

9 focus

Il mestiere della cura

Come continuare a vedere il malato e non la malattia, le storie singolari e non le diagnosi

Testi di **Peppe Dell'Acqua**



«Che qualcuno prepari la colazione a Immacolata»

Come si fa a insegnare Basaglia?



«Che qualcuno prepari la colazione a Immacolata»

Per una clinica capace di abitare il territorio

Peppe Dell'Acqua

«**D**io fa il mondo e intanto pensa che potrebbe benissimo farlo diverso»⁽¹⁾. Così scrisse in un componimento scolastico il quasi adolescente Ulrich, protagonista di *L'uomo senza qualità* di Robert Musil. Ne nacque «un putiferio», e solo per poco il ragazzo non venne espulso dalla scuola, l'aristocratica Accademia Teresiana a Vienna. Prevedibile del resto: provocazioni del genere erano decisamente pericolose, andavano a scardinare le rigide fondamenta su cui la società, l'Europa, il mondo di allora poggiavano.

Una di queste era – come la chiamò un altro scrittore contemporaneo di Musil, Stefan Zweig – «la malattia della sicurezza», che derivava da *una concezione assolutamente statica, fissa della realtà*. Lo stato delle cose era un dato che non si poteva in alcun modo mo-

dellare: andava accettato e quindi prevalentemente subito. E qualora qualcuno avesse avuto la malaugurata idea di immaginarlo un cambiamento, quello era un nemico del mondo.

Eppure, la scandalosa bravata del giovane Ulrich era nientemeno che una pacifica dichiarazione di guerra, che Ulrich/Musil, una volta maturato, formulò con due luminose, essenziali parole: «senso della possibilità».

È a questo senso della possibilità, dell'impossibile che diventa possibile, dell'utopia che si traduce in realtà, *che bisogna tornare se si vuole parlare di salute mentale* per immaginare un futuro di cure e benessere sostenibili per tutti i cittadini⁽²⁾.

Nulla potrà più essere come prima

Ma parlare oggi del futuro della salute mentale in Italia vuol dire anzitutto *non dimenticare il passato*. Quello più remoto, segnato a fuoco dalle teorie e pratiche dell'Ospedale psichiatrico, e quello più recente, contrassegnato dall'immane sforzo di rivoluzionare teorie e pratiche aberranti e disumane. Teorie e pratiche che mai hanno prodotto un briciolo di salute, ma, al contrario, hanno alimentato e riprodotto

II

1/ Da *L'uomo senza qualità* di Robert Musil, Einaudi, Torino 1972.

2/ Da una conversazione di tanto tempo fa con Kenka Lekovich, mia cara amica, scrittrice e giornalista.

Malgrado la legge 180/1978, le persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale rischiano anche oggi di vedere calpestati i loro diritti, di subire abbandoni o cure oggettivanti, discriminazioni e perdita di ruolo.

la malattia riducendo soggetti, persone, cittadini a un'unica dimensione, a una sola opaca identità.

Malgrado tutto, una grande «rivoluzione» si è conclusa e nulla potrà mai più essere come prima. In Italia con la riforma è avvenuta una grande, impensabile «liberazione». Un cambiamento che non solo ha chiuso i manicomi pubblici, ma:

- ha riconosciuto il diritto di cittadinanza alle persone con disturbo mentale;
- ha mutato il vecchio rapporto tra psichiatria e giustizia;
- ha dato avvio alla formazione di un sistema di servizi di salute mentale ormai diffusi in tutto il territorio nazionale;
- ha mutato il destino di migliaia di donne e uomini con l'esperienza del disturbo mentale e dei loro familiari;
- ha avviato un radicale mutamento di atteggiamento culturale nei confronti di ogni forma di diversità evidenziando l'illibertà, la disuguaglianza e l'esclusione sociale.

E tuttavia le persone che hanno vissuto e che vivono l'esperienza del disturbo mentale rischiano di vedere calpestati i loro diritti, di subire abbandoni o, al contrario, attenzioni e cure ancora una volta oggettivanti, discriminazioni, isolamento, perdita di ruolo sociale.

Da uno sciopero la prima cooperativa

Facciamo un passo indietro. È il 1972, Trieste, Ospedale psichiatrico, 1.200 internati, *ergoterapia*.

Gli internati lavorano perché fa bene, è terapeutico. Gli internati lavorano e ogni fine settimana vengono pagati con una gazzosa, una spuma, un pacchetto di sigarette Alfa.

Si aprono le porte, si fanno assemblee, si discute di ogni cosa, tutti possono uscire, nel parco e in città. I lavoratori, quelli dell'ergoterapia, vedono così ridotto il loro unico vero compenso. Il reale vantaggio dell'ergoterapia, infatti, non era ricevere a fine della settimana la gazzosa, ma il premio era soprattutto la possibilità quotidiana di uscire per sottrarsi al tempo servo del reparto: lavare pentole e verdure in cucina, stirare e piegare le lenzuola, spalare la neve o il carbone, falciare l'erba. Azioni tutte che davano il privilegio, l'illusione, di vivere un tempo proprio: non essere annientati dall'assenza del tempo. Ecco che i lavoratori erano diversi, diversi dagli altri internati. Per poche ore al giorno non erano soltanto internati, non soltanto malati di mente.

Ma ora le porte si sono aperte e i lavoratori si sentono defraudati. Protestano nell'assemblea generale del giovedì: se il vantaggio, il compenso, non è più sottrarsi al tempo vuoto del reparto, allora che il lavoro sia vero, retribuito, contrattualizzato.

Riconoscere le persone

In quelle assemblee nasce la prima idea di cooperativa: le per-

sone che lavorano per i servizi dell'ospedale vanno retribuite. Un contratto, dicono, ci vuole un contratto. Idea bizzarra, siamo nel 1972, la legge sulle cooperative sociali arriverà soltanto nel 1991.

Il percorso da fare è assolutamente sconosciuto. Gli infermieri si alleano con gli internati e vedono nel riconoscimento del lavoro degli aspiranti cooperativisti una valorizzazione del loro lavoro. Non saranno più i pulitori, gli inservienti, i guardiani, finalmente verranno riconosciuti nel loro ruolo.

Si costruisce un'alleanza per un obiettivo comune, si generano contrasti con l'amministrazione provinciale. Il presidente Zanetti deve dare fondo a tutte le sue eccellenti capacità di amministratore per convincere l'assemblea del Consiglio Provinciale a sostenere un'impresa così bizzarra.

L'opposizione al presidente non demorde. Si dovrà arrivare allo sciopero! Quelli dell'ergoterapia incrociano le braccia. Per un giorno l'ospedale si ferma. Il percorso di riconoscimento della cooperativa si sblocca e si arriva alla firma del contratto: l'amministrazione provinciale affida le pulizie alla neonata cooperativa.

La firma di un regolare contratto sindacale garantisce in un solo momento 60 persone! La firma del contratto rimette tutto in gioco. Da qui si comincia a guardare con occhio diverso la persona con disturbo mentale e tutti, psichiatri per primi, sono costretti a interrogarsi sul loro ruolo, a mettere in discussione le sicurezze del potere disciplinare e istituzionale³.

È un passaggio cruciale e inevitabile (e non fu per niente semplice). È necessario riconoscerle queste persone, valorizzare la loro potenzialità, narrare la loro storia, sostenerle nel percorso durissimo e rischioso della riemersione. Questo vuol dire mettere tra parentesi la diagnosi, la clinica, la malattia. Al centro ora la persona, il soggetto, il cittadino.

||

3 / *Da Non ho l'arma che uccide il leone. La vera storia del cambiamento nella Trieste di Basaglia e nel manicomio di San Giovanni*, di Peppe Dell'Acqua, Edizioni alphabeta Verlag, Merano 2015.

Lo scenario etico della 180

Da questa rapida evocazione di un passaggio triestino e ripensando ad alcune delle tappe più intense dell'esperienza italiana, che ha portato alla chiusura dei manicomi, e alla *rivoluzionaria* 180, emergono alcune questioni su cui vale la pena soffermarsi.

La 180 ha configurato un nuovo scenario che è in primo luogo uno *scenario etico*. Penso che da qui si debba oggi ri/partire. E delle premesse che sostennero quella scelta di campo, bisogna ricominciare a discutere. Molte esperienze pratiche, ormai storiche, e moltissimi lavori in corso hanno fatto giustizia delle tante ideologie psichiatriche che hanno sempre legittimato il rapporto diseguale e oggettivante cui sono costrette le persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale.

Azzurro, il colore della libertà

Ancora un passo indietro. Marco Cavallo, il grande cavallo azzurro, storia della liberazione di tutti i *matti*, esce dall'Ospedale psichiatrico di Trieste nel 1973. È una limpida domenica, l'ultima di febbraio, pulita dalla bora quando le mura del manicomio crollano sotto la spinta dei desideri che Marco Cavallo porta dentro di sé.

Lo sciopero si è concluso, la prima cooperativa è cosa fatta, in uno dei primi reparti vuoti è nato

un cavallo. Il cavallo esce e va per la città seguito da 800 dei 1.200 internati che allora abitavano l'Ospedale psichiatrico. Il cavallo e il corteo dei matti, dei poveri cristi assieme ai cittadini, attraversano tutta la città. Di fronte al municipio si tengono discorsi, il corteo arriva sulla collina di San Giusto e invade festoso il piazzale del Duomo; si ferma infine nella scuola elementare del rione di San Vito. Nel cortile della scuola si fa festa fino a sera.

