

I MODI PER DIRE E PROMUOVERE SALUTE MENTALE DOPO LA LEGGE 180

Cinzia Migani*, Ivonne Donegani**, Maria Francesca Valli***

Parole chiave: Promozione della salute mentale, salute, malattia, reti, Emilia Romagna

I percorsi di promozione della salute mentale e di inclusione sociale riguardano - come ci è stato più volte ripetuto - le diverse sfere d'azione della persona. Il tema cruciale ancora oggi però sembra essere come ci posizioniamo nel far sì che questo accada, diventi realtà. Là dove lo sguardo si eleva ad osservare da una certa distanza, è possibile intuire la fitta trama che investe il "campo" in senso lewiniano, delle micro-macro azioni sul singolo e comprendere l'impossibilità di dividere in modo preciso gli ambiti di pertinenza, senza perdersi in operazioni prive di contatto con il reale, così come ci appare e come pervade la nostra quotidianità. Lo stesso è pensabile a livello di responsabilità sociale laddove le competenze di ciascuno non possono offrirsi come specialismi a sé stanti senza prestare il fianco alle, spesso pertinenti, lamentazioni dei cittadini verso le burocrazie e le inadempienze dei servizi socio-sanitari.

Ma cosa impedisce ai tecnici in ancora troppe ed inaccettabili situazioni di mettersi a disposizione della contaminazione, senza tradire il loro mandato sociale, la loro identità professionale e l'appartenenza a servizi, che hanno già mostrato di sapere e potere far funzionare?

E dire che il composito percorso nazionale ha messo in evidenza che la riforma psichiatrica non è riducibile ad esperienze maturate in un unico campo, ma come sia, a pieno titolo, figlia della complessità. Tale svolta infatti, pur poggiando sulla maturazione di conoscenze in campo teorico-scientifico delle figure impegnate nella salute mentale, è stata resa possibile grazie ad un movimento di idee a carattere nazionale ed internazionale espresse e sostenute da forti istanze sociali, culturali e politiche che hanno agito da volano nei microcosmi locali traendone contemporaneamente linfa dalla loro vitalità e produttività. Un percorso che fonda le sue radici anche nella ricerca di nuovi modi di immaginare, identificare, menzionare, significare i contesti che fino a trenta anni fa riconducevano inequivocabilmente al pianeta manicomiale. Un percorso che ha permesso di potere finalmente comunicare in altro modo le vicende legate al disagio psichiatrico, e di costruire una realtà di riferimento¹ decisamente diversa da quella di trent'anni fa. Scrivevano negli anni '80 Giacanelli e Giacanelli Boriosi²: "Tutto il peso della storia della psichiatria lo ritroviamo ancora oggi nelle sue parole. Esse fissano un frammento di realtà umana e lo caricano di significato, il più spesso negativo. (...) Per questo la gente si è abituata a diffidare: sente che le parole della psichiatria possono essere pericolose". L'orientamento avviato nel contesto della legge 180 è, invece, il tentativo di trovare nuove parole alla psichiatria, a partire dalla messa tra parentesi della malattia (ma non della persona), e giunge alla messa in discussione del medico e del

