Che cosa è oggi la psichiatria? Luci e ombre della *global mental health*

Benedetto Saraceno

Gli anni 1993-2009 sono stati anni cruciali per l'affermarsi di una «disciplina» nuova denominata global mental health. *Il «discorso della salute mentale globale» è nutrito dalle direttive della Oms e della Unione europea, dalle norme della convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità e dai contributi di alcuni prestigiosi centri anglosassoni di ricerca. Anche se tale discorso risulta articolato, documentato, intelligente e sostanzialmente progressista, tuttavia esso fa prevalere gli aspetti di* advocacy *senza peraltro contribuire alla trasformazione della realtà dei servizi di salute mentale. Inoltre, la necessità di creare ampio consenso penalizza la riflessione critica sui contenuti di quello che il movimento di fatto intende promuovere nei paesi a parte un generico «aumento dell'accesso ai trattamenti». È urgente e necessario riprendere con forza la radicale riflessione critica di Franco Basaglia per controbilanciare l'influenza del discorso della* global mental health *pur senza negarne alcuni contributi normativi di grande importanza.*

1. 1993-2009: anni cruciali per la costruzione del «discorso globale» sulla salute mentale

Nel 2009 a Londra si costitituiva il *Movement for Global Mental Health* che veniva a cristallizzare un insieme di attività iniziate quindici anni prima. Si trattava di attività che avevano creato importanti sinergie fra una intensa attività normativa della Organizzazione mondiale della salute (Oms) e numerose attività di ricerca e di *advocacy* condotte da alcuni prestigiosi centri di ricerca prevalentemente di cultura e lingua anglosassone. Ma guardiamo le cose con ordine e dall'inizio. Già nel 1993 il *World Development Report* della Banca mondiale grazie alla utilizzazione dei *Dalys* (*Disability Adjusted Life Years*) mostrava il ruolo prominente delle malattie mentali e neurologiche soprattutto per il loro contributo alla disabilità. Ma fu soltanto nel 1995 che il Dipartimento di Social medicine di Harvard pubblicava un rapporto che avrebbe in-

fluenzato in maniera determinante i futuri sviluppi della salute mentale globale (Desjarlais e al., 1995). La pubblicazione di Harvard presentava per la prima volta le malattie mentali non come semplici eventi biomedici indipendenti dal contesto sociale, economico e culturale in cui si sviluppano, ma come fenomeni bio-psico-sociali determinati o co-determinati da variabili politiche, socio-economiche e culturali. Si pensi che fino ad allora il maggiore sforzo per uno sguardo globale sulle malattie mentali era stato nel 1992 con la Classificazione dei disturbi mentali e comportamentali della Oms (Who, 1992): il cosiddetto *common language*, tuttavia, non era altro che la globalizzazione del tradizionale modello biomedico delle malattie mentali creato nell'Ottocento dallo psichiatra tedesco Emil Kraepelin. L'operazione culturale avviata dal gruppo di Harvard guidato da Leon Eisenberg e successivamente proseguita da Arthur Kleinman rompeva decisamente col modello biomedico astorico della malattia mentale e prendeva in considerazione i determinanti sociali. Fenomeni come la povertà, le disuguaglianze sociali, la classe sociale, l'alfabetizzazione e il livello educativo, il genere, l'appartenenza etnica, il contesto socio-politico, la esposizione ai traumi generati da disastri naturali o dalle guerre costituiscono tutti dei determinanti sociali che agiscono come fattori di rischio significativi. Il rapporto di Harvard non utilizzava le categorie diagnostiche della psichiatria ma introduceva sguardi crociati e prospettive complesse ben oltre l'asfittica dimensione biomedica. Gli autori crearono intorno al loro rapporto un'attenzione internazionale tanto che l'allora segretario generale dell'Onu, Boutros Boutros-Ghali accettò di presentarlo nella sede di New York delle Nazioni unite. Il gruppo di Harvard aveva dato l'avvio a un processo di globalizzazione del dibattito sulle malattie mentali che ancora oggi non si è arrestato. La proposta di Harvard interrogava molte istituzioni internazionali ma certamente fra di esse quella maggiormente messa in discussione dalla energia innovativa del rapporto era la Oms. Infatti, nel 1995, la divisione di salute mentale della Oms manteneva posizioni assai arretrate e fu costretta a confrontarsi con la nuova innovativa visione proposta dagli studiosi americani. Per mettersi al passo con le sfide lanciate da Harvard venne allora creato il programma speciale dell'Oms *Nations for Mental Health* (Who, 2002) teso a promuovere progetti ed esperienze innovative di salute mentale con una esplicita attenzione alle popolazioni più vulnerabili e prive di adeguata assistenza sanitaria. Malgrado risultati pratici modesti, *Nations for Mental Health* svolse un ruolo molto importante come catalizzatore di energie