Il cavallo è azzurro, il colore del cielo, il colore del mare; il colore della libertà. *I poveri cristi* in corteo promettono la loro uscita futura e definitiva, rivendicano, inconsapevoli, la loro cittadinanza, *mostrano festosi le loro singolari identità* e ci costringono a ricordare le migliaia di persone che oggi, mezzo secolo dopo, vedono ancora soffocata, nella distanza degli ambulatori, nella piattezza delle diagnosi, nel gelo delle parole delle psichiatrie, la loro dignità, la loro unicità. La loro libertà ⁽⁴⁾.

Quando la libertà è terapeutica

La libertà è terapeutica, scrisse sui muri del San Giovanni (il manicomio di Trieste) Ugo Guarino ⁽⁵⁾. Dunque è *terapeutico, prima di tutto, liberare le persone*.

Con ciò non intendo dire che chi è matto può e deve fare ciò che vuole per essere magari alla fine abbandonato e costretto a vivere, nelle periferie del mondo e dell'a-

Marco Cavallo, il grande cavallo azzurro, storia della liberazione di tutti i matti, esce dall'Ospedale psichiatrico di Trieste nel 1973. È una limpida domenica, l'ultima di febbraio, pulita dalla bora. Il cavallo va per la città seguito da un corteo di internati del manicomio.

nima, la sua improbabile e fragile libertà. La questione della libertà va riportata alla sua dimensione cruciale, ineludibile e contraddittoria. E la dimensione della libertà non può non evocare la misura della responsabilità.

È proprio in questo campo di tensione, libertà/responsabilità, libertà/cura, libertà/emancipazione, che riuscimmo, riusciamo oggi, a tenere la rotta per costruire i servizi per la salute mentale, per orientare le scelte talora tesissime degli operatori, per scoprire le risorse e le infinite abilità di cui sempre, nonostante tutto, sono dotate le persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale.

Le persone con disturbo mentale *sono e non sono* capaci di vivere la loro dimensione contrattuale, la loro impossibilità di scegliere. Sappiamo che anche chi vive l'esperienza del disturbo schizofrenico – che il luogo comune vuole erroneamente come inguaribi-

||

4 / Ivi.

5 / Ugo Guarino (Trieste, 27 febbraio 1927 – Milano, 2 maggio 2016), triestino, pittore, scultore e grafico, ha collaborato attivamente dal 1972 al lavoro di apertura del manicomio prima e di promozione dei servizi territoriali poi. Il foglio «Arcobaleno» e gli improvvisati laboratori furono i primi segnali concreti ed evidenti del desiderio di comunicare degli internati. Imbarcatosi come mozzo su una nave da carico a Genova, ha vissuto negli Stati Uniti e in particolare a New York dal 1963 al 1967. Ha lavorato per alcune gallerie americane e ha frequentato le avanguardie artistiche degli anni '60. Nel 1979 per Feltrinelli, con *Zitti e buoni! Tecniche del controllo*, ha messo in fila le esilaranti e tragiche osservazioni grafiche del suo lavoro in manicomio.

le e devastante – si muove continuamente, momento dopo momento, su terreni diversi di capacità, e che mai la malattia *in sé* può condizionare totalmente le sue capacità di scelta. È la tutela della soggettività, l'attenzione a quella particolare esistenza, che diventa la condizione indispensabile per la costruzione e lo sviluppo di autentica libertà.

La clinica del territorio

Andare nel territorio è una radicale scelta di campo che per prima cosa pretende la conoscenza della storia, dei conflitti, delle opportunità, delle culture sedimentate in quell'area. Un territorio che non può che essere attraversato per andare verso le persone, incontrare la possibilità del lavoro terapeutico nelle relazioni, riconoscere conflitti e bisogni. Il Centro di salute mentale (CSM) 24h nella mia esperienza è il territorio.

Da questa insolita posizione i tentativi di cambiamento in quegli anni ci hanno permesso di capire quanto la malattia, la diagnosi, la clinica in una parola, vada messa alla prova proprio nella dimensione territoriale. Il lavoro che ci tocca fare per incontrare le persone si situa proprio in quello spazio incerto, aspro e tesissimo, *tra la clinica e il territorio*, i luoghi delle persone, delle relazioni.

Quanto più esploriamo (e ri/conosciamo) il territorio come luogo privilegiato del lavoro terapeutico, tanto più riusciamo a collocare in una possibile dimensione utile la clinica. Accade così che la malattia possa assumere una diversa visibilità in relazione alla persona, ai suoi bisogni, alla sua rete, alle sue capacità, e che la *forza sottrattiva della diagnosi* possa venire arginata.

La ragione del nostro stare nella comunità per tentare di restituire senso alla vita delle persone, valore alle loro scelte, sta nel *cercare con tutti i mezzi di riconoscere e arricchire il capitale sociale, umano, affettivo e relazionale* che gli uomini e le donne sempre possiedono. Abbiamo scoperto insieme andando per i rioni, nei condomini, nelle osterie quanto il senso

(e l'efficacia) della «presa in carico» si sostanzia proprio in questo punto.

Le persone entrano nel contratto sociale

La nascita della cooperativa (e di Marco Cavallo) svelava l'urgenza, allora, di assumere tutto il carico di bisogni (e desideri) che emergevano con l'ingresso delle persone nel contratto sociale; e dice oggi del rischio di marginalizzazione, di discriminazione, di immiserimento, di perdita.

Il campo di contraddizioni è aspro, le strade oscure e incerte. Ancora oggi, un ragazzo che vive l'esperienza dell'esordio psicotico rischia, nell'attimo stesso della diagnosi, di diventare invisibile. Viene rinchiuso in unità psichiatriche bunker, svanisce la sua storia, la sua voce diventa muta. Smarrisce il senso della sua vita.

L'incontro, l'accoglienza, la riduzione delle distanze tra gli operatori e le persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale mettono in discussione i modi, i tempi e i luoghi dell'agire psichiatrico e appaiono non più sopportabili ripetitività, sottrazione, oggettivazione, riproduzione di gerarchie.

Muta radicalmente la dimensione del tempo e del luogo: *non più i luoghi e i tempi della clinica, ma i luoghi e i tempi delle persone*, e cresce la visibilità della persona che comincia a narrare e vivere la sua storia.

Si potrebbe ricoverare Immacolata, ma poi?

Lavoravamo nel CSM di Barcola da non più di un anno, ogni giorno una scoperta, un rischio, un'incertezza. La strada non era segnata. Intorno alle 9 del mattino di un giorno di febbraio arriva Matteo. Si guarda intorno intimidito e disorientato, non sa se è quello il luogo che stava cercando. Gli hanno detto di andare in quel Centro a chiedere aiuto per sua moglie.

Da poco più di un anno si è trasferito a Trieste con la moglie e tre bambini. Vengono da un paese del Cilento. Un parente gli ha segnalato che poteva prendere in gestione un piccolo negozio di frutta e verdura.

Vivere a Trieste con tutta la sua famiglia non è affatto facile. Ora – dice – i bambini vanno a scuola e il suo piccolo negozio comincia a funzionare. Sua moglie non riesce a fare altro che occuparsi della casa e dei bambini, non hanno amicizie e men che meno parenti. Da qualche settimana sua moglie, Immacolata, fa tanta fatica ad alzarsi dal letto e da quattro giorni non riesce a preparare i bambini per la scuola.

Matteo esce all'alba per andare al mercato, i bambini restano in casa con la mamma. Con Matteo, che tiene chiuso il suo negozio, quella stessa mattina andiamo a trovare Immacolata.

È imbarazzata, teme la nostra presenza. La conoscenza della loro

Lavoravamo nel CSM di Barcola da non più di un anno, ogni giorno una scoperta, un rischio, un'incertezza. Intorno alle 9 di una mattina di febbraio arriva Matteo. Gli hanno detto di andare in quel Centro a chiedere aiuto per sua moglie.

storia si arricchisce, torniamo al centro sicuri che saremmo tornati quanto prima, anche il pomeriggio stesso.

Nella «riunione delle 2», la riunione del cambio turno, raccontiamo di Immacolata, Matteo e dei bambini. Una grave depressione. Immacolata si sente esausta e senza forze, un senso di vuoto e di impotenza la pervade, non prova più interessi per il presente né entusiasmi e speranze per il futuro. Trascorre intere giornate chiusa a casa, alternando lunghe ore di sonno a crisi di pianto e momenti di totale apatia, senza riuscire a trovare una via d'uscita. Il senso di colpa per la situazione che è andata creandosi in famiglia diventa ogni giorno più insopportabile.

Stiamo cominciando a capire che *non è della evidente depressione che dobbiamo parlare*, ma di un insieme di nostre emozioni e dei bisogni che Matteo quella mattina ci ha in qualche modo chiaramente rappresentato.

Bisognerebbe aiutare Immacolata, che qualcuno prepari la colazione ai bambini, che li accompagni a scuola e che Matteo possa andare tranquillo al mercato e ad aprire il suo negozio. Bisognerà che Immacolata riconosca in Nerina e Lucia, le due infermiere che l'hanno conosciuta quella mattina, due amiche possibili.