ruolo onnipotente di cui era investito, sino ad arrivare a considerare la salute come³ “bene collettivo nella cui gestione ciascun membro della società deve essere coinvolto”. La riforma delle parole supera, senza dimenticare, molto di quello che era legato profondamente a giudizi di valore, del tipo normalità/anormalità, al linguaggio medico-scientifico (basta pensare al “centro di igiene mentale” ed alle connotazioni positiviste che comporta) e regala alla città il costituirsi dei “servizi” e la possibilità di rivendicare “il diritto alla salute dei cittadini”. Questi sono i termini chiave con i quali alla fine degli anni '80 ci si accingeva a costruire e sperimentare sul livello pratico ed operativo il cambiamento. La perdita di un istituzione come quella manicomiale, totalizzante per chi era “dentro” (compresi medici ed infermieri), tranquillizzante per “il fuori”, ha lasciato ancora viva l'esigenza di entrata in campo del territorio e della città nella definizione di salute. Concetti attuali come quello di salute e quello di sostenibilità ci guidano alla comprensione delle direzioni dell'agire avviate dalla riforma; essi sono culturalmente determinati e socialmente costruiti, sebbene spesso vengano concepiti come se si riferissero a realtà inequivocabili ed immutabili. Quando però “ci si domanda che cosa sia la salute e cosa sia la malattia, come realtà concrete in rapporto con la vita che viviamo ci si rifà ancora ad una definizione ovvia che rende paradossale la domanda stessa, e cioè che la malattia è un non essere nella salute e che la salute è un non essere nella malattia”⁴. Il dualismo culturale-scientifico è stato superato nelle formalizzazioni più recenti che riconoscono pari dignità alle due facce della medaglia; salute e malattia come *continuum* che riguarda il livello personale ed insieme delle persone-nella-società. L'O.M.S. definisce la salute mentale come uno “stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità”⁵. L'uomo e la salute hanno abbandonato nel nostro paese la solitudine del manicomio e sono stati incoraggiati a tornare nella comunità. Ma questo non basta per scongiurare il rischio, soprattutto per chi soffre di disturbi psichiatrici, di essere posti al margine della società. Le costruzioni formali rispetto a questo passaggio sono state in alcuni casi troppo rapide rispetto alla costituzione di nuove pratiche psicosociali che potessero sostenere i cambiamenti fino a farli diventare realmente acquisiti. Ci troviamo di fronte alla necessità di una “difficile rinuncia del paradiso”⁶ che smuova la tentazione di rifugiarsi nella rassegnazione o nell'inconsapevole ritorno alla “sicurezza sociale” del manicomio, per prendere coscienza di limiti e contraddizioni quali elementi del processo: “il limite ha infatti una natura bifronte: nel ridurre lo spettro infinito di possibilità che affollano l'orizzonte dell'esperienza, esso rende possibile l'esperienza dotata di senso”⁷. È necessario prendersi cura dei servizi sul territorio, ritematizzando la loro funzione sulla base del potenziale creativo dell'esperienza e delle più recenti acquisizioni culturali. Il concetto di sostenibilità, ad esempio, ben traduce l'esigenza di servizi che si prendano cura della persona continuando ricercare e a costruire le possibili soluzioni nel e con il contesto locale e ad investire su comunità capaci di incrementare

la propria competenza nella cura del territorio. In questo senso la salute mentale è bene comune e al “prenderci cura” della persona nel territorio occorre affiancare un “prenderci cura” dei processi culturali in atto, delle politiche locali, dell’ *empowerment* delle comunità attraverso la promozione di partecipazione civica. È, infatti, ⁸“affrontando insieme i problemi che la comunità può nascere come un bene comune costituito dai cittadini stessi. La mobilitazione di utenti, operatori dei servizi, cittadinanza, familiari, ad interrogarsi su come costruire reti ha già portato alla costituzione di risposte creative capaci di generare nuove connessioni”.

Ma nonostante tutto non sembrano sufficienti a lasciare tracce durature per il consolidamento di sicure ed innovative pratiche sociali che riescano ad uscire dai microcontesti, in cui sono state sperimentate, per diventare esperienze trasferibili in contesti più ampi. In questo caso l’inevitabile e necessaria dialettica fra micro e macro sembra perdere di vitalità, gli schemi consueti di azione se pur logori ed inattuali sembrano rassicurare tutti. Rimane aperto il problema del consolidamento e della trasferibilità delle pratiche perché non si studiano a sufficienza i dispositivi organizzativi/sociali che le rendono possibili, perché spesso rimane vivo il timore di impoverirsi e di indebolire la propria identità nell’incontro con l’esperienza degli altri.

Anche se ancora è troppo presto per cogliere la reale portata innovativa, per comprenderne a pieno il valore, l’estensibilità dei dati raccolti e la validità delle ipotesi che l’hanno alimentata segnaliamo la fecondità dell’incontro fra le reti interistituzionali della salute mentale e quelle della cultura teatrale, formalmente riconosciute, nel promuovere salute e coesione sociale