e iniziative internazionali che aumentarono la consapevolezza dell'importanza per la salute pubblica della salute mentale e delle malattie mentali; per la prima volta i determinanti sociali e i diritti di cittadinanza erano al centro dell'attenzione del programma di salute mentale della Oms. Nel 2000, la nuova direttrice generale della Oms Gro Harlem Brundtland annunciava che nel 2001 il Rapporto mondiale, prodotto ogni anno dalla Oms su un tema prioritario di salute globale, sarebbe stato dedicato alla salute mentale. Dunque, improvvisamente, la salute mentale veniva posta in primo piano come priorità. Con una decisione senza precedenti fu deciso di dedicare anche la Giornata mondiale della salute 2001 alla salute mentale. Infine, fu deciso che durante l'Assemblea mondiale della Oms del 2001 i quasi duecento ministri della sanità di tutto il mondo avrebbero dedicato quattro sessioni di lavoro esclusivamente alla salute mentale. Si trattava di una impressionante e storica sequenza di eventi che proiettarono la salute mentale e le malattie mentali sul proscenio del grande dibattito internazionale di salute pubblica. Il 7 aprile 2001 con lo slogan *Stop Exclusion - Dare to Care*, 155 paesi risposero all'appello della Oms e in centinaia di città si celebrarono eventi scientifici, artistici, culturali che ponevano per la prima volta al centro della discussione la questione della lotta alla esclusione e il diritto alla cura. La giornata mondiale fu celebrata nella sala del Consiglio esecutivo della Oms e fu letto il radicale testo di Antonin Artaud, *Lettera ai direttori degli ospedali psichiatrici* (Artaud, 1925). Si trattava di una inequivocabile e vibrata denuncia del potere della psichiatria sui malati che le sono affidati. Furono proiettati video che raccontavano di esperienze innovative in Africa e in Asia nonché uno che illustrava l'esperienza di chiusura e superamento del manicomio di Trieste: anche la visione teorica e pratica di Franco Basaglia entrava con forza a sfidare le atmosfere ufficiali e le dichiarazioni rituali della Oms. Grégoire Ahongbonon, un ex riparatore di pneumatici che ha dedicato anima e corpo alla liberazione dei pazienti internati nei manicomi della Costa d'Avorio, raccontò la sua esperienza mostrando le crude immagini dei malati ridotti allo stato animale e successivamente i loro volti tornati umani e pieni di dignità dopo la loro liberazione dalle catene del manicomio. Nell'ottobre dello stesso anno chiudeva questa sequenza storica di eventi la pubblicazione del rapporto mondiale della Oms dedicato alla salute mentale (Who, 2001). Il rapporto ebbe un impatto straordinario dentro il mondo della psichiatria, della salute mentale e della sanità pubblica in genere. Il primo capitolo si intitolava, e non a caso, «Un approccio di Salute