Sono gli anni prima della 180, il sistema di welfare a Trieste, benché presente, non è ancora in grado di riconoscere situazioni come questa. Si potrebbe ricoverarla nel reparto Accettazione dell'ospedale che ancora sta funzionando. Ma poi?

Con la velocità e l'entusiasmo di allora, saltando

ogni cautela burocratica, decidiamo che ogni mattina un operatore, prima di venire al Centro, passi da casa di Immacolata e che qualcuno andrà anche a ora di pranzo a portare qualcosa della nostra cucina.

Matteo così può andare a prendere i bambini a scuola, restando a casa nel pomeriggio con loro e la moglie. La prescrizione di un antidepressivo e di un ansiolitico completa il programma di sostegno a quella famiglia ⁽⁶⁾.

Andare per strade, condomini, rioni

È così che abbiamo imparato che il tempo della clinica, della malattia (e della psichiatria) è, se non ostile, ben diverso dal tempo della vita delle persone.

Nel territorio il rapporto di un servizio di salute mentale con le persone deve poter durare il tempo di una vita, senza che per questo la vita stessa si definisca come malattia, cronicità, inguaribilità. L'ospedale psichiatrico pretendeva tempi infiniti (e non da meno le psicoanalisi e le psicoterapie). Nei servizi che faticosamente sono cresciuti in Italia, la dimensione tempo deve al contrario riuscire a sviluppare la capacità di stare nei tempi brucianti dell'urgenza e di «tenere» nel corso del *tempo lungo* l'incontro e la relazione con le persone.

A Trieste, «ove son tristezze molte e bellezze di cielo e di contrade» ⁽⁷⁾, l'andare per le strade, i condomini, le case, i rioni ci ha permesso di scoprire luoghi impensati e ricchi di senso dove è possibile avvicinarsi all'altro anche in un'esperienza terapeutica inaspettata e finalmente vantaggiosa.

Si è reso quanto mai evidente che il luogo della presa in carico, della cura, della riabilitazione di per sé *non esiste*, e pertanto non può essere se non un luogo da inventare, *da immaginare nelle relazioni del*

quotidiano, da costruire nel riconoscimento dei soggetti, dei poteri, delle istituzioni che costituiscono quel territorio. Ed ecco che il luogo della cura sembra collocarsi proprio sulla soglia della casa delle persone. Come sulla soglia del Centro di salute mentale.

Non costringere le persone a una dimensione sola

So quanto le conseguenze del cambiamento, le convinzioni, le pratiche, le nuove organizzazioni facciano fatica a realizzarsi, a mettere fragili e ostinate radici. A Trieste è da sempre l'incertezza che sostiene l'impegno quotidiano che ha fatto seguito alla fine dell'OP.

So quanto queste scelte, una volta avviate, facciano fatica a resistere in una realtà ruvida e contraddittoria come quella che oggi viviamo. Dove una politica distratta ancora oggi sostiene le *psichiatrie che sottraggono e che impediscono e che spesso*, per eccesso di zelo o al contrario per dichiarata assenza, *riducono a una sola e immutabile identità*.

Psichiatrie – queste – che ritengono di validarsi sull'evidenza e pretendono dalle pratiche e dai servizi che hanno prodotto risultati confrontabili con le loro evidenze: le loro porte chiuse, i loro letti di contenzione, le loro riduttive farmacologie. Le loro visioni senza speranza.

La tensione necessaria ai pro-

||

6 / Da *Fuori come va? Famiglia e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico della cura e dei servizi*, di Peppe Dell'Acqua, Feltrinelli, Milano 2010.

7 / Da *Il Canzoniere* di Umberto Saba.

Nel territorio il rapporto di un servizio di salute mentale con le persone deve poter durare il tempo di una vita, senza che per questo la vita stessa si definisca come malattia, cronicità, inguaribilità.

cessi di cambiamento, di emancipazione, d'inclusione, di guarigione nasce, si alimenta, si sostiene nella *visione critica, costante e impietosa delle conoscenze disciplinari* e nelle conseguenti pratiche alternative. In tutto il campo delle psichiatrie, a dispetto dei grandi cambiamenti culturali e istituzionali in atto da tempo, si assiste al contrario al rischio di un ritorno subdolo di pratiche riduttive e restrittive che minacciano, e di fatto impediscono, i percorsi di ripresa (di guarigione).

Il rischio è quello di costringere ancora una volta le persone a una sola dimensione. Ancora cesure, chiusure, costrizioni, sottrazioni, abbandoni, pregiudizi, stigma. Ancora mortificazioni!

Scenografie della regressione

Parlando dei timori che avevamo nell'immediato dopo riforma, Sergio Piro⁽⁸⁾ così si esprimeva:

“ La perdita di una dimensione operativa consapevole, critica, innovatrice e propulsiva nei servizi nati con la Legge 180 e le derivate Leggi regionali, con l'appiattimento degli impegni della cura sulla routine di trattamento sbrigativo, è una delle scenografie principali dell'attuale situazione di sicura regressione (...)

Infatti senza una *modifica reale e territorialmente estesa* delle pratiche, arrestare la riforma ai soli mutamenti istituzionali avrebbe finito per determinare solo un cambio di ambienti di lavoro e di denominazioni.

Se si fosse fatto così e se fosse dunque mancata la luce di profondi mutamenti delle concezioni, delle prassi e delle relazioni umane, *il servizio di diagnosi*

e cura avrebbe perfettamente riprodotto l'orrore, la segregazione, la contenzione fisica⁽⁹⁾, la sommersione farmacologica, la nullificazione estensiva del reparto di osservazione del manicomio; *le residenze protette o strutture intermedie residenziali o comunità residenziali* fortemente istituzionalizzate avrebbero riprodotto la prigionia, il vuoto, l'alienazione e la sepoltura dei reparti di degenza ordinaria del manicomio; *i servizi territoriali* malamente ambulatorializzati avrebbero continuato o sostituito la finzione terapeutica e il sostanziale abbandono territoriale delle casse mutue di un tempo, con il servizio ospedaliero

||

8 / Sergio Piro (Palma Campania, 9 settembre 1927 - Napoli, 7 gennaio 2009) dal 1959 al 1969 è stato direttore dell'Ospedale psichiatrico Materdomini di Nocera Superiore (Salerno): qui costituì una comunità terapeutica, la seconda in Italia dopo quella di Basaglia a Gorizia. Scrisse due opere che rimangono punti di riferimento: *Il linguaggio schizofrenico* nel 1967 e *Le tecniche della liberazione* nel 1971. Dedicò l'ultima parte del suo lavoro di ricerca all'abbandono degli «psichiatrizzati» da parte dei servizi di salute mentale.

9 / Sull'uso della contenzione fisica nelle strutture residenziali, oltre che nei servizi ospedalieri di diagnosi e cura, si veda: «*E tu slegalo subito*» di Giovanna Del Giudice, Edizioni Alfabeta Verlag, Merano 2012; *Commissione di operatori sanitari*, Giornate triestine della Salute, 27 maggio 2006; Francesco Maisto, *Contenuti e limiti della libertà personale nella cultura (giuridica) dei diritti di cittadinanza*, in «*Rivista sperimentale di freniatria*», 2, 2003; Maila Mislej e Livia Bicego, *Assistenza e diritti*, Carocci Faber, Roma 2007.

Si rischia ogni giorno una dissociazione: da una parte un sistema legislativo che ha reso possibile un cambio radicale di destino, dall'altra servizi pessimi, risposte mancanti, culture arcaiche...

(le strutture residenziali) come destinazione finale in luogo del manicomio; *la somministrazione di massa degli psicofarmaci* (in quantità grandemente superiore a quella dell'era manicomiale) avrebbe caratterizzato di nuovo questo processo⁽¹⁰⁾. ”

E così è stato. Per fortuna non dovunque.

Per una psichiatria gentile

È questo il problema che continua a interrogarci. Oggi, in Italia molto più che altrove, *siamo in grado di vedere le forme di manicomialità che rinascono quotidianamente*, per smemoratezza, disattenzione, inerzia, mancanza d'immaginazione, demotivazione. Per assenza di una visione politica.

I luoghi, le reti e i servizi che vogliono sostenere la presa in carico, la ripresa, i diritti elementari consentono di vedere con chiarezza – come attraverso una speciale lente – il pesante residuo delle culture manicomiali, quello che manca, quello che sembra inarrivabile.

I Centri di salute mentale, lì dove sono attivi e presenti quotidianamente a sostegno della vita delle persone; le cooperative sociali, lì dove curano le ragioni della loro nascita e *veramente* sono in grado di stare sul mercato; le associazioni di persone con disturbo mentale e dei familiari, lì dove veramente alimentano protagonismo e partecipazione; i luoghi dell'abitare e i laboratori, lì dove davvero si coltiva il valore della relazione, la bellezza degli spazi, la qualità dei lavori e delle produzioni; queste reti consentono di svelare in negativo una psichiatria che continua a ricercare

la sua dimensione esclusivamente clinica. Consentono di vedere nella loro materialità servizi, programmi, procedure, stili di lavoro, culture ancora una volta distanti e *altro* rispetto alle persone e alle loro vite.