Lo mostra, per quanto riguarda l’Emilia-Romagna- l’esperienza maturata con il progetto “Teatro e Salute Mentale: prassi e riflessioni teoriche in rete per il benessere sociale”⁹. Nello specifico del progetto l’attivazione delle reti sulla salute mentale congiunta con quelle artistiche (direttori artistici, critici d’arte, registi ed attori, teatri) ha contribuito a stimolare cultura, sia teatrale che sanitaria. Alla contaminazione tra i due mondi, realizzata con una ricerca-azione sulle esperienze teatrali legate alla promozione della salute mentale e conclusa con un seminario finalizzato alla riflessione e scambio d’esperienze, hanno portato un importante contributo istituzioni locali, cittadini, volontari, operatori sociali e culturali, etc... I risultati raccolti stanno mostrando che è *possibile* sostenere la salute mentale in un processo non privilegiato (ed isolato) rispetto alla salute della comunità. Che con l’arte il servizio può accogliere modi altri di stare nel territorio, e chiamare a sé la vitalità del mondo culturale. Allo stesso modo la salute mentale, attraverso i suoi rappresentati, ha mostrato che ha molto da offrire ai mondi artistici, in termini di immaginazione creativa, soggettività, tensione vitale, come liricamente esprime anche A. Merini, splendida testimonianza dell’arte fecondata nella follia: ¹⁰“l’anima e soprattutto la follia vanno oltre le cose reali, immaginano una verità vera non contraffatta dal caso”. I risultati della progettazione partecipata di cui abbiamo avuto esperienza testimoniano la ricchezza incoraggiante di mondi che partecipano

alla promozione di salute mentale e l'esistenza di nuove parole e modalità nel far fronte ai bisogni degli utenti mobilitando le risorse della comunità nell'esercizio pieno della cittadinanza. Concludiamo riportando le parole di Peppe dell'Acqua: ¹¹“Le esperienze di questi anni hanno permesso di capire quanto la malattia, la diagnosi, la clinica in una parola, vadano messe alla prova proprio nella dimensione territoriale. (...) lì dove davvero funzionano i centri di salute mentale, lì dove le cooperative entrano nel mercato e producono lavoro, lì dove i servizi di diagnosi e cura sono aperti e attraversabili, dove tutti possono entrare e uscire, lì dove esistono appunto i luoghi dell'abitare, ebbene in questi luoghi la cronicità non c'è più. Ma non c'è perché garantiamo alle persone di vivere la cittadinanza, di vivere con dignità, di vivere in una possibile prospettiva di vita. (...) Di vivere la possibilità.”

Note:

- 1 P. L. Berger e T. Luckmann, 1966, *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. [trad.it. 1969, La realtà come costruzione sociale, Bologna, Il Mulino].
- 2 F. Giacanelli, E. Giacanelli Boriosi, 1982, “Le parole della psichiatria. Il cittadino e la salute mentale dopo la riforma sanitaria”, p. 74, Zanichelli, Bologna.
- 3 F. Basaglia, 1971, *Riabilitazione e controllo sociale*, in F. Ongaro Basaglia (a cura di), 1982, “Scritti II: 1978-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica”, p. 203, Torino, Einaudi.
- 4 F. Basaglia, *Condotte perturbate*, in F. Ongaro Basaglia (a cura di), 2005, “L'Utopia della realtà”, p. 277, Torino, Einaudi.
- 5 U.N.A.S.A.M., 2006, “La salute mentale in Europa”, pp. 34-35.
- 6 Sergio Manghi, 2000, “Il gatto con le ali. Tre saggi per un'ecologia delle pratiche sociali”, Asterios, Trieste, p. 37.
- 7 Ibidem, p. 42.
- 8 Amerio P., Il soggetto trascurato, in *Animazione Sociale*, Novembre 2004, anno 34, n°187, p. 10.
- 9 Il progetto è stato promosso da diversi attori istituzionali e del contesto sociale. Fra questi: Istituzione G.F.Minguzzi della Provincia di Bologna, U.N.A.S.A.M., C.S.V. di Ferrara, D.S.M. di Bologna, Ferrara e Forlì, Associazione Onlus “Arte e Salute”.
- 10 A. Merini, 2000, *L'anima innamorata*, p.46, Frassinelli, Piacenza.
- 11 P. Dell'Acqua, intervista a cura di R. Camarlinghi, 2008, *Le scommesse di Basaglia*, in “Animazione Sociale”, p. 13.

* *Filosofa, Istituto Minguzzi, Bologna*

** *Psichiatra, Bologna*

*** *Psicologa, Istituto Minguzzi, Bologna*