Pubblica alla Salute Mentale» e a esso facevano seguito un capitolo sulla epidemiologia dei disturbi mentali e sui loro determinanti e un capitolo sui trattamenti, che mostrava la complessità degli interventi ben oltre la tradizionale psichiatria biomedica. Il modello biomedico, promosso fino allora dalla Oms, veniva sostanzialmente e ufficialmente ridimensionato. Gli ultimi capitoli del rapporto rappresentavano la vera grande novità: all'enfasi sulle malattie si sostituiva quella sulle politiche di salute mentale e sulla organizzazione dei servizi. Dunque, non si trattava più soltanto di fare una epidemiologia che contava i malati nel mondo e classificava le loro malattie ma piuttosto di fare i conti con le risorse esistenti e con quelle necessarie per far fronte a quelle malattie. Si transitava da un modello clinico ad uno di sanità pubblica. Si mostravano esempi di pratiche innovative di psichiatria comunitaria e una enfasi speciale era data all'esperienza italiana che cessava di essere una *bizzarria italiana* per divenire un modello di riferimento internazionale. L'ultimo capitolo del rapporto suggeriva un decalogo di azioni da intraprendere e un modello a matrice che consentiva di adattare le medesime grandi azioni di sanità pubblica a tre diversi scenari nazionali: paesi con basse, medie e grandi risorse. In tal modo si poneva fine alla *querelle* (in realtà alla scusa!) che troppo spesso dichiarava impossibili le azioni di rinnovamento perché esse avrebbero potuto solo realizzarsi in presenza di grandi risorse. Si mostrava invece che per *ogni* livello di risorse era *comunque* possibile promuovere processi di trasformazione e innovazione orientati alla creazione di servizi più umani, più giusti, più accessibili e più efficaci: tutte azioni che potevano essere intraprese qualunque fossero i livelli di risorse disponibili. È importante ricordare che successivamente, fra il 2001 e il 2012, si svilupparono importanti iniziative internazionali che, in collaborazione con la Oms, ponevano al centro della propria agenda quella che oggi si definisce la *global mental health*. Nel 2007 la prestigiosa rivista «The Lancet» e il suo editore Richard Horton adottavano formalmente la nozione di *global mental health* e si inserivano con autorevolezza nel dibattito aperto dalla Oms a partire dalla constatazione che l'Oms non è la sola istituzione che ha la responsabilità di rafforzare i servizi per la salute mentale. La Banca mondiale, i paesi donatori (come gli Usa, il Regno Unito e l'Unione europea), le Fondazioni (come Gates e Rockefeller), le Agenzia per la ricerca (come il National Institute of Health degli Usa), le associazioni professionali, tutti insieme condividono il dovere di fare della salute mentale un tema centrale delle loro strategie e dei loro finanziamenti» (Horton, 2007, p.

806). La nozione di *global mental health* veniva successivamente definita da Vikram Patel e Martin Prince in un articolo pubblicato da Jama («Journal of American Medical Association») nel 2010 come una nuova disciplina che combina ricerca e pratica e si propone il miglioramento della salute mentale in una prospettiva di equità per tutti gli individui e in ogni luogo del mondo (Patel e Prince, 2010). Secondo Patel e Prince la *global mental health* studia la epidemiologia delle malattie mentali nei differenti paesi, le differenti strategie di intervento, i processi di formazione, la struttura dei sistemi di salute mentale e i diritti umani delle persone con problemi di salute mentale: una definizione molto ampia che è però divenuta di uso comune. Sulle molte ambiguità del consenso talvolta acritico verso questa generica nozione di salute mentale globale si tornerà più avanti. Quello che qui interessa sottolineare è l'importanza che la rivista «The Lancet» attribuiva alla salute mentale, dedicando per la prima volta due intere monografie al tema, una nel 2007 e l'altra nel 2011. La prima serie di articoli («The Lancet», 2007) raccoglie importanti contributi che mostrano come la salute mentale rimanga un aspetto negletto dalla sanità pubblica anche se intimamente connessa e influente sulla salute generale delle popolazioni (*No Health without Mental Health* titola il primo articolo della serie). Le risorse per la salute mentale restano insufficienti, distribuite in modo iniquo e utilizzate in modo inefficiente.