Si rischia ogni giorno una dissociazione, pericolosa e non più tollerabile. Da una parte un sistema legislativo, che ha prodotto un cambiamento radicale di destino e possibilità (oggi è davvero possibile *guarire dalla malattia mentale*, anche la più severa), dall'altra servizi pessimi, risposte mancanti, culture arcaiche che non riescono a rinnovarsi, interessi di lobby, di privato mercantile, di privato aggressivo, persistenza di luoghi dove la contenzione e la violenza sui corpi continuano. Nell'indifferenza della politica⁽¹¹⁾.

Eugenio Borgna continua a invocare una «*psichiatria gentile*» e finalmente «*la terza rivoluzione*»⁽¹²⁾.

È urgente ridurre la dissociazione tra enunciati e pratiche e porre con convinzione la questione della qualità dei servizi. Servizi e organizzazioni che appaiono

II

10 / Dalla prefazione di Sergio Piro a *L'ultima curva dopo il paradiso*, di Francesco Stoppa, Borla, Roma 2006.

11 / Si veda il documento fondativo del Forum Salute Mentale su www.forumsalutementale.it.

12 / Sul tema la produzione di Eugenio Borgna è copiosa e di grande utilità. Per ultimo è quasi d'obbligo leggere *Agonia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 2022.

troppo spesso segnati dalle misere risorse in campo e da protocolli, gerarchie, ambulatori. Percorsi reali e *ora possibili* di cura, di ripresa, di guarigione non sono nemmeno pensabili.

Ognuno fa come gli viene meglio

Il problema della formazione, in questo quadro, è sicuramente uno dei più complicati e oscuri tra i problemi posti dal cambiamento.

Ovunque in Italia, le differenze, i ritardi e certamente le contrapposizioni tra le singole realtà locali hanno fatto fatica a scomparire e tuttora segnano distanze ormai incolmabili: sembra che non esista un'area amministrativa e gruppi di lavoro che abbiano una qualche somiglianza tra loro.

Opachi orizzonti culturali ed etici e logore ideologie scientifiche hanno comportato una smisurata crescita dell'autoreferenzialità in ogni unità operativa sulla scia della formazione e delle scelte culturali dei dirigenti, che il più delle volte si muovono in mancanza di confronti significativi e si aggiornano in corsi promossi e pagati dalle aziende farmaceutiche.

Ognuno fa come gli viene meglio e guai a esprimere perplessità o critica di fronte ai magri risultati e ai drammatici fallimenti nel lavoro clinico.

Le Regioni hanno formulato progetti obiettivi e piani negli anni '80, che spesso sono stati il frutto di compromesso fra diverse

Se si considera come viene tuttora svolta la formazione per le professioni che opereranno nei servizi di cura, ci si accorge di quanto lontana sia la didattica dalle pratiche di territorio e di salute mentale.

realtà locali, interessi inconciliabili, miseri accordi di *lobbies*. Le società scientifiche che mai hanno voluto muovere il loro sguardo dal campo delle psichiatriche dei farmaci, delle pericolosità, della nosografia hanno contribuito a negare, a disconoscere la spinta verso la salute mentale di comunità. I compromessi, le mediazioni, molto spesso a livello bassissimo, hanno svuotato di valore i tentativi di modernizzazione.

La «rivoluzione culturale» e i progetti obiettivi che si sono succeduti hanno giustificato, e accreditato come leciti, stravolgimenti, pratiche violente, ritardi. Molte Regioni dopo la legge 833 si dotarono di un documento di pianificazione con molto ritardo. Le leggi regionali crearono bene o male un nuovo assetto dei servizi, nonostante ritardi, disomogeneità, resistenze. Gli ospedali psichiatrici, nondimeno, sono sopravvissuti fino alla soglia del 2000, in uno stato di terribile abbandono, conservando tutti i tratti dell'istituzione totale, e peggio, mostrando nel corso del tempo i segni del disinvestimento e della miseria.

Ovunque pessimi riferimenti culturali, confusi e poveri dispositivi organizzativi hanno mortificato e demotivato i tanti operatori che la riforma aveva appassionato. Le condizioni di vita dei «residui» (!) peggiorarono verticalmente, non mancarono «incidenti», abbandono, soprusi. Un quadro di incapacità e indecisioni dei gruppi professionali, delle società scientifiche, fatti salvi pochi esempi luminosi, ha ostacolato da allora la difficile transizione.

Amministratori incapaci e riluttanti, dimenticanze e colpevoli ritardi delle politiche regionali hanno fatto il resto.

Come se la 180 non fosse mai esistita

Per lunghi anni abbiamo vissuto uno stallo, una dannosissima immobilità: gli ospedali psichiatrici sono rimasti attivi 20 anni ancora dopo il '78, conservando e riproducendo culture, comportamenti e modalità di spesa in direzioni caparbiamente contrarie (come se la legge 180 non fosse mai esistita); fatta salva la frettolosa attivazione degli SPDC, i territori sono rimasti miseramente deserti o abitati da pratiche e comportamenti molto più vicini ai modi dell'ospedale e della clinica che alla ricerca di diverse strategie organizzative, di cura, di nuove e inaspettate possibilità di ripresa: il modello manicomiale non veniva abbandonato, il territorio faceva fatica ad essere abitato. E così per anni.

La «dismissione dei manicomi», così come vergognosamente si è definita, che ha portato al moltiplicarsi incontrollato delle strutture residenziali, è stata la misera conclusione di un ventennio di immobilismo.

Indubbiamente gli psichiatri, i direttori degli OP prima e dei DSM dopo, gli accademici, le politiche locali e nazionali, hanno giocato un ruolo determinante: si sono create linee di fratture non altro che «ideologiche» e di scuola (biologico/sociale, psicoterapia/farmacoterapia, clinica/territorio) a copertura di scelte o di condizionamenti di altri interessi, ben lontani dal drammatico

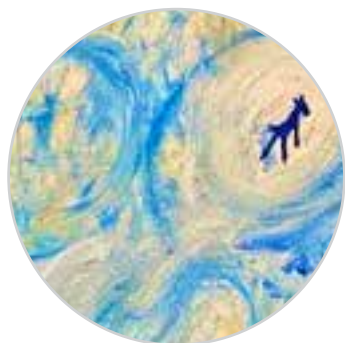
bisogno di vita dei «malati di mente», ora cittadini. Il confronto sulle pratiche, su ciò che veramente stava accadendo, non è mai cominciato. Una valutazione attenta e oggettivamente credibile deve ancora arrivare nonostante l'impegno, in questi ultimi anni, della SIEP.

Il Progetto obiettivo salute mentale (1998/00) ha avuto certamente il merito di disegnare una più certa organizzazione dei servizi all'interno della struttura organizzativa dipartimentale⁽¹³⁾. Ma le autonomie regionali sono in buona misura rimaste sorde alle indicazioni del Progetto obiettivo. Siamo ancora oggi lontani dal poter disegnare un quadro omogeneo. I Governi che si sono succeduti avrebbero dovuto trovare strumenti, creare organismi di verifica, mettere a punto strategie di intervento, modalità finanziarie e di programmazione per orientare il cambiamento.

Questo non è accaduto e proprio sul terreno della formazione si sono create anomalie profonde che hanno rafforzato corporazioni tanto vaghe nella proposta formativa quanto tra loro in conflitto. Se si considera come viene tuttora svolta la formazione nelle scuole di specializzazione che forniscono di fatto gli psichiatri e tutte le altre figure professionali ai servizi pubblici di salute mentale, ci si accorge quanto lontani siano i contenuti e i metodi della didattica dalle pratiche di territorio e di salute mentale. ■

II

13 / Il Progetto obiettivo salute mentale (1998/00) ha cercato di definire il Dipartimento di salute mentale e al suo interno quelle poche cose utili per concretizzare la transizione: il CSM almeno a 12 ore (24h avremmo voluto si scrivesse!) per aree territoriali sensate nella loro dimensione; il SPDC con non più di 16 posti letto e a servizio di aree geografiche e popolazioni non immense (non più di 200/250.000 abitanti); le residenze con diversi gradi di assistenza, anche qui non più di 1 o 2 posti letto per 10.000 abitanti e con non più di 20 persone per abitazione (avremmo voluto numeri molto inferiori); un centro diurno ben radicato nel territorio in strettissimo rapporto col CSM; cooperative sociali che dovranno svilupparsi e crescere con la rete che si andrà ad articolare.



Come si fa a insegnare Basaglia? Formare oggi alla salute mentale di comunità

Peppe Dell'Acqua

Diventa molto complicato, in un quadro così frammentato, individuare priorità per costruire percorsi formativi, dire su quali aree si potrebbero focalizzare motivazioni e interessi comuni.

Ridurre le anarchie regionali

Solo per esempio: Trieste, una «minoranza egemone» come definita nei tempi migliori, ha acquistato nel tempo un forte valore di riferimento nel processo di cambiamento in senso operativo e culturale. Del lavoro di Trieste hanno sicuramente tenuto conto moltissime esperienze innovative sia in Italia che in altri Paesi. Tuttavia, la «apprezzata efficacia del modello» ha paradossalmente favorito il suo

progressivo isolamento; i buoni risultati ottenuti sono diventati un limite, hanno indotto dei contro-effetti nel rapporto con altre realtà. Conclusione: l'esperienza di Trieste è stata tanto *ben apprezzata* quanto in realtà *misconosciuta* e alla fine *isolata*.

