

Contro la riedizione veneta della psichiatria manicomiale

Guido Pullia, psichiatra, Venezia. Comitato direttivo di Psichiatria Democratica.

Il filone veneto di Psichiatria Democratica continua con il contributo di Guido Pullia, nostro storico compagno, psichiatra e Direttore del DSM di Treviso fino al 2006; Guido richiama l'attenzione sul grave pericolo di restaurazione che a grandi passi avanza nella sua Regione e attraverso un ampio excursus ripercorrere le tappe degli anni delle lotte e della riforma e indica alcuni primi obiettivi per risalire la china e contrastare a muso duro l'attuale linea della psichiatria veneta.

Emilio Lupo

*Mi rendo conto di partire da un punto di osservazione locale, ma e' qui che abito e continuo a lottare. Affermo la necessita', anche nel Veneto, di riprendere battaglie che hanno reso protagonista **Psichiatria Democratica** e hanno realizzato obiettivi quali, ad esempio, le leggi che hanno previsto il superamento dei manicomi e degli ospedali psichiatrici giudiziari e il ridimensionamento dell'interdizione grazie all'istituzione dell'amministrazione di sostegno fino all'impegno per l'approvazione dei Protocolli Operativi in materia di misure di sicurezza psichiatriche. (*) . E' necessario che gli operatori e i cittadini continuino (o ricomincino) a battersi per la dignita' e i diritti di tutti, a cominciare dai soggetti fragili, dalle persone con disturbo mentale, dagli anziani, dai senza dimora, dai profughi. Questi sono le prime vittime anche dell'attuale pandemia. Ho potuto constatare che molti giovani, in prima battuta quelli provenienti dai Centri Sociali, hanno saputo sostenere con aiuti concreti le persone piu' colpite colpite dal Covid e sono ammirato dal loro spirito, dalla loro dedizione, che mi hanno ricordato, per esempio, in occasione dell'Acqua Granda (l'alluvione di Venezia del 2019) l'esperienza degli "angeli del fango" a Firenze nel 1966. Sono molto contento del fatto che loro manifestino un grande interesse anche per i temi che affronterò qui.*

(*) Per un maggiore approfondimento dei temi in oggetto e dei risultati ottenuti anche attraverso il costante impegno e le lotte di Psichiatria Democratica nel corso degli anni, si consiglia di consultare le pagine curate da Emilio Lupo, collegandosi al sito www.psichiatriademocratica.org alla voce Contenuti.

In questo periodo la pandemia ha costretto tutti noi a modificare le nostre abitudini. E' successo, ovviamente, anche a me: sono rimasto molto di piu' a casa, ho letto libri e testi pubblicati in rete, sono andato a guardare e riguardare leggi e regolamenti e mi sono messo in relazione con parenti, amici e colleghi su piattaforme come Zoom. Ho avuto piu' tempo per pensare. E mi sono chiesto come si sia potuti arrivare a rimettere in discussione in profondita', se non addirittura tendenzialmente a smantellarla, una psichiatria alternativa nata dall'esperienza basagliana anche nel Veneto, dove in alcune sedi, come a Venezia, a Portogruaro, a Treviso si era realizzato il superamento dei manicomi e si era costruita una psichiatria incentrata sul territorio.

Ora vedo chiudere Centri di Salute Mentale, li vedo ridursi a poliambulatori, constato che hanno spesso le porte chiuse. Vedo crescere sempre piu' Comunita' e residenze che "separano" 24 ore su 24 le persone con problemi psichiatrici dalla citta'.

Qual e' la "cultura" che ha consentito che la Regione Veneto prendesse provvedimenti per realizzare Comunita' terapeutiche di ben 40 posti letto per presunti "cronici" ultraquarantacinquenni (addirittura anche riutilizzando spazi ex manicomiali) e che stilasse un protocollo che di fatto "sdogana" la contenzione meccanica nei Servizi Psichiatrici Ospedalieri? Che ha affidato tout court ad alcune associazioni di familiari le risorse per gestire i malati, col rischio di "imbavagliarle" nella loro possibilita' di entrare in un confronto anche conflittuale con il servizio psichiatrico e di farle parlare *al posto* dei loro congiunti? Come mai non si sente la voce di operatori che si oppongono a questo andazzo?