La serie degli articoli enfatizzava con eccessivo ottimismo che esistono strategie e trattamenti efficaci e che si tratta *soltanto* di renderli accessibili e moltiplicarli in tutti i paesi. Un ottimismo tuttavia contrastato da uno degli articoli della prima serie di «The Lancet» in cui si sottolineava le barriere che si incontrano in tutti i paesi e che di fatto impediscono lo sviluppo di servizi di salute mentale efficaci e adeguati: il permanere di grandi istituzioni manicomiali accentrate nelle grandi città e la corrispondente assenza di servizi di salute mentale distribuiti sul territorio e dunque accessibili alle comunità, la difficoltà e resistenza a spostare investimenti e risorse dall'ospedale verso la comunità, le resistenze corporative degli psichiatri, la inadeguatezza dei servizi di medicina di base a integrare la salute mentale nella loro azione, la mancanza di un coordinato e coerente movimento di famigliari e utenti. Queste sono le barriere che più comunemente ostacolano lo sviluppo di sistemi di salute mentale moderni, efficaci, efficienti e capaci di promuovere i diritti umani e l'inclusione sociale (Saraceno e al., 2007).

La seconda serie di «The Lancet» (2011) poneva al centro alcuni aspetti della salute mentale globale che necessitano di più attenzione e

risorse: venivano analizzati gli stretti legami fra povertà e malattie mentali, le specificità e i bisogni di salute mentale dei bambini e degli adolescenti, la salute mentale nei contesti delle grandi emergenze umanitarie, la grave insufficienza delle risorse umane, le strategie per incrementare servizi e interventi nei paesi a basso reddito, le violazioni sistematiche dei diritti.

Non vi è dubbio che il corpus di conoscenze assemblato nelle due rispettive serie di «The Lancet» costituisca un complemento fondamentale ai documenti normativi della Oms, fornendo una prospettiva molto attenta al rigore scientifico e all'analisi delle evidenze che la letteratura scientifica degli ultimi dieci anni ha reso disponibili. Il Movimento globale per la salute mentale[1] che si è venuto creando intorno alla iniziativa di «The Lancet» ha scopi ambiziosi ma risente della sua origine accademica. L'ambizione è creare un network di individui e di organizzazioni impegnati al miglioramento della disponibilità, dell'accesso e della qualità dei servizi di salute mentale in tutto il mondo con speciale enfasi sui paesi a reddito basso e medio-basso.

Gli sviluppi più recenti (dal 2010 in avanti) del lungo cammino della Oms sono stati brillantemente guidati dalla nuova direzione della salute mentale rappresentata dall'indiano Shekhar Saxena. La nuova gestione non ha di fatto modificato la filosofia e le linee strategiche promosse nei dieci anni precedenti ma anzi ha saputo sviluppare con efficacia nuovi programmi. Nel 2013, la 66ª Assemblea generale della Oms ha adottato un piano di azione per il periodo 2013-2020 (Who, 2012) finalizzato a promuovere la salute mentale, a prevenire le malattie mentali e neurologiche, a sviluppare interventi di cura che promuovano i diritti umani e al tempo stesso che riducano la mortalità, la morbilità e la disabilità associate alle malattie mentali. Il piano di azione dovrebbe contribuire al rafforzamento delle competenze dei leader e dei pianificatori della salute mentale e dello sviluppo delle loro capacità di formulare politiche per la salute mentale e di progettare servizi basati sulle esigenze di una comunità. Infine, va anche segnalato che nei prossimi mesi del 2018, «The Lancet» pubblicherà il rapporto di *The Lancet Commission on Mental Health* che una volta di più raccoglierà il meglio della riflessione epidemiologica e di *public mental health* facendo il punto sullo stato delle conoscenze. Ancora una volta il «discorso globale» si mostrerà capace di aperture intelligenti ma ancora una volta mostrerà la sua sostanziale incapacità di modificare l'arretratezza della realtà dell'assistenza psichiatrica.

[1] Cfr. il sito internet www.globalmentalhealth.org/.