Pensiamo che ogni esperienza di rinnovamento abbia la sua singolare storia, come è giusto; nessuno ha cercato di «replicare» l'esperienza di Trieste che al contrario è diventata invisibile. Valga come esempio il disconoscimento se non la negazione delle forme organizzative del servizio territoriale. Bisognerebbe – intendo il ministero della salute, gli assessorati regionali, le aziende sanitarie – chiarire il quadro, definire meglio la cornice dei poteri che possono influenzare e orientare lo sviluppo delle diverse realtà locali, rendendo più vincolanti i processi di cambiamento.

Nel settembre 2017, è stato depositato in Senato un Disegno di Legge con prima firmataria la senatrice Nerina Dirindin che, lungi dal voler riformulare la legge 180, si preoccupa di definire con chiarezza le forme dell'organizzazione, i modi di funzionamento, le interazioni e le integrazioni con gli altri servizi per ridurre le anarchie regionali e riportare al centro momenti di programmazione, verifica e controllo.

«Disposizioni in materia di tutela della salute mentale volte all'attuazione e allo sviluppo dei principi di cui alla legge 13 maggio

1978, n. 180», questo DDL è stato riproposto dalla senatrice Boldrini e dall'onorevole Carnevale nel corso della scorsa legislatura ⁽¹⁾.

Non si tratta, ovviamente, di «egemonizzare», di centralizzare negando le autonomie regionali, delle aziende sanitarie, delle singole unità operative, ma cogliere i punti d'intersezione, i bisogni comuni, i livelli su cui si è sviluppata una maggiore (o minore) capacità di intervento nelle diverse realtà.

Continua a essere trascurata la necessità di sviluppare un percorso di critica alla «clinica» nel costruire teorie e pratiche proprie della salute mentale comunitaria. Oggi siamo in grado di avviare questo percorso, sia in termini epistemologici che pragmatici. Banalmente, e per esempio, tutta l'area che adesso viene definita della «riabilitazione» in psichiatria rimette in moto, dà spessore e «legittimità» a una quantità di questioni sollevate nel corso degli anni '70 nell'esperienza di critica e superamento della psichiatria manicomiale: diritti, lavoro, casa, habitat sociale, contrasto allo stigma, inclusione sociale.

Per una nosografia del positivo

Illuminante a questo riguardo il documento della WPA (World Psychiatric Association) del 2017 sul futuro della psichiatria ⁽²⁾. Erano questi gli argomenti cruciali del processo di deistituzionalizzazione, della critica al paradigma

manicomiale e al modello clinico. Questioni cruciali che vengono recuperate con altri nomi, in un altro campo (ancora la clinica), spesso prendendo a prestito dal vocabolario anglosassone: si fanno salti mortali per «depurare» questi temi e tante esperienze storiche dalla loro origine extra clinica (e, se possiamo intenderci, *politica*) e presentarli in maniera asettica come un capitolo della «riabilitazione psichiatrica».

In questo processo si può cogliere un effetto di «falsificazione», un tentativo di appropriarsi di un potente tratto del percorso di emancipazione delle persone, il tentativo disperato della clinica di non soccombere. Così *tornano a dominare la freddezza e le distanze delle tecniche*: psicoeducazione, comportamentismo, cognitivismo, competenze sociali. Tecniche e protocolli invadono il campo, e danno luogo a nuove ideologie dell'agire psichiatrico e ancora una volta separano salute e malattia, abilità e disabilità, «clinica» e «sociale».

Le aziende sanitarie sono attente a produrre gerarchie, regolamenti interni «per la sicurezza» e tentano attraverso controlli, mansionari e rigidi protocolli di ridurre la gestione dei programmi e dei percorsi di cura individuali alla freddezza della gestione di un ospedale, cancellando così lo spessore delle singolari

II

1/ <https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/0/1040274/index.html?part=>

2/ «Gli impressionanti risultati delle ricerche nel campo della psichiatria nella seconda metà del secolo scorso non hanno di fatto portato a risultati apprezzabili nelle cure delle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale. Al contrario, le cure dei pazienti sono state profondamente trasformate da una quantità di altre influenze. Il progressivo riconoscimento dei determinanti sociali di salute ha chiaramente portato all'apprezzamento degli aspetti demografici, economici e socioculturali come rischio per lo sviluppo dei disturbi psichiatrici, per l'accettazione del trattamento da parte dei pazienti e nella progettazione e nel miglioramento delle organizzazioni e dei dispositivi della cura e della riabilitazione. Inoltre, sebbene il sistema diagnostico abbia continuato a essere perfezionato, tutti quelli in uso in tutto il mondo sono attualmente approcci non eziologici, in attesa dello sviluppo di una migliore comprensione dei fattori complessi nell'eziologia dei disturbi psichiatrici» (da The WPA – Lancet psychiatry commission on the future of psychiatry, 2017).

La «clinica» continua a riprodursi sotto forma di apparato diagnostico-valutativo delle disabilità, rinunciando a scoprire e valorizzare le parti sane intorno alle quali sarebbe possibile costruire una speranza di guarigione.

presenze degli operatori, dei volontari, delle persone che vivono l'esperienza, dei loro familiari. Un direttore generale vive il fastidio della presenza di una cooperativa sociale per la formazione e il lavoro, concede con sincera riluttanza i pochi soldi che nel bilancio di previsione deve concedere alle associazioni per il teatro, il calcio, una casa per le donne, un gruppo di scrittura e di lettura.

La «clinica» si afferma e continua a riprodursi sotto forma di apparato diagnostico-valutativo delle disabilità che vengono definite ancora una volta come separate dalla vita reale. *L'entusiasmo classificatorio* sembra ritornare e con esso il rischio di tradurre le persone e i loro vissuti entro un quadro nosografico.

Andare per le strade, salire le scale dei condomini, incontrare i detenuti nella loro cella ha significato per noi abbandonare in prima istanza l'urgenza della diagnosi. Una sorta di nosografia del tutto insolita, che chiamo *nosografia del positivo*, doveva e deve servirci per scoprire e valorizzare le parti sane intorno alle quali rischiare di costruire una speranza di guarigione.

Sociale e sanitario: perché separarli?

Le pratiche del vivere quotidiano, dell'abitare, del lavorare, dell'intrattenere relazioni vengono di conseguenza appaltate ad altri soggetti. Modelli basati sulla separazione tra due ambiti, sociale e sanitario, vanificano in partenza l'obiettivo dell'integrazione, dello sviluppo di reti e di sinergie intorno alla persona. Un esempio quanto mai evidente è la gestione dell'abitare e l'inserimento lavorativo e il ruolo se-

parato cui viene spinto il «privato sociale».

Un primo ordine di problemi che la formazione dovrebbe tematizzare è proprio la separazione tra questi due ambiti. La critica al modello clinico diventa la condizione *sine qua non* per recuperare *altri* saperi, conoscenze, posizionamenti intorno alla natura della malattia dentro un campo di tensione in cui tutti gli elementi, a partire dalla ruvidezza della vita quotidiana, devono essere presenti.

In questa chiave bisognerebbe ripensare la diagnosi, i percorsi di cura, la prevenzione; tentare di fornire gli operatori di strumenti più validi di lettura della realtà per evitare i rischi della frammentazione dei percorsi, della discontinuità terapeutica, di induzione di cronicità, di deriva sociale, di stigmatizzazione, di marginalità. Occorre «riscrivere» tutto in termini di «storia» della persona. Ripensare in altra chiave il futuro possibile dei soggetti, ridiscutere il tema della guarigione, collocare nella corretta dimensione i percorsi di ripresa.

Quando dico «criticare la clinica» intendo interrogarsi su saperi e pratiche che sono nella nostra consuetudine quotidiana. Saperi che sequestrano e avocano a sé spazi, luoghi e tempi della malattia e infine l'intera vita della persona. È un modello, quello della clinica, che, a pensarci bene, investe la definizione stessa di «realtà». Ed è nel dissequestro di questa realtà che il servizio territoriale diventa

il perno di una pratica di salute mentale che non può che essere altro dalla «clinica» senza mai negarla.

Di fatto i processi di gerarchizzazione e di burocratizzazione in atto nelle aziende sanitarie continuano a imperversare indisturbati e saranno sempre più vincenti se non saremo in grado di contrastare nelle *pratiche*, nel *banale quotidiano*, le riorganizzazioni prive di strategie, le proposte economiciste, la pervasività delle nosografie e delle farmacologie.

Il CSM 24h, nella mia esperienza, non può che essere la pre-condizione, il contesto, il contenitore, la piazza, la scena dove si gioca la tensione necessaria tra lo spessore della malattia (riprodotto dalla clinica) e la vita reale delle persone⁽³⁾.

Perché tanta diffidenza verso il CSM 24h?

La formazione dovrebbe creare una sorta di palestra: offrire la possibilità di un confronto tra esperienze, storie, modalità di intervento. Naturalmente per entrare in un tale confronto si dovrà sgombrare il campo da molti pregiudizi, per esempio sulla inconfondibilità dei contesti, sull'irriducibile distanza delle scelte culturali, sul differente spessore della miseria dei servizi.

Dovremmo chiederci come mai la realizzazione dei servizi territoriali, e più in particolare del CSM 24h, sia andata incontro ovunque a così tanti ostacoli o sia stata apertamente rifiutata. Più volte si è detto che questo tipo di dispositivo costituisce il grande laboratorio delle pratiche territoriali, non perché fornisca certezze sul fare o meno una «buona psichiatria», ma perché obbliga l'équipe, il gruppo degli operatori, a farsi carico di tutta la domanda di quel territorio ponendo al centro del proprio operare la vita delle persone, le solitudini, le miserie, le crisi, i conflitti.

Di fronte alla crisi che ritorna e all'insistenza nel

tempo della malattia, gli operatori sono spinti verso la ricerca e l'invenzione di nuove pratiche, sono costretti a ripartire dal «fallimento», piuttosto che cercare affannosamente contenitori dove mettere «il cronico», l'incontenibile, lo scarto. Anche questo intendiamo per *servizio forte*. Una forma organizzativa che non si può realizzare se non riconosce un orizzonte etico comune e prima di ogni altra cosa la *persona*. È questo «obbligo» che *tiene* insieme i diversi gruppi di lavoro, le diverse figure professionali al di là delle scelte «tecniche» culturali individuali.

Ammesso dunque che un tale servizio (il CSM 24h) possa costituire il laboratorio delle pratiche territoriali, perché suscita ancora così tanta difficoltà la sua realizzazione?

Lavoro territoriale non è visita domiciliare

Occorre ritornare su questioni che abbiamo più volte discusso. Anche la clinica può essere un grande laboratorio e dispone di storia e strumenti molto più ricchi e certi. Il paradigma clinico muove risorse (molte) e progetti che sono, di per sé, antitetici a un servizio territoriale.

Quando parlo della «clinica» intendo tutte le implicazioni istituzionali, i saperi e i modi dell'agire che abbiamo affrontato e smontato nel processo di deistituzionalizzazione. Quando parlo della clinica mi riferisco a un modello che è già

||

3 / Vedi *Quale psichiatria? Taccuino e lezioni di Franco Rotelli*, Collana 180 - Archivio Critico della Salute Mentale, Edizioni alpha beta Verlag, Merano 2020.

Chi oggi riceve una diagnosi di «psicosi schizofrenica» può convivere con la sua malattia continuando a partecipare alla vita della comunità e a sviluppare interessi nella rete sociale. Solo per il tempo della clinica è «cronico».

l'ombra di se stesso, una volta esportato sul territorio. Coloro che nel lavoro territoriale si richiamano al modello specialistico libero-professionale potrebbero essere facilmente identificati e riconosciuti come «abusivi» nel sistema pubblico, come liberi professionisti in un poliambulatorio. La lista delle visite che si ritrova ogni mattina lo psichiatra del Centro con i pazienti nella misera saletta di attesa, solo con molta fantasia può essere definita «lavoro territoriale».

Questa è la questione più drammatica, che spaventa di più. Qui non si tratta soltanto del fatto che vengono utilizzati metodologie e riferimenti disciplinari inadeguati. Sto parlando, com'è evidente, dell'eziologia, della patogenesi, della diagnosi, della prognosi, della terapia; questi passaggi, fondamentali preziosi della medicina clinica, sono talmente male allocati, quando riprodotti nel servizio territoriale, che finiscono col diventare tragicamente dannosi!

Si è «cronici» nel tempo della clinica, ma in quello della vita?

I punti attorno ai quali occorre far coagulare la critica al modello clinico, e ricercare una ancora inesplorata «produzione di senso» nel laboratorio territoriale, sono in particolare la *nozione di tempo e di spazio*.

Il tempo della clinica è del tutto alieno dalla vita reale della persona e radicalmente diverso dal tempo del territorio: non è possibile omologare il tempo clinico al tempo del territorio che è *il tempo della malattia vissuta*. Quando, per esempio, parliamo di «cronici»

utilizziamo un termine che ha senso nel tempo della clinica, ma che perde completamente di senso nel tempo del territorio. Quando si dice che ci sono i «nuovi cronici» del territorio, occorre ogni volta ribadire che la definizione è totalmente incongrua: chi oggi nel territorio riceve una diagnosi di «psicosi schizofrenica» può convivere con la propria malattia continuando a partecipare alla vita della comunità e a sviluppare propri interessi e attività nella rete sociale.

Solo per esempio: di due fratelli con questa diagnosi, dopo diversi periodi di cure e ospitalità al CSM, oggi uno lavora portando le pizze a domicilio, l'altro lavora alle poste; sono sostenuti dai programmi del servizio, la famiglia è coinvolta nei gruppi di sostegno ai genitori, assumono i farmaci con regolarità e vivono la città come molti altri cittadini. Puoi incontrarli al cinema e non ti viene da pensare che sono dei «cronici».

Probabilmente non si sposeranno e non avranno figli, non sono brillanti nella conversazione e forse saranno poveri nell'ideazione: ma quanti altri cittadini sono così, senza una diagnosi di «schizofrenia» che inchioda una volta e per sempre.

Si tratta di persone che ogni giorno si confrontano col loro ambiente di vita e di lavoro, confliggono, maturano successi o insuccessi, uno cambia tipo di moto se guadagna più soldi, l'altro compra dischi da collezionare.

Se il tempo del CSM si declina sul tempo della malattia

Quando parliamo del CSM 24 ore stiamo introducendo una dimensione temporale nel qualificare il servizio, stiamo parlando della disponibilità a essere aperto, comprensivo, capace di immaginare e agire in un tempo senza fine, *un tempo attraversabile dal soggetto e non più un tempo «definito» dal tempo della clinica*. Tempo che può/deve anche declinarsi «in diretta». Un tempo che scorre in sincronia tra il formarsi della domanda e l'organizzazione delle risposte, un tempo che riserva tempo alla negoziazione, un tempo necessario per la ricerca degli equilibri più delicati. È il tempo della malattia, il vissuto del tempo della malattia, che si trasforma se dispone di un servizio che è continuamente aperto a ricevere ma non a trattenere, ad aiutare nella strutturazione del tempo ma non a imporlo.

Su questa nozione del tempo «non finito» medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali sono assolutamente spiazzati: non capiscono di che cosa si stia parlando se non ne fanno l'esperienza, e se non sono invitati nella pratica a sperimentare il tempo nel territorio, un tempo altro. Qui non mi riferisco naturalmente all'orario di lavoro, all'apertura/chiusura del servizio; sto parlando del *tempo del progetto*, del programma terapeutico, in cui io posso e devo continuamente proiettare (avanti/indietro) la storia per ragionare, spostare, sciogliere, *superare la concezione medico-clinica del tempo*, che di per sé continuamente si riproduce.

Il tempo di Pietro

Pietro, dopo più di due settimane di estenuanti trattative, accetta di fermarsi al CSM di Barcola che si trova nel suo rione. Ci sono ragazzi, che abitano nelle stesse case popolari di Gretta, che conosce dal tempo della scuola elementare. Orientarsi e cercare di restare diventa meno «rischioso» con la presenza di amici.

Pietro è tornato da poco da Firenze dove ha fatto il servizio di leva e dove si è innamorato di una ragazza calabrese. Si sono sposati, è nata una bambina. Dopo la nascita le cose hanno cominciato presto ad andare male. La moglie e la bambina sono andate in Calabria. Ora Pietro e sua sorella vivono con pochi mezzi con la madre.

Della famiglia della moglie Pietro sa poco. Dopo poche settimane sente con terrore che la sua vita e quella della madre e della sorella sono in pericolo. È più che mai evidente che i «calabresi», i fratelli della moglie che non ha mai conosciuto, appartengono a un clan mafioso. Verranno a prenderlo. Si vendicheranno.

Non esce più di casa. Spia il cortile nascosto dagli scuri. Dorme poco, sta di guardia anche di notte. La sorella viene al centro a chiedere aiuto. Non sanno più cosa fare. Pietro rifiuta ostinato ogni aiuto. Parliamo della richiesta della sorella nella quotidiana riunione d'equipe. Decidiamo di fargli visita.

Pietro resta chiuso nella sua stanza. Parliamo, senza vederlo, attraverso la porta chiusa a chiave. Ha paura, non sa chi siamo e non si fida. Siamo di sicuro emissari. Il mio accento meridionale è una conferma. Più volte minaccia urlando di uscire e buttarci fuori a calci. Torniamo ogni giorno anche per rassicurare ed essere vicini alla madre e alla sorella. E ogni giorno restiamo a parlare.

Ora sappiamo qualcosa di più della sua storia e Pietro comincia

Un servizio territoriale, e a maggior ragione «il 24 ore», non può che fondarsi sul gruppo multiprofessionale. Un gruppo disposto ad accettare l'incerto dei tempi e dei luoghi e il rischio dell'incontro sul terreno dell'altro.

a conoscerci. Quando finalmente accetta di aprire la porta, ci vede, e per un po' si rassicura. È un dolore grande sentire la moglie e la bambina ancora in fasce lontane e minacciate. Gli manifestiamo la nostra vicinanza. Comincia a raccontare, lo ascoltiamo. Si crea un buon contatto, siamo tutti quasi coetanei. Mentre andiamo via ci chiede comunque di tornare.

Dopo la lunga negoziazione, che durerà ancora giorni, Pietro viene al Centro. Ma già verso sera comincia a essere nervoso, irritabile, vuole tornare a casa. Ha capito l'inganno. Lo abbiamo portato via da casa per lasciare campo libero alla mafia. È sicuro, sua madre sarà brutalmente uccisa. Cerchiamo di trattenerlo, di rassicurarlo. Ora tutto è chiaro, altro che amici, siamo complici.

Si dirige di corsa verso la porta e noi dietro a trattenerlo. Si rischia una colluttazione. Sono quasi le 8 di sera, sono già arrivati gli infermieri del turno di notte. Mentre trattendiamo Pietro, Elena, un'infermiera, dice: «Va bene se ti accompagniamo a casa, così ci rendiamo conto insieme di cosa sta succedendo? Torniamo e tu vai a dormire, d'accordo?». D'accordo.

Accettare il rischio dell'incontro sul terreno dell'altro

Non ci siamo abbastanza interrogati in tutti questi anni su cosa si teme, cosa si rifiuta, cosa entra in crisi di fronte alla concezione del servizio di salute mentale territoriale.

Un servizio territoriale, e a maggior ragione «il 24 ore», non può che fondarsi sul gruppo multiprofessionale.

Un gruppo consapevole della sua importanza che sappia governare le tensioni, le conflittualità, le contraddizioni che derivano da un'organizzazione che continuamente evolve e si trasforma. Un'organizzazione che, se vuole cogliere il senso della crisi, non può che essere disposta ad accettare l'incerto dei tempi, delle mansioni, dei luoghi. Imparare ad accettare il rischio dell'incontro sul terreno dell'altro.

Se in questo modello di servizio – l'unico che sembra fornire garanzie per lo sviluppo di un sistema integrato di salute mentale (per altro pensato con queste caratteristiche già nell'ormai lontano Progetto obiettivo tutela salute mentale 1998/2000) – riconosciamo l'asse portante da cui si diramano tutti gli altri percorsi di potenziale cambiamento, dovrebbe valere la pena di avviare momenti formativi che mettano al centro le seguenti domande:

- qual è oggi il tipo di servizio più capace di soddisfare i bisogni di cura, di emancipazione e di salute mentale nel territorio?
- e prima ancora: qual è il mandato e quali sono gli obiettivi principali di un CSM?
- e ancora: di cosa parliamo quando parliamo di Dipartimento di salute mentale?

Ne varrebbe la pena.

Scopriremmo che, al di sopra della parola chiave «servizio territoriale», «servizio territoriale 24 ore», troviamo tutto ciò che abbiamo inteso dire con la parola deisti-

tuzionalizzazione: è questa la vera parola-chiave. Il servizio territoriale è un sottosistema che si sviluppa *naturalmente*, in conseguenza del processo reale di deistituzionalizzazione.

Gli operatori si trovano spiazzati nel territorio perché sono costretti a consumare tutte le loro energie per comprimere e circoscrivere un *tempo* che non riescono a controllare, che non possono contenere e tradurre nelle scansioni del «tempo della clinica».

Come formare gli operatori ad abitare la soglia?

Nella mia esperienza non fu facile cogliere la dimensione profonda del cambiamento che stavo vivendo: la ricerca ostinata del territorio, dei luoghi della città, delle relazioni possibili furono terreni sconosciuti e a volte rischiosi da affrontare. Avevamo abbandonato le «porte chiuse» e tutte le forme di contenzione. Il centro di salute mentale sarebbe diventato, negando quotidianamente la sua pretesa natura sanitaria, un luogo di transito, una piazza, un mercato. Un luogo che cominciava a essere abitato non (soltanto) dai «pazienti». Un luogo che costruirà e curerà un suo *dentro* senza mai perdere di vista il *fuori*.

Il dentro e il fuori: uno spazio che è diventato la «soglia», il luogo privilegiato dell'incontro, dell'ascolto, dell'aiuto, della cura, in una sorta di contiguità tra la casa delle persone, gli spazi del rione, i luoghi collettivi, il centro di salute mentale.

La soglia è il luogo che non potevamo immaginare mentre l'ardore del cavallo azzurro creava la prima crepa nel muro largo e robusto del manicomio. *Ma come si fa a formare gli operatori ad abitare la soglia, a vivere tra la sicurezza del luogo del nostro potere riconosciuto e l'incerto dell'attraversamento dei contesti, dei luoghi dell'altro, degli altri? Come si fa a capovolgere l'immagine del paziente che col cappello in mano bussa e chiede permesso al dottore in camice bianco? Come si fa a dire che sono io, il dottore, che busso alla porta e chiedo permesso in un'inimmaginabile scena libera da poteri e paternalismi?*

Anche in tutti gli altri servizi territoriali, nel la-

voro distrettuale e nelle tossicodipendenze, il problema è lo stesso: la clinica che continua ad aver bisogno dei suoi tempi per definire, circoscrivere, classificare, delimitare, infine *coprire* la realtà. E così i processi formativi non possono che essere speculari al modello medico-farmacologico dominante.

Dovremmo chiederci, invece, fino a che punto, nel processo formativo, ciò che s'impara non debba essere strettamente collegato all'agire, al trasformare. La trasformazione non accade senza produrre cambiamenti e nuova organizzazione. Su questo abbiamo avuto la fortuna di costruire la nostra formazione. Da un lato, potrebbe essere molto più utile andare a definire che cos'è la deistituzionalizzazione in una chiave didattica, pedagogica, nel tentativo di sviluppare ambiti di confronto tra le persone; dall'altro, il lavoro formativo dovrebbe consistere nell'agire pratiche di cambiamento, di attraversamento dei confini, di negazione del dato. E interrogarsi sul ruolo della politica.

«Non torno più nel CSM della mia città»

Un'altra dimensione essenziale della formazione è collegata al vedere, ad ascoltare, a fare esperienza sul campo.

Qualche tempo fa sono venuti a Trieste a svolgere il loro tirocinio giovani specializzandi della clinica psichiatrica di un'importante università. Vanno in un CSM e si trovano immersi in una giornata di

lavoro quotidiano, così frenetica che a loro tutto appare confuso e approssimativo: lavorano nella realtà, a contatto con tutti gli operatori, e, benché provengano da una clinica universitaria tra le più avanzate, sono *sconvolti* da quel che vedono, soprattutto perché cominciano a percepire l'utilità e la radicale novità del *lavoro territoriale*.

L'ultimo studente venuto a Trieste aveva lavorato negli ultimi due anni in un tipico SPDC connesso alla clinica psichiatrica dell'università: porte chiuse, gerarchie professionali molto strutturate, contenzione. Dopo essere rimasto al CSM di Barcola alcuni mesi, decide di non poter più tornare a lavorare nel servizio della sua città perché, dice, «là non posso che essere costretto a far danni, a incattivirmi, a disprezzare il mio lavoro».

Questo ragazzo sperimenta che qui non sta mai fermo in un solo luogo: si muove tra le diverse sedi del DSM, e in macchina si reca con l'infermiere a casa delle persone; discute con un gruppo di pazienti; assiste alla riunione dei familiari; partecipa a un gruppo di lavoro sulla prevenzione del suicidio, o a incontri per la formazione di operatori di strada. Tutto per lui è una novità assoluta. È la *banale quotidianità* – siamo così abituati da non distinguerne più la novità e l'importanza – ma al suo occhio è come il sole sulla neve, deve mettere gli occhiali o rimane abbacinato. Eppure, sia qui che nella

Come si fa a capovolgere l'immagine del paziente che col cappello in mano bussa e chiede permesso al dottore in camice bianco? Come si fa a dire che sono io, il dottore, che busso alla porta e chiedo permesso?

sua città stiamo perseguendo gli stessi obiettivi (?): promuovere la salute mentale, curare, organizzare servizi. Allora, cos'è che cambia così tanto?

Uno psichiatra è responsabile di ciò che accade nel territorio?

Non posso non pensare alla diversità radicale dello spazio, dei luoghi dove si vive e si lavora, rispetto a quelli della *clinica*.

In un gennaio di alcuni anni fa a Trieste qualcuno sparò a caso dalla finestra e un signore anziano rimase ferito gravemente; si scoprì che lo sparatore era un uomo di 35 anni, il cui padre era morto di recente, viveva solo con la madre, aveva fatto in passato il sommelier e altri lavori, ma da mesi non usciva più di casa, era caduto in una condizione di grave ritiro e di isolamento.

Nello spazio della clinica non può accadere che uno psichiatra si senta – per così dire – responsabile di ciò che accade nel mondo di fuori; chi invece lavora *nel territorio* è profondamente toccato da tutto ciò che vi accade (chiamiamo questo sentire *responsabilità oggettiva*). In questa circostanza, anche senza essere chiamato, lo psichiatra del CSM, nel cui territorio l'episodio era accaduto, decise di attivare il programma di sostegno in carcere, di parlare col giudice.

Appariva evidente che questa persona avesse bisogno dell'aiuto specifico del servizio, era molto probabile che avesse sviluppato un disturbo mentale severo e che il suo gesto non poteva che essere condizionato dal suo malessere.

Dunque parliamo di dimensioni spaziali, di circo-

stanze, completamente diverse: qui non è il paziente che arriva in reparto e che io adesso vedo; è l'immaginarsi uno spazio del territorio in cui i servizi e le istituzioni devono collegarsi e interagire per porre riparo allo star male e svolgere un ruolo, che si immagina utile, nella vita quotidiana della gente.

È un fatto straordinario, perché più gli operatori imparano a riconoscere i luoghi, più cresce la potenzialità del lavoro terapeutico. Al contrario, il lavoro della clinica è un lavoro di costante riduzione che costringe ogni cosa nel *montaggio* della malattia e nella sua definizione, nei confini del corpo e della psiche della persona ⁽⁴⁾.

La formazione accade tras/formando la realtà

Non possiamo pensare in astratto al bisogno formativo. In particolare mi chiedo fino a che punto una scuola che mira a decostruire il modello clinico possa essere dissociata dall'agire, dal «processo» e dal «progetto».

Negli anni '70, e fino alla prima metà degli anni '80, la parola d'ordine per tantissimi di noi era che la formazione poteva accadere tras/formando la realtà; in seguito abbiamo creduto di individuare uno spazio ad hoc per la formazione, mentre nasceva un vero e proprio mercato dell'offerta che appare oggi caotico, frammentato, deregolamentato.

Hanno trionfato i protocolli, le procedure, la modellizzazione svincolate dalle pratiche; la parola ha ripreso una centralità sconcertante come se la rappresentazione e la trasmissione delle conoscenze potesse esaurirsi nella parola. Recentemente anche questo modello sembra entrare in crisi: è evidente che il discutere in astratto di modelli d'intervento non provoca cambiamenti (ne è un esempio la diffusa conoscenza della suggestione finlandese del «dialogo aperto» a fronte della scarsa incidenza di questo modello sulle pratiche). In psichiatria non si può progredire se non vi è prima di tutto un'interrogazione sulla psichiatria stessa.

Gli operatori riescono ad apprendere se sono

messi in grado di interrogarsi sui loro saperi mentre definiscono il loro agire, gli obiettivi e i progetti comuni. Diventano «gruppo» e sviluppano emozioni/affetti che sono propri del rischio che si vive nell'abbandono delle certezze del sapere fin qui appreso. La formazione diventa efficace quando riesce a far emergere le contraddizioni nei vissuti delle persone, così come gli stili professionali si trasformano se confrontati a una visione, a una diversa intenzionalità.

Un crescere critico come nuova apertura al possibile della trasformazione.

Ancora una volta si tratta di interrogarsi in quali ambiti e in quali spazi la parola può «dire», può parlare. Lo specializzando napoletano di cui dicevo nella sua scuola legge e parla, viene costantemente sottoposto a stimoli di informazione e di valutazione su tutti gli aspetti e i tipi di interventi; ma poi per quattro anni resta chiuso in quella sua clinica e impara *quella clinica*, non riesce a produrre altre visioni.

Ad esempio, quando dico che Basaglia era un maestro a gestire i gruppi, intendo dire che ho imparato nella relazione diretta con lui ⁽⁵⁾. Una singolare fortuna! Non

II

4/ Per un racconto esaustivo del lavoro triestino vedi *L'istituzione inventata. Almanacco 1971 - 2010*, a cura di Franco Rotelli e del Collettivo Triestino, Collana 180 - Archivio Critico della Salute Mentale, Edizioni alphabeta Verlag, Merano 2016.

abbiamo dovuto leggere per imparare, nessuno ci ha fatto la lezione, eravamo dentro sia come «studenti», che come attori e osservatori; eravamo coinvolti direttamente nelle decisioni e nel processo di trasformazione di quella realtà.

Colazione sull'erba

Da studente di medicina, a Napoli, ero stato interno nella Clinica delle malattie nervose e mentali nel reparto di psichiatria che si trovava al quarto piano. Vi si accedeva attraverso una porta di ferro sempre chiusa. Naturalmente tutte le finestre erano protette da inferriate.

Avevo fatto una scelta «militante e impegnata» come si diceva allora, anche se il mio militare non era altro che curiosare, guardare da vicino ciò che accadeva nel «misterioso» reparto psichiatrico della Clinica delle malattie nervose e mentali. Certo non mi attraeva la lunga coda di medici assistenti, specializzandi e studenti che si formava dietro al direttore quando decideva di salire al quarto piano. Tutti col camice bianco di ordinanza. Capiro soltanto dopo la profondità della mortificazione cui erano sottoposte le persone ricoverate, interrogate e guardate

Da studente di medicina, a Napoli, nel reparto psichiatrico della Clinica delle malattie nervose e mentali, ricordo la lunga coda di medici assistenti, specializzandi e studenti che si formava dietro al direttore. Tutti col camice bianco d'ordinanza.

dal direttore una volta a settimana e mostrate a tutti noi.

Era proprio questo lo sguardo che solo dopo ho imparato a conoscere come «freddo e oggettivante» della psichiatria. Ho un ricordo vivido di quando sono arrivato per la prima volta all'Ospedale psichiatrico di Colorno, inseguendo Basaglia che aveva lasciato Gorizia. L'ospedale era tutto dentro il palazzo ducale di Maria Luigia di Borbone. I reparti uno dentro l'altro. Per andare da un reparto all'altro bisognava farsi aprire e chiudere un numero smisurato di cancelli e porte. Orrendo. Sezione maschile e femminile e poi i reparti: tranquilli, agitati, osservazione. Il grande e bellissimo parco del palazzo era occupato da un ippodromo. Alte reti dividevano un pezzetto di prato prospiciente i reparti del piano terra dal resto.

In questo pezzo di prato in un mattino di settembre ancora estivo, le infermiere del reparto «Chiarugi-tranquille donne» avevano organizzato una bella colazione sull'erba, pane fresco e prosciutto di Langhirano, invitando uomini e donne dagli altri reparti. Franco Rotelli, uno dei giovani psichiatri del gruppo, si occupava di quel reparto. Di poco più vecchio di me, aveva già lavorato nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere. Era a Colorno da poco meno di un anno, anche lui richiamato da Basaglia.

Col gruppo del reparto donne è arrivata una signora sui cinquant'anni, alta, robusta, una faccia larga da contadina, credo di ricordare si chiamasse Attilia. Si è avvicinata a Rotelli e ha tirato fuori dalla tasca di una giacca più grande di lei una mezza stecca di Nazionali esportazioni lunghe con filtro malamente

II

5 / Restituire la soggettività. Lezioni sul pensiero di Franco Basaglia, di Pier Aldo Rovatti, Collana 180 - *Archivio Critico della Salute Mentale*, Edizioni alpha Verlag, Merano 2013.



incartate in un foglio di giornale.

Silenziosa, imbarazzata, impacciaticissima con le sue mani grandi ha cercato di mettere il regalo nelle mani del dottore del suo reparto. Rotelli ha sorriso altrettanto impacciato, senza dire una parola ha preso le sigarette e ha tenuto per un po' le mani di Attilia tra le sue. Poi ha continuato a starle vicino senza dire niente. Ancora un attimo e la signora ha raggiunto le altre donne.

Un altro mondo!

Per una psichiatria senza camice bianco

Mi resi conto della stupida e violenta gratuità di quei corpi violati, esposti allo sguardo del professore durante la visita. Stavo già rischiando di conformarmi al paternalismo, al camice bianco, alla supponenza e alle istrionerie dei medici e degli infermieri della clinica universitaria. Sarebbero stati i tratti costitutivi del mio essere psichiatra. Rotelli semplicemente manifestando la sua difficoltà e il suo imbarazzo dava valore al dono e al gesto di Attilia. Capisci in quei momenti qualcosa che ha a che fare con quello che stai cercando. Di sicuro avevo capito che in clinica non sarei più tornato.

Capisci che questo è il modo vero della comunicazione, e cer-

chi subito di tradurlo nel tuo modo di fare, di essere, di comunicare. Lo psichiatra in camice bianco, ora capisci bene, non può che comportarsi in altro modo: di fronte al *malato* che gli porge un regalo, ti accorgi che lo spazio in cui l'azione si compie svaluta il gesto, che il camice bianco costringe a guardare l'altro dall'alto, a riprodurre potere, sudditanza, paternalismo. Capisci che sono mondi completamente diversi, che devi faticare per tenere viva la tensione tra queste due posizioni così estranee.

Un altro mondo: le infinite discussioni, agli inizi del lavoro territoriale, su come gestire la crisi. Se entrare in contatto ravvicinato – se cioè coinvolgersi, se violare lo spazio più proprio, valicare un confine – o restarne fuori. Io talvolta decidevo di sconfinare. Ti toccava stare di fronte a una persona che ti diceva «... togliti gli occhiali, *non te dago perché ti gà i occiai* (non ti meno perché hai gli occhiali), togliteli...». Tu stai lì e continui ad ascoltare.

Come si fa a insegnare una cosa del genere? Come spieghi che più dai valore al senso prodotto nell'incontro dall'ascolto, dalla vicinanza, dalla pazienza estenuante della negoziazione, dalla intenzione palese di collocare quel momento nella storia e più aumentano le tue probabilità di diventare capace di stare nella crisi? Anche nella tua crisi, nella tua contraddizione di essere psichiatra, nella crisi delle tue certezze ⁽⁶⁾.

i)

Peppe Dell'Acqua, psichiatra, è stato a lungo direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste. Nel 1971 ha cominciato a lavorare con Franco Basaglia nell'ospedale psichiatrico di Trieste e ha partecipato al cambiamento e alla chiusura del manicomio. Dalla fine degli anni '70 ha contribuito alla nascita dei primi centri di salute mentale territoriali. È tra i promotori del Forum salute mentale: peppedellacquats@gmail.com

||

6 / Suggestisco di leggere *Conferenze Brasiliane* di Franco Basaglia (a cura di Franca Ongaro e Maria Grazia Giannichedda), Raffaello Cortina, Milano 2018.