Ad alcune di queste domande tento qui di rispondere con qualche riflessione, che mira a scandagliare le basi di questa "cultura", e per farlo parto da un quesito preliminare: e' possibile affermare che la *psichiatria e' una **scienza***, e in particolare una *scienza **medica***? Questo sembra essere diventato infatti un po' dappertutto un principio indiscutibile.

Indubbiamente e' necessario che lo psichiatra disponga di conoscenze adeguate a livello clinico e farmacologico, sia perche' alcuni sintomi "psichiatrici" possono dipendere da malattie con una base organica, sia perche' oggi come oggi fortunatamente si dispone di medicine utili nei trattamenti delle persone con problemi psichici ed e' necessario conoscerne indicazioni, controindicazioni ed effetti indesiderati.

Ma da cio' non consegue necessariamente che si abbia a che fare con una disciplina medica tout court, anche se gli psichiatri, per gli studi effettuati e per cercare di ottenere conseguentemente un riconoscimento dal mondo sanitario – che significa anche poter contrattare risorse adeguate dalle aziende sanitarie da cui dipendono - stanno facendo di tutto per essere riconosciuti "scientifici" al pari dei loro colleghi. Cosi', sulla base della "medicina basata sulle evidenze", ricorrono, in nome della cosiddetta *certezza scientifica*, a linee guida e protocolli operativi. Allo stesso modo funziona anche nei tribunali: l'autorita' giudiziaria chiede tuttora *certezze* (che sappiamo essere molto discutibili, in realta') su temi quali la pericolosita' sociale e la capacita' di intendere e di volere. E' in gioco, inoltre, anche il prestigio sociale di molti psichiatri che ormai sono interpellati dai mass media per dire la loro, come esperti, su qualunque argomento.

Purtroppo per loro, pero', le cose non sono cosi' semplici.

Partiamo dai manuali a cui fanno riferimento psichiatri (e magistrati): i Manuali Statistici dei Disturbi mentali, d'ora in poi DSM. La logica dei DSM – nati negli USA e poi diffusi ovunque in contrapposizione ai manuali diagnostici elaborati nel resto del mondo - (gli ICD = Classificazioni Internazionali delle Malattie) - e', fin dalle prime edizioni, quella della mera elencazione dei *segni* - (comportamenti, aspetto fisico, modo di comunicare... non si tratta di elementi necessariamente patologici, in questo si distinguono dai sintomi) e dei *sintomi* (manifestazioni di disturbo), accorpate in una classificazione di *disturbi*. Come si puo' notare, prescindere dall'*eziologia* (le cause) e dalla *patogenesi* (modo di svilupparsi della malattia) significa rinunciare programmaticamente al concetto di *malattia*.

Per parlare di "malattia", infatti, non e' sufficiente un catalogo di sintomi che puo' consentirci al massimo di configurare delle *sindromi* (quadri clinici che vedono raggrupparsi con una certa frequenza gli stessi segni e sintomi); le sindromi, quando non se ne conoscono le cause, ci permettono di somministrare una cura soltanto *sintomatica*. L' esempio piu' semplice di un trattamento sintomatico e'

l'antidolorifico per il mal di testa; allo stesso modo sono quasi sempre curate l'insonnia e l'ansia. Il mercato del farmaco sguazza nelle terapie sintomatiche (si pensi alle pubblicità sul colesterolo o sulla prostata) anche a proposito di disturbi che dovrebbero essere indagati a fondo, quanto meno per escludere malattie anche gravi.

Dunque i DSM, accostando *segni* e *sintomi*, utilizzano e incrociano dati – frequenza, durata, intensità - che dovrebbero consentire allo psichiatra di identificare *il* disturbo o *i* disturbi (e' sempre possibile effettuare una "doppia diagnosi") che presenta il singolo paziente.