2. Un quadro complesso a tre dimensioni

Il quadro generale che illustra lo statuto della *global mental health* è in realtà molto complesso e vede coesistere in sostanziale disarmonia e ambigua incoerenza tre dimensioni: a) la psichiatria come disciplina biomedica; b) le pratiche assistenziali e di cura nei servizi reali; c) il «discorso» della salute mentale globale.

a) *La psichiatria*. Essa si trova in uno stato di grande povertà, epistemologica e morale. Come bene sintetizza Angelo Barbato (2010) in un breve e magistrale articolo: «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». 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. La psichiatria invece di 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 nuove competenze, senza peraltro interrogarsi sulla inevitabile trasformazione epistemologica e metodologica che ogni inclusione comportava. La psichiatria – e la questione della diagnosi ne è specchio interessante – non sa e non vuole prendere atto che l'introduzione di variabili eterogenee, di sguardi diversificati, di nuovi universi, di nuove pratiche mediche e non mediche, di fatto modifica la sua struttura, la ridefinisce e la reinterroga (Saraceno e Gallio, 2013). La psichiatria è 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 essa 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. 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 la 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*.

Quando la psichiatria dei paesi ricchi esporta se stessa nei paesi poveri porta con sé le sue componenti più definite, definibili e compatte ossia le sue tecniche diagnostiche e di trattamento biomedico e così si autoriproduce. La psichiatria locale nei paesi a basso reddito assume allora una posizione culturalmente subalterna e cerca di riprodurre in scala più modesta modelli che però hanno già dato una prova di sè quantomeno discutibile nei paesi di origine. Le associazioni professionali agiscono il più delle volte come il volano di questa infinita e acritica riproduzione.

b) *Le pratiche assistenziali e di cura dei servizi reali.* E qui c'è di tutto: ci sono le esperienze storiche di deistituzionalizzazione tuttora vive e potenti. Trieste prima fra tutte ma anche altre realtà italiane e altri paesi (si pensi a Birmingham nel Regno Unito, a Oviedo nelle Asturie, alle molte città brasiliane teatro di lotte e radicali innovazioni – Santos, Rio Grande do Sul, Recife, Belo Horizone –, alla Patagonia della provincia di Rio Negro). Non dimentichiamo che accanto a queste eccellenze esistono altre esperienze di creazione di servizi di salute mentale nella comunità, magari meno note o

più limitate. Accanto a queste isole di trasformazione e di pratica critica vi sono poi le centinaia di servizi che praticano una dignitosa assistenza psichiatrica collocata al di fuori dei contesti vetero istituzionali senza tuttavia preoccuparsi che tali contesti continuino a esistere e continuino a sequestrare una rilevante frazione della loro stessa utenza. Infine, la maggioranza dei servizi psichiatrici, siano essi nei paesi ricchi dell'Occidente o in quelli meno ricchi e poveri dei paesi a medio e basso reddito: i manicomi di sempre, la violenza fisica e psicologica di sempre, le violazioni sistematiche dei diritti formali e sostanziali, la autoriproduzione della assenza di progetto umano e civile per gli utenti.

c) *Il discorso globale*. In mezzo a queste due dimensioni – una disciplina psichiatrica misera e una realtà assistenziale variegata con punte di eccellenza e punta di orrore – esiste o meglio co-esiste il «discorso della salute mentale globale».

Tale discorso è nutrito da:

- le direttive della Oms;
- le norme della convenzione delle Nazioni unite (2006) sui diritti delle persone con disabilità;
- le numerose direttive e documenti della Unione europea in materia di salute mentale e fra essi alcuni testi decisamente progressisti (Killaspy e al., 2018);
- i contributi di alcuni prestigiosi centri di ricerca - che sviluppano soprattutto formazione e ricerca (London School of Hygiene and Tropical Diseases e Institute of Psychiatry King's College a Londra; Lisbon Institute of Global Mental Health a Lisbona; Public Mental Health Center a Cape Town; Department of Social Medicine a Harvard; School of Population and Global Mental Health a Melbourne).

Non vi è alcun dubbio che questo «discorso» è articolato, documentato, intelligente e sostanzialmente progressista, ma occorre chiedersi – ed è giunto il momento di tentare di rispondere al quesito che costituisce il titolo di questo contributo – che cosa è la *global mental health*? Diciamo che si tratta di un movimento internazionale che ha contribuito e continua a contribuire in modo sostanziale alla:

- promozione di modelli di comprensione della malattia mentale olistici e non limitati al tradizionale modello biomedico;

- riflessione/valutazione/disseminazione di modelli di servizi per la salute mentale con un deciso orientamento comunitario e con forte attenzione alla questione dei diritti degli utenti.

Tuttavia nelle attività della *global mental health:*

- prevalgono gli aspetti di *advocacy* (ossia le azioni di promozione del diritto delle persone con disabilità mentale a essere curate) sulle effettive azioni di trasformazione della realtà dei servizi di salute mentale;
- le risorse finanziarie mobilizzate sono essenzialmente dirette a un gruppo ristretto di ricercatori con l'effetto positivo di promuovere ricerca nei paesi a basso e medio reddito ma al tempo stesso con un rischio significativo di riprodurre logiche accademiche che alla fine premiano un limitatissimo numero di ricercatori di centri di ricerca situati in paesi ricchi;
- la necessità di creare ampio consenso penalizza la riflessione critica sui contenuti di quello che il movimento di fatto intende promuovere nei paesi, al di là del generico *miglioramento della salute mentale*;
- la necessità di creare ampio consenso penalizza anche la capacità di scelte di campo nette e non ambigue nei confronti dei «crimini di pace» commessi dalle psichiatrie locali in ogni parte del mondo;
- infine, è decisamente troppo poco critico l'atteggiamento verso le responsabilità gravissime della industria farmaceutica.

3. Necessità di riprendere con forza la radicale riflessione critica di Franco Basaglia

Risulta chiaro come non si possa guardare a questi vent'anni di salute mentale globale come a un percorso trionfale senza ombre, caratterizzato dal progresso nel riconoscimento dell'importanza delle malattie mentali e dall'aumento delle risorse disponibili per il loro trattamento. Al contrario, occorre riflettere su alcune importanti ambiguità che hanno caratterizzato la nascita e l'evoluzione del movimento della salute mentale globale.

a) Innanzitutto è necessario riflettere sull'uso confuso e intercambiabile dei termini *salute mentale* e *malattia mentale* e l'uso politically correct ma ambiguo della denominazione di servizio di salute mentale per indicare un servizio psichiatrico che si occupa essenzialmente

di malati. Troppo spesso infatti si parla di servizi di salute mentale alludendo a servizi psichiatrici che si occupano della malattia mentale ma che non considerano affatto azioni per la promozione della salute mentale e la prevenzione primaria nella popolazione generale. *Strictu sensu* si dovrebbe distinguere fra la nozione di salute mentale intesa come la desiderabile condizione a cui tutta la popolazione deve poter aspirare e accedere e la nozione di malattia mentale intesa come una specifica condizione che riguarda una parte definita della popolazione generale.

Anche se è comprensibile e più che condivisibile lo sforzo di demedicalizzare e depsichiatrizzare l'intervento sulla malattia mentale che ha bisogno di sguardi ben più ampi di quello angusto del modello biomedico, la soluzione però di rendere intercambiabili le nozioni di salute e malattia determina non solo molta confusione ma anche molti rischi. Primo fra tutti quello di non sapere bene di cosa si sta parlando. La salute mentale è un'aspirazione, un diritto, un punto di arrivo che va perseguito con strumenti più complessi e complessivi di quelli detenuti dalla psichiatria. Pensare che la psichiatria possa da sola perseguire la salute mentale rischia di legittimare la psichiatria a tralasciare la doverosa attenzione alla malattia mentale per rivolgersi a una generica azione di promozione della salute mentale. Questa situazione paradossale è molto comune nei paesi ove le risorse per la malattia mentale sono insufficienti, i servizi sono scadenti e gravemente inadeguati: gli psichiatri sono ben contenti di dedicarsi alla promozione della salute mentale attraverso generiche e incerte attività di educazione della comunità e al tempo stesso lasciano immodificate le condizioni miserabili delle istituzioni preposte alla cura delle malattie mentali.

b) In secondo luogo è necessaria maggiore chiarezza rispetto alle dimensioni del problema globale delle malattie mentali. Le dimensioni del problema infatti mutano a seconda dell'*oggetto* di cui si decide di occuparsi e dunque è necessario definire di quali malattie ci si occupa quando si parla genericamente di *global mental health*. Va ricordato che tutte le stime fatte dalla Banca Mondiale, dalla Oms e da molti gruppi internazionali di ricerca considerano spesso un gruppo di malattie molto vasto, eterogeneo e definito come *malattie neuropsichiatriche*. In questo gruppo si trovano insieme i *disturbi mentali e del comportamento,* così come classificati dalla Classificazione internazionale delle malattie della Oms e le *malattie neurologiche*. In altre parole, i dati che spesso si utilizzano per mostrare il

peso relativo delle malattie mentali si riferiscono sia alle malattie mentali sia a quelle neurologiche: ne risulta una evidente inflazione statistica.

Inoltre è necessario chiarire i criteri che definiscono un *caso* di malattia mentale e lo distinguono da un *non-caso* poiché i criteri che si impiegano per definire un *caso* possono essere più o meno inclusivi. I valori soglia possono variare a seconda non solo dello stato delle conoscenze scientifiche ma soprattutto di altre variabili quali la pressione del mercato dei farmaci o semplicemente possono dipendere da criteri più o meno inclusivi utilizzati dai ricercatori. Questo è esattamente quello che sta succedendo in psichiatria grazie a una forte arbitrarietà del discrimine fra caso e non-caso, grazie agli interessi talvolta convergenti di psichiatri e industria e grazie infine alla mediatizzazione della malattia mentale che pervade la quotidianità e si appropria di tutti i fenomeni *normali* di sofferenza psicologica e sociale trasformandoli in *malattie*. Il legittimo stress conseguente a un evento traumatico o la fisiologica depressione che consegue a un lutto vengono psichiatrizzati cosicché per ogni sofferenza vi sia una diagnosi. Dopo l'11 settembre abbiamo assistito alla proliferazione di casi di *post traumatic stress disorders* e all'imporsi del *mercato* che si è venuto creando intorno a questa ambigua diagnosi in tutte le aree di emergenza. Analogamente, è urgente contrastare la sistematica psichiatrizzazione dei problemi scolastici, dei conflitti sociali, delle insoddisfazioni e delle rabbie giovanili che aggrediscono soprattutto i gruppi più vulnerabili.

La psichiatria decontestualizza la sofferenza e con l'ottimismo (non si sa se stolto o doloso) del *common language* ossia dell'universalismo biomedico ha contribuito a cancellare le differenze fra culture, le specificità dei contesti sociali e politici, le condizioni economiche, per celebrare una universalità della malattia psichiatrica e della sua espressione rassicurante ma ancora indimostrata.

c) Infine, bisogna prendere atto che la psichiatria non si preoccupa di modificare l'impatto dei determinanti sociali sulla salute mentale di individui e comunità. Alle conoscenze teoriche sulle associazioni significative fra determinanti sociali e malattie mentali non corrispondono interventi coerenti ed efficaci. Tale divorzio fra conoscenze e azioni è sostanzialmente dovuto al fatto che molto spesso ci si trova innanzi a macrodeterminanti quali la povertà, il livello culturale, la disoccupazione, la perdita del lavoro, ossia con-

dizioni di grave svantaggio sociale il cui cambiamento è al di fuori della influenza non solo della psichiatria ma più in generale della medicina e dei sistemi sanitari. Tuttavia la pervicace convinzione che i determinanti sociali sono modificabili *soltanto* attraverso interventi *top-down* di natura politica, macro economica e macro sociale costituisce di fatto una scusa per la psichiatria (e per la medicina in generale) che così si autorizza a ignorare le molte e straordinarie possibilità di intervento preventivo, curativo e riabilitativo fondato su azioni che modificano i processi di determinazione sociale della sofferenza e della esclusione sociale. Infatti ogni intervento capace di modificare il reddito di un utente, il suo livello culturale, la sua residenzialità o la sua possibilità di fruire di più e meglio delle risorse del welfare è di fatto un intervento sui determinanti sociali anche se si tratta di un'azione *bottom-up* invece che *top-down*. Ogni volta che la psichiatria si sottrae a questa responsabilità essa contribuisce alla propria intrinseca antiterapeuticità.

A conclusione possiamo dire che, malgrado la grande retorica e il trionfalismo intorno alla *global mental health* e ai temi che tratta, il consenso sull'ambizione di aumentare globalmente l'accesso ai trattamenti va scrutinato con grande attenzione. Quali sono infatti le implicazioni dell'ampliamento dell'accesso ai trattamenti così come raccomandato dal discorso della *global mental health*? È sufficiente diminuire il *gap* fra trattati e non trattati? Quali sono le implicazioni in termini di *diritti*, ossia all'aumento della popolazione dei trattati corrisponde un effettivo aumento dei loro diritti? È il trattamento un diritto in sé (come è il caso delle vaccinazioni o dei farmaci essenziali) oppure la qualità del trattamento è inscindibile dalla sua eticità e pertanto il trattamento diviene un diritto *soltanto* se sono garantiti i suoi standard etici e tecnici? Dunque, esportare pacchetti di trattamenti non significa in realtà ipersemplificare e ignorare l'immenso impatto del contesto sul trattamento in cui esso viene offerto? (Ricevere un farmaco legati a un letto o in ambulatorio non è infatti una differenza irrilevante!). Esportare pacchetti che contengano anche procedure di intervento psicosociale senza tuttavia modificare il sistema e l'organizzazione dei servizi non significa nella pratica favorire la esclusiva promozione dei soli trattamenti farmacologici?

Infine, una domanda probabilmente retorica: la *global mental health* si pone seriamente il problema di un mutamento di paradigma o semplicemente ripropone in modo più articolato e intelligente il modello tradizionale della psichiatria biomedica?

Riferimenti bibliografici

Artaud A., 1925, *Lettre aux médecins chefs des asiles de fous*, «Révolution surréaliste», n. 3, p. 22, 15 aprile.

Barbato A., 2010, *Si accettano scommesse sulla sopravvivenza della psichiatria nel prossimo futuro*, in Ravazzini M. e Saraceno B. (a cura di), *Governare Confusioni Urbane,* il Saggiatore, Milano, pp. 157-169.

Desjarlais R., Eisemberg L., Good B. e Kleinman A., 1995, *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries,* Oxford University Press, New York.

Horton R., 2007, *Launching a New Movement for Mental Health*, «The Lancet», vol. 370, n. 9590, p. 806.

Killaspy H., McPherson P., Samele C., Keet R. e Caldas de Almeida J.M., 2018, *Providing Community-Based Mental Health Services*, Eu Compass for Action on Mental Health and Well-Being, Bruxelles.

«The Lancet», 2007, *Global Mental Health Series*, «The Lancet», Londra.

«The Lancet», 2011, *Global Mental Health Series*, «The Lancet», Londra.

Patel V. e Prince M., 2010, *Global Mental Health: A New Global Health Field Comes of Age*, «Journal of American Medical Association», n. 3033, pp. 1976-1977.

Saraceno B., van Ommeren M., Batniji R., Cohen A., Gureje O., Mahoney J., Sridhar D. e Underhill C., 2007, *Barrieres to Improvement of Mental Health Services in Low-Income and Middle-Income Countries*, «The Lancet», vol. 370, n. 9593, pp. 1164-74.

Saraceno B. e Gallio G., 2013, *Diagnosi, «common language» e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale*, «*Aut Aut»,* n. 357, pp. 21-37.

Saraceno B., 2017*, La povertà della Psichiatria*, Derive e Approdi, Roma.

Nazioni unite, 2006, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Nazioni Unite, New York.

Who - World Health Organization, 1992, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders,* Who, Ginevra.

Who - World Health Organization, 2001, *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*, Who, Ginevra.

Who - World Health Organization, 2002, *Nations for Mental Health*, Who, Ginevra.

Who - World Health Organization, 2012, *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020,* Who, Ginevra.