogo fuori legge, devi – come fu per i manicomì – *mettere gli SPDC fuori legge*.

D'altra parte, che i SPDC sarebbero diventati i piccoli manicomì posti dentro gli ospedali generali Basaglia l'aveva previsto già nei mesi precedenti l'approvazione della 180. Sono luoghi distopici, kafkiani, dove tutto può accadere, i meno adatti a prendersi cura delle sofferenze psichiche acute.

Non capisco come mai, finora, dopo quasi mezzo secolo di SPDC, al mondo basagliano non sia venuta in mente questa idea. Come se non avessero gli strumenti neppure per pensarla. Eppure, il loro maestro, ormai monumentalizzato, Franco Basaglia, lo disse, nel 1964, che la *distruzione del manicomio è un fatto urgentemente necessario*, allora come oggi sembrava impossibile solo pensarla, bene oggi va detto che *è urgentemente necessario mettere fuori legge i SPDC*.

Ripeto: gli SPDC sono luoghi in cui si fabbricano, si addestrano, si iniziano un certo tipo di psichiatri.

Un giovane psichiatra che inizia a lavorare oggi in un SPDC non ha nessuna possibilità di cambiare procedure vincolanti, prassi, protocolli e linee guida. Deve solo eseguire. Un giovane psichiatra è meglio che non vada a lavorare in SPDC. Nel giro di pochi anni verrebbe

umanamente ucciso. Cambiato. Trasformato. Disumanizzato. Diventerebbe un formidabile esteta del legare persone.

C'erano 1000 giovani Basaglia, disse Franco Rotelli 10 anni fa. Ora sono 100. E tra 10 anni saranno 10. Uno ha smesso di fare lo psichiatra e fa il medico legale, un altro presto lascerà il CSM e aprirà un ambulatorio popolare di salute mentale. Sono i migliori quelli che lasciano la psichiatria, e questa psichiatria diventa l'arma che uccide degli psichiatri che si fanno meno problemi etici, deontologici, ideologici, politici, esistenziali. Devi essere abbastanza concreto e disinvolto per poter fare lo psichiatra in questa psichiatria, oggi. Un *compitiere*. Oppure devi essere un rivoluzionario.

4.

Ma dunque qual è la proposta che in un convegno si può avanzare?

Dopo la parte destruens – abolire i SPDC, rendere i CSM luoghi sempre aperti - qual è la parte costruens?

Parliamo di terapie, dunque. E non solo di contenimento, controllo, sedazione, che non sono terapia ma gestione del pericolo.

Andiamo al sodo, proviamo a uscire da ingleismi o francesismi con cui negli ultimi anni ci siamo gettati un po' di fumo negli occhi: recovery, peer support, case manager, budget di salute, stakeholder, open dialogue, eccetera. C'è un bel po' di fuffa, spesso, dietro questi contenitori semantici.

In psichiatria resta centrale - se non unica - la terapia farmacologica. Almeno nella psichiatria pubblica. La terapia farmacologica è una terapia imposta e calata dall'alto che gli psichiatri non hanno mai contestato. Supinamente accettata e prescritta. Sono decenni che prescriviamo sempre gli stessi farmaci a piene mani.

È terapia questa? È per questa farmacologizzazione a vita che gli psichiatri hanno studiato? Spero di no.

Ora accade un fatto nuovo, che tra pochi anni sconvolgerà la terapia psichiatrica, e che l'Italia solo da un paio d'anni inizia a conoscere. *Le terapie psichedeliche*. Rispetto a questa novità in Italia sono in clamoroso ritardo sia la psichiatria d'establishment sia la psichiatria alternativa. In ritardo di almeno dieci anni. Se non venti. E sì. La psichiatria d'establishment pensa ancora all'eletrochoc

(quando i farmaci non funzionano più, vedi le depressioni farmacoresistenti) e la psichiatria alternativa riparte ancora una volta da Marco Cavallo. Per carità, pure io sono affezionato a Marco Cavallo, però proviamo ad andare un poco oltre.

Intanto Big Pharma fa biocolonialismo, si appropria di piante terapeutiche, ne estrae principi attivi, li modifica per poterli brevettare e vendere a caro prezzo, oppure addirittura si ingegna a sintetizzare molecole psichedeliche senza pschedelia (ovvero senza modificare lo stato di coscienza). Come quelli che furbamente sperimentano a Chieti sugli animali, nel polo italiano della pschedelia universitaria. Vanificando, probabilmente, ancora una volta l'enorme potenziale trasformativo di queste molecole.

E la psichiatria d'establishment e quella alternativa dove sono? Hanno dieci anni – o venti - da recuperare. E in questo desolante panorama italiano l'Associazione Luca Coscioni resta l'unica realtà a voler davvero di rivoluzionare la cura psichica.

Perché – e lo dico con stima verso chi si occupa di questo: Non basta *de-prescrivere*. Anche io de-prescrivo, ovvero inverto il processo iatrogeno di innesco di dipendenze farmacologiche. Ma dopo la de-prescrizione farmacologica che cosa c'è? Bisogna vedere come fare – davvero - terapia. E le terapie psichedeliche, sapute conoscere, saprebbero sanare l'annosa divisione tra pillole e parole, tra terapie parlate e farmacoterapie, così come saprebbero ridimensionare la divisione tra sani e malati – perché sono strumenti per gli esseri umani, tutti, a prescindere dall'essere sano o malato e dalla diagnosi: il sofferente può fare un uso terapeutico, il non sofferente può farne un uso evolutivo, trasformativo, di crescita.

Immagino di risignificare i CSM. Immagino servizi di salute mentale dove – con l'ausilio pratiche psicoterapiche e terapie psichedeliche gestite da operatori capaci, informati, iniziati, che non operino nei setting improbabili in cui finora è stata maldestramente somministrata l'esketamina in Italia – si possa fare qualcosa di più del buon dialogo aperto: un dialogo espanso, spalancato.

Immagino setting di cura finalmente de-ospedalizzati e possibilmente nella natura. E che siano belli, basta col riservare alla cura mentale i luoghi di scarto, i luoghi più brutti sulla piazza. C'è una componente estetica nella cura.

La psichiatria finora ha chiuso e ha lavorato col chiudere, nei muri, o con farmaci che chiudessero le coscienze.

La salute mentale che vogliamo lavorerà con l'aprire, sia muri porte e fasce, sia usando strumenti e pratiche che aprano le coscienze.

E – come Basaglia quando proclamò nel 1964 che il manicomio andava distrutto – “riuscirà il principio di libertà a scalzare quello di autorità?”

Riusciranno i volenterosi della salute mentale a fare questa rivoluzione?

Bibliografia

- American Psychiatric Association, *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Terza edizione*, Masson, Milano 1983.
- American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione*, Masson, Milano 1995.
- American Psychiatric Association, *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione*, Cortina, Milano 2014.
- Andreasen N., *The broken brain*, Harper & Row, New York 1984.
- Basaglia F. (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un reparto psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968.
- Basaglia F. (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?* Einaudi, Torino 1973.
- Basaglia F., *Conferenze brasiliane*, Cortina, Milano 2000.
- Basaglia F., *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005.
- Basaglia F., Ongaro Basaglia F., *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino 1971.
- Basaglia F., Ongaro Basaglia F. (a cura di), *Crimini di pace*, Einaudi, Torino 1975.
- Basaglia F., Ongaro Basaglia F., Pirella A., Taverna S., *La nave che affonda*, Cortina, Milano 2008.
- Breggin P., *Toxic psychiatry*, St. Martin's Press, New York, 1991.
- Breggin P., *Medication madness*, St. Martin's Press, New York, 2008.
- Carhart-Harris R. et al., *The entropic brain. A theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs*, Frontiers in Human Neuroscience, 8: 20, 2014.
- Carhart-Harris R., *The entropic brain-revisited*, Neuropharmacology, 142: 167-168, 2018.
- Cipriano P., *La fabbrica della cura mentale*, elèuthera, Milano 2013.
- Cipriano P., *Il manicomio chimico*, elèuthera, Milano 2015.
- Cipriano P., *La società dei devianti*, elèuthera, Milano 2016.
- Cipriano P., *Basaglia e le metamorfosi della psichiatria*, elèuthera, Milano 2018.

Cipriano P. *Ayahuasca e cura del mondo*, Politi Segnafreddo, Milano 2023.

Cipriano P. *Vita breve della psichiatria dal manicomio alla psichedelia*, Luca Sossella Editore, Roma 2023.

Cipriano P. *La salute mentale è politica*, Fuori Scena, Milano 2025.

Colucci M., Di Vittorio P., *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano 2001.

Contestabile G., *Psicologia della resistenza*, EffeQu, 2024

Dell'Acqua P., *Non ho l'arma che uccide il leone*, Alfa Beta Verlag, Merano, 2014.

Dell'Acqua P., *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Feltrinelli, Milano 2010.

Di Paola F., *L'istituzione del male mentale. Critica dei fondamenti scientifici della psichiatria biologica*, Manifesto Libri, Roma 2000.

Fanon F., *I dannati della terra*, Einaudi, Torino 2007.

Fisher M., *Realismo capitalista*, Nero, Roma 2018.

Foot J., *La "Repubblica dei matti" – Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli Editore, Milano 2014.

Foucault M., *Follia e psichiatria – Detti e scritti 1957-1984*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.

Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano 1997.

Frances A., *Primo, non curare chi è normale*, Bollati Boringhieri, Torino 2013.

Gaston A., *Genealogia dell'alienazione*, Feltrinelli, Milano, 1998.

Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2003.

Kuhn T., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 2009.

Laing R.D., *La politica dell'esperienza*, Feltrinelli, Milano 1990.

Long G., Perduca M., Re T. (a cura di), *È la dose che fa il veleno*, Reality book, Roma 2021.

Ongaro Basaglia F., *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino 1982.

Pollan M., *Come cambiare la tua mente*, Adelphi, Milano 2019.

Rotelli F., *L'istituzione inventata*, Alpha-Beta, Merano 2015.

Rovatti P.A., *Restituire la soggettività. Lezioni sul pensiero di Franco Basaglia*, Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano 2013.

Saraceno B., *Sulla povertà della psichiatria*, Derive approdi, Roma, 2017.

Saraceno B., *Salute globale e diritti*, Derive Approdi, Roma 2022.

Saraceno B., *L'ultima lezione: trattare bene le persone*, www.conferenzasalutemente.it.

Seikkula J., *Il dialogo aperto*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2014.

Whitaker R., *Indagine su un'epidemia*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2013.