Permane, alla radice, in questi manuali - che si dichiarano programmaticamente a-ideologici, ma nascono da un accordo tra i professionisti - un inconsapevole, quanto acriticamente assunto, "pregiudizio ideologico". Gli psichiatri di tutto il mondo, infatti, interpellati per concordare sul riconoscimento di quadri clinici presenti ovunque, indipendentemente dalla cultura di provenienza, non dispongono di fatto di chiavi di lettura estranee al tempo e al luogo in cui vivono. Quindi i sintomi alla fin fine si riducono alle caratteristiche dell' "oggetto paziente" descritte come *anomale* dal consenso della maggioranza della comunità "scientifica" degli psichiatri in quel preciso momento, e sappiamo che nel mondo esiste una cultura dominante.

Scorrendo le diverse edizioni dei DSM si può vedere, per esempio, che nelle prime edizioni *l'omosessualità* era considerata un disturbo mentale; e che nuovi disturbi rientrano nelle successive, consentendo all' industria farmaceutica, tutt'altro che estranea a questo sviluppo editoriale, di proporre nuovi "trattamenti".

Queste osservazioni potrebbero essere contraddette se ci fosse la possibilità di rilevare obiettivamente, indiscutibilmente, dei sintomi patologici. Chiediamoci allora se esistono strumenti analoghi a quelli utilizzati nelle indagini sul *corpo* anche in psichiatria?

Va detto che anche "misurare il corpo" non è facile: sarebbe più semplice farlo su un corpo morto, un cadavere. Ma termometri, fonendoscopi, sfigmomanometri, saturimetri, ecc., per non parlare della diagnostica per immagini – TAC, risonanze magnetiche...- sembrano consentirci di evidenziare in maniera indiscutibile anomalie fisiche. Tali strumenti sono stati realizzati fin dall'inizio essenzialmente per acuire le capacità degli organi di senso dell'uomo (il fonendoscopio l'udito, i raggi una vista altrimenti limitata da ostacoli e barriere fisiche, ecc.) al fine di

percepire cosa accade in un corpo malato, *com'è fatto*. Resta *purtroppo* il fatto che, trattandosi di un corpo vivente, disporremo comunque sempre solo di una serie di "istantanee", dipendenti dalla sensibilità dello strumento, dalle condizioni generali del paziente in quel momento, dall'ora del giorno, ecc.

Ma torniamo alla domanda iniziale: esiste la possibilità di misurare le caratteristiche psichiche, al fine di classificare le anomalie *una volta definita la normalità*? Sarebbe ovvio dover effettuare questo primo passaggio. Che è tutt'altro che scontato, persino per il corpo: non basta infatti dire che una persona è sana se si sente bene: può essere inconsapevole di qualcosa di brutto che la abita quando è *asintomatica*. Ne sembra facile e opportuno sottoporre l'intera popolazione a indagini di massa che sarebbero costosissime, invadenti e probabilmente non esenti dal rischio di disturbi collaterali più o meno seri. Figuriamoci per la psiche: sarebbe possibile trovare una persona che nella vita non abbia mai fatto una cosa un po' bizzarra? E poi: per definizione (che non condivido) parrebbe che lo psicotico "non abbia consapevolezza di malattia". Questo vuol dire che sono altri a definirlo malato mentre lui si sentirebbe "normale".

Torniamo al punto: è possibile "misurare la psiche"? L'etimologia del termine riconduce all'idea del 'soffio', cioè del respiro vitale; presso i Greci designava l'anima in quanto originariamente identificata con quel respiro. Nella psicologia moderna, la psiche è intesa come il complesso delle funzioni e dei processi che danno all'individuo esperienza di sé e del mondo e ne informano il comportamento.

Con quali strumenti ci accertiamo se la psiche funziona bene o male? C'è qualcosa che acuisca i nostri sensi come fa un fonendoscopio per farci sentire meglio il cuore e i polmoni? e ci permetta di percepire l'esperienza che un paziente ha di sé e del suo mondo? e addirittura non solo in quel preciso momento, ma generalmente?

Esistono dunque *strumenti psicometrici*? Dei test che consentano di effettuare valutazioni quantitative delle risorse, delle idee, delle passioni, del modo di vedere il mondo e del comportamento umano?

Esistono. Che pretendono di saperlo fare. Ce ne sono alcuni particolarmente sofisticati (i cosiddetti test proiettivi – esempio principe *il test "delle macchie" di Rorschach*) – che richiedono però una competenza specifica dell'esaminatore, e, da parte di chi viene esaminato, l'accettazione a sottoporvisi e l'assenza di problemi

percettivi ed espressivi, ma per la maggior parte si riducono a questionari a risposte multiple.

Questi questionari sono utili ed accettabili se utilizzati a livello epidemiologico su una data popolazione, ma hanno una sensibilita' e specificita' assolutamente inadeguata se si sottopongono ad un singolo paziente. Somigliano, se mi si permette un'analogia, ai tamponi rapidi per il coronavirus che danno molti falsi negativi. In questo caso, pero', il danno si avra' soprattutto rilevando falsi positivi. Ripetuti a distanza di tempo e in condizioni diverse (ad esempio con esaminatori diversi),infatti, quasi tutti questi questionari non sono in grado di replicare gli stessi risultati.

Mi si obiettera' che comunque l'ansia, la malinconia, la mania, la paranoia, la schizofrenia esistono in tutto il mondo e il problema operativo e' quello di uniformare trattamenti riconosciuti come efficaci. Senza per questo dover necessariamente esprimersi su quali sono le cause di quei quadri clinici. E', come dicevamo all'inizio, su questa considerazione che sono nati i DSM, che hanno accolto sollecitazioni dell'industria farmaceutica e, successivamente, della psicologia universitaria di matrice cognitivo-comportamentale.

I DSM nulla ci dicono, ne' pretendono di dirci, sulle *persone* portatrici dei segni e dei sintomi inquadrabili in *quel disturbo*; se *esiste* quel disturbo ci indirizzeranno verso uno *specifico trattamento*. Purtroppo, pero', non esistono trattamenti sempre efficaci. Ne deriva la presunta "necessita'" di molti servizi di ricorrere a varie comunita' (spesso veri e propri "manicomietti") per confinarvi in maniera quasi definitiva tutte le persone che hanno contribuito a "cronificare" con ripetuti trattamenti rivelatisi inutili e spesso nocivi ("non mi preoccupo piu' di che cosa dovrei fare con lui ma di dove metterlo!"). Cio' va a confermare il diffuso pregiudizio di *incurabilita' e inguaribilita'* della malattia mentale.

Non credo sia un caso che la stessa persona che conio' il termine "schizofrenia" nel 1911 (Eugen Bleurer) abbia affermato successivamente, secondo una testimonianza riportata da colleghi del figlio Manfred, anch'egli un importante psichiatra, che "non esiste la schizofrenia, esistono gli schizofrenici". E', con altre parole, lo stesso concetto espresso da Basaglia, quando a Sergio Zavoli che gli chiese se gli interessasse piu' il malato o la malattia, rispose "il malato, decisamente". La frase di Bleurer esprimeva gia' oltre un secolo fa la convinzione che ogni persona vive diversamente la sua malattia, e che da questa diversita' non si puo' prescindere se si

da' prioritá alla cura. Qual e' infatti il compito del medico (e dello psichiatra) se non *curare*? E proprio lo scarto tra questo compito ufficialmente assegnatogli e l'impatto goriziano col manicomio, la sua violenza e il degrado dell'umanita' ivi internata spinse Basaglia e i suoi collaboratori a offrire testimonianza nell' *Istituzione negata* della necessita' di lavorare in tutt'altro modo.

Per prima cosa restituire la parola a chi vi era internato, a chi si era visto spogliare di tutto e cosí, parafrasando Primo Levi, aveva perduto la propria umanita' . Per farlo occorreva togliere la parola (o meglio, sospenderla) alla cosiddetta scienza che pretendeva di sapere. Purtroppo rimane sostanzialmente vera la risposta di Basaglia a Zavoli alla domanda "Cos'e' la follia?": "Cosa sia la follia non lo sa nessuno" (e, se vogliamo, lo confermano i vari DSM). Questi principi (la cosiddetta "messa tra parentesi della malattia" e l'intreccio inestricabile tra potere e sapere) non sono invenzioni di un antipsichiatra (come mai e' stato Basaglia) ma corrispondono all'epoche' della fenomenologia di Husserl (1) e all'indagine sull'archeologia dei saperi di Foucault (2).

I farmaci e i trattamenti psicoterapici diventano utili solo quando usati in un incontro/confronto con l'altro, messo nelle condizioni di esprimere, per superarlo quando e per quanto possibile, *nella situazione istituzionale* in cui vive, il conflitto di cui ci "parla" la sua follia che lo ha reso una vittima impotente. Un conflitto che e' contemporaneamente intrapsichico, interpersonale e sociale.

Il manicomio (istituzione "totale" nel senso di Goffman, come un collegio, una nave, una caserma, un carcere: luogo in cui si e' rinchiusi e si vive 24 ore al giorno sottoposti a regole definite da un potere che al recluso non appartiene) non e' la sola istituzione che abitiamo. Siamo sempre collocati in *un sistema di regole date* che dovremmo conoscere per dividerle o metterle in discussione: in famiglia, nella scuola, nella fabbrica, in ospedale. La Costituzione ci attribuisce diritto di parola, come cittadini, come *soggetti*, per coglierne il senso e per non *subirle* passivamente.

Da queste considerazioni nasce la prima pratica di superamento dei manicomi, in due tappe: la prima la restituzione della parola, la seconda il diritto di tentare di ridefinire le regole dell'istituzione.

La prima tappa: la possibilita' di esprimersi nell' *assemblea* (di reparto, generale) di medici, infermieri e operatori vari e soprattutto degli ospiti. La seconda: il diritto

degli ospiti, ai quali verra' opportunamente attribuita la presidenza dell'assemblea stessa, di proporre nuove iniziative . Tutti i manicomi che a Venezia e a Treviso si sono potuti superare hanno intrapreso questo primo passaggio, senza il quale non si sarebbe reso possibile un reale percorso di "liberazione" dall'istituzione. Ma il potere reale restava comunque allo psichiatra.

Si era "aperta una contraddizione". Infatti una volta "liberata" la parola dei matti era diventato inevitabile farli "uscire" dall'istituzione, non essendo possibile ridefinire regole "interne" imposte da un potere scientifico ed amministrativo (in ultima istanza *politico*, in senso etimologico) a meno di consegnare il "Palazzo d'inverno" a persone prive delle risorse in primis economiche che consentissero di mantenere i servizi indispensabili in luoghi che soddisfacevano almeno i bisogni primari (mangiare, dormire, abbigliarsi, ricevere le cure mediche di base): non dimentichiamo che i manicomi nacquero anche come ristoro per i "mentecatti poveri" (esempio principe: i pellagrosari). Si sarebbe creato un potere potenzialmente ancora piu' inadeguato e tendenzialmente tirannico. L'alternativa possibile all'uscita per chi non aveva casa avrebbe potuto forse essere (come e' stato possibile in parte a Trieste) la "restituzione" alla citta' degli spazi manicomiali, per ridefinirli come altro dal manicomio (alloggi, ristoranti, bar, aule, uffici). In tal caso qualcuno avrebbe potuto restarci ancora, volendo (e/o non potendo andare altrove). Bisognava comunque, qualunque strada si fosse scelta, abbattere i muri che separavano i manicomi dalla citta', sia per "far uscire" i matti che per "far entrare" la citta' stessa.

Fare uscire i matti non era facile: significava per prima cosa togliere loro la rassicurazione di non doversi occupare dei loro bisogni primari e di non poter piu' essere comunque "controllati dall'esterno" quando si sentivano prede inermi delle loro "incomprensibili" rabbia ed aggressivita'. Quando tentai, all'inizio della mia carriera a San Servolo, di aprire i cancelli di un reparto di pazienti cosiddetti "tranquilli", fui osservato con uno sguardo ironico dal medico responsabile del reparto (un "manicomialista") finche' dovetti prendere atto che gli ospiti si avvicinavano al cancello con atteggiamento sospettoso e poi tornavano indietro. Altra cosa che mi colpì a San Servolo era la non infrequente richiesta dei pazienti di essere contenuti (legati). E' ovvio che accettare che un paziente possa deresponsabilizzarsi rispetto a quello che puo' combinare e' essere complici della sua malattia, confermare la sua completa impotenza rispetto ai propri impulsi e l'impossibilita' di prendere consapevolezza delle ragioni della propria rabbia e

aggressività. Significa, per gli psichiatri, *rinunciare programmaticamente alla cura subordinandola alla custodia*. Occorre invece farsi carico del conflitto, prendersi tutto il tempo necessario per stabilire, se serve con l'intero gruppo curante, un confronto anche duro con il paziente al fine di utilizzare anche l'aggressività come possibile fattore di cambiamento.

Superato questo primo ordine di problemi, se ne presentavano molti altri. Le famiglie facevano molta fatica a riaccogliere persone lontane da mesi o anni; si erano riassestate – anche a livello di spazi fisici - abituandosi a fare a meno di loro. Soprattutto, la lontananza di un familiare particolarmente problematico aveva permesso di scaricare al di fuori delle mura di casa conflitti, risentimenti, paure e fantasie inconfessati o incoffessabili. Lo psichiatra del manicomio era stato colui di cui ci si fidava perché teneva al sicuro il figlio, il fratello, la sorella dai comportamenti discutibili, oppure quello di cui e con cui ci si lamentava perché non trattava come si sarebbe voluto il proprio caro. Il congiunto, che tra l'altro si andava a trovare di rado e per poco tempo, era divenuto di fatto un estraneo, fissato nella sua immagine precedente al ricovero. Soprattutto per i figli che non avevano più potuto frequentare il padre o la madre da quando erano ancora in giovanissima età questa immagine non poteva che essere inquietante. Bisognava tenerla distante, associata com'era a paure infantili e legata a brutti ricordi condivisi con il genitore rimasto in casa, magari involontariamente ingigantiti dalla narrazione familiare. Se il matto di famiglia restava altrove, col suo bagaglio di pericolosità e scandalo, la famiglia poteva sentirsi sana.

Quindi abbattere le mura del manicomio aveva un significato materiale ma anche simbolico e non era affatto facile. Non si trattava di “sbattere fuori” i matti e attribuire alle famiglie un carico insostenibile di problemi, come affermavano i nemici della legge 180, ma di offrire strumenti (amministrativi, scientifici e culturali) e risorse (economiche e di personale) per sostenere un nuovo percorso che sostituiva la cura alla custodia, la “presa in carico” all'internamento e alla reclusione.

Che subito dopo la promulgazione della legge, si sia proceduto a renderne difficile se non a boicottarne l'applicazione e' di un'evidenza solare per quegli operatori chi si sono trovati davanti più ostacoli che aiuti, frapposti anche da psichiatri nostalgici del vecchio – tranquillizzante e deresponsabilizzante - modello manicomiale, oltre che da politici, amministratori, forze di sicurezza, magistratura, organi di stampa. Tanto che molti familiari, anche talora per motivi comprensibili ma non solo per

quelli, hanno tentato di contrapporre al percorso normativo intrapreso un ritorno al manicomio. Altri invece specie laddove alla liberazione dei folli si e' creduto davvero e si e' operato attivamente in tal senso, hanno potuto ristabilire relazioni parentali compromesse dando luogo a incontri persino commoventi con i loro congiunti (ho in mente in particolare la storia di due figlie che erano state indotte, l'una dal padre e l'altra dalla madre, a rifiutare ogni rapporto rispettivamente con la madre e il padre internati: a distanza di decenni mi ringraziano ancora per la possibilita' che hanno avuto di non cancellare da loro mondo la figura del genitore inizialmente rifiutato, ristabilendo una relazione affettiva che avevano creduto impossibile).

Quando poi la famiglia, invece di essere un nido accogliente, era una "famiglia che uccide" (Cooper), o l'ambiente si dimostrava inizialmente ostile, bisognava escogitare altre soluzioni che non replicassero l'internamento manicomiale: in questi casi sono stati in gran parte gli infermieri – e soprattutto le infermiere – insieme ad altre figure professionali o ai volontari, ben piu' dei medici e degli psicologi, a dimostrare che si poteva intervenire con strumenti diversi, senza ricorrere immediatamente a nuove ospedalizzazioni. Coinvolgendo gli assistiti, ma anche amici o familiari, in attivita' e iniziative atte a costruire ad esempio prospettive occupazionali o laboratori, oppure ad occupare il tempo libero, a "litigare" fino a raggiungere compromessi, ad allontanarsi per qualche ora gli uni dagli altri. E talora per realizzare convivenze alternative a quelle con la famiglia di origine, in appartamenti protetti. Tutto cio' a partire dalla rilevazione, prima ancora dei desideri, dei bisogni insoddisfatti degli utenti, che non differivano – ne' tutt'ora differiscono - da quelli dei cosiddetti sani (casa, lavoro, relazioni sociali, cultura, attivita' sportive, tempo libero).

E' chiaro che gli ostacoli a fruire delle opportunita' che il mondo circostante ci offre sono non solo quelli materiali, ma dipendono anche dalla percezione che abbiamo di noi stessi, delle nostre capacita', dei nostri limiti, dei nostri conflitti interiori. E il folle e' una persona fragile, anche se talora indossa una corazza che ci nasconde quanto la sua pelle sia sottile (Anzieu). Nei casi piu' difficili da avvicinare questa corazza li fa credere dei onnipotenti, adorati fin da piccolissimi come dei gesu' bambino da genitori frustrati da una vita insoddisfacente. Ma il destino di Gesu' e' di finire sulla croce. E, da onnipotenti, spesso non resta loro che ripiegare sull'impotenza, la rassegnazione, la richiesta (implicita, a volte travestita da aggressivita' e rabbia) di essere riconosciuti come portatori soltanto di bisogni di sopravvivenza. La figura di un Napoleone vestito di stracci potrebbe costituirne l'emblema. Tutto cio' conduce

lo psichiatra che se ne fa complice ad una seconda modalita' di rifiuto del suo compito di *Cura*, dopo quella gia' citata di subordinarla al *Controllo sociale*: subordinarla all' *assistenza*. Questa modalita' e' assai comoda: rassicura gli psichiatri che non hanno nemmeno la necessita' di ricorrere alla violenza, rassicura i familiari che non se la sentono di chiedere un impegno terapeutico che, tra l'altro, se all'altezza dei problemi necessariamente li coinvolgerebbe, rappresenta una possibilita' di investimento economico remunerativo per quelle imprese sociali che non si assumono un impegno seriamente ri-abilitativo ma effettuano un semplice "intrattenimento" (Saraceno).

Che fare, allora?

A cavallo tra gli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso in Italia persone come Maccacaro dimostrarono che, se ci si voleva occupare della salute delle diverse fasce sociali era indispensabile coinvolgerle: solo cosi' si sarebbe realizzata un'epidemiologia scientifica. Cio' vale per qualunque sofferenza: chi la conosce meglio e' senz'altro chi la prova e sono soprattutto costoro che potranno indicare agli esperti su cosa indirizzare prioritariamente la ricerca.

Solo dal dialogo e dal confronto tra la struttura sanitaria ed il paziente possono emergere le soluzioni giuste.

L'invito di Maccacaro e' molto attuale. Si trattava in sostanza di "capovolgere la medicina" che, con il suo approccio "biologista" e' divenuta incapace di tener conto delle determinanti sociali e culturali della malattia.

Ebbene, sin da Basaglia e Maccacaro ("tecnici del sapere pratico", li avrebbe definiti Sartre: *coloro che imparano facendo e fanno imparando*) e grazie a loro molti giovani medici colsero la necessita' di adottare uno *stile di lavoro* (questo concetto e' stato dibattuto e sviscerato negli ultimi decenni del Novecento) adeguato alla situazione concreta del malato davanti all'equipe curante.

E l'indagine accurata di tale situazione deve prevedere una conoscenza non solo del paziente designato ma anche del suo ambiente di vita. Senza andare a casa sua non si capisce niente di come e con chi viva, di quali spazi fisici goda, di come si relazioni con i genitori o i figli o i fratelli, di quali suoi comportamenti siano accettati o rifiutati, dei rapporti con i vicini, di quali bisogni insoddisfatti soffra. Frequenta il bar, va in edicola, dal tabaccaio, alla posta? Ha amici o conoscenti su cui contare?

E' necessario costruire, partendo dai servizi di salute mentale, una equipe multi professionale affiatata, flessibile e competente, sottoposta a confronti periodici, tesa a ricostruire una identita' coerente delle persone ad essa affidate . Solo cosi' , *accompagnando i pazienti* nell'incontro con gli enti locali, il privato sociale, la comunita' nel suo complesso, i suoi soggetti piu'attivi, sara' possibile contare sulle conoscenze necessarie per programmare Percorsi Terapeutico Riabilitativi Individualizzati.

Una contraddizione: anche la psichiatria ufficiale riconosce che la malattia mentale non puo' essere avvicinata se non con un *approccio biopsicosociale*. Quello che invece sta accadendo e' che la pratica psichiatrica sta diventando sempre piu' ambulatoriale ed ospedaliera, *di attesa*, dunque, proprio come quella manicomiale: si attende il paziente nel proprio ambulatorio, lo si viviseziona e gli si da' la ricetta giusta; se e' particolarmente grave gli si propone – o impone - un ricovero ospedaliero o in un SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura) oppure, spesso, in una clinica privata. Si tenta di trasformare un soggetto "selvaggio", solo con il suo disagio, in un essere "da addomesticare", studiandolo, come un animale di laboratorio, in un contesto asettico, lontano dalla sua realta' quotidiana, e mettendolo in gabbia.

Infatti, incontrandolo soltanto tra ambulatorio ed ospedale, l'operatore sanitario prende sempre meno atto in prima persona del contesto di vita del suo assistito, ed e' indotto ad attribuire prioritariamente o esclusivamente alla sua patologia tutte le inadeguatezze del suo fallito progetto di vita.

A cosa va attribuito il rischio di un fallimento della 180 e di una riproposizione della manicomialita'?

Le cause sono molte.

Esiste una regressione culturale di fondo in una societa' che alla scelta di abbattere muri e costruire ponti sta opponendo nuovi muri per difendersi da cio' che e' estraneo, inquietante.

La formazione universitaria e' per lo piu' estranea allo spirito della riforma e i medici, gli psicologi, gli infermieri, gli educatori, gli assistenti sociali, ricevono tante lezioni teoriche ma spesso giungono nei servizi territoriali senza sapere cosa sia un Centro di Salute Mentale non ridotto a un poliambulatorio.

Mi soffermerò in particolare su alcuni dei *risultati nefasti* che sta producendo in psichiatria *l'aziendalizzazione*.

Innanzitutto, persone che per definizione sarebbero non consapevoli della loro malattia, per non pagare un ticket per le visite e le medicine devono accettare una diagnosi che le segnerà per tutta la vita. Infatti si viene esentati dal pagamento dei ticket sanitari solo se ci si fa riconoscere come psicotici (folli).

In secondo luogo, il lavoro sul territorio è sempre più problematico: le visite a domicilio possono richiedere tempi lunghi, poco monitorabili, ed è difficile controllarne l'immediata efficacia sanitaria. Sono quindi prestazioni costose e la sospettosità di una cultura aziendalistica è messa alla prova: come controllare ciò che fa il dipendente? Il paradosso è che così è messo in gioco alla radice il criterio primario che fonda la legge tutt'ora vigente, che prevede l'assoluta priorità del lavoro extraospedaliero, tanto da consentire il ricovero obbligatorio solo una volta documentata l'impossibilità di ricorrere a interventi adeguati sul territorio.

Ancora: l'aziendalizzazione misura la qualità dei servizi sanitari sulle *prestazioni* effettuate e non sul mantenimento della salute della comunità. Il criterio "fordista" fatto proprio da molte ASL stabilisce tempi rigidi per tutte le prestazioni delle diverse figure professionali e il numero delle prestazioni codificate determina anche la dotazione delle piante organiche da assegnare ai servizi sia in termini numerici che della tipologia degli operatori. Solo in margine mi si permetta di ricordare che l'aziendalizzazione fordista, di cui ci diede la più efficace, tragica e grottesca immagine Charlie Chaplin in "Tempi Moderni", piaceva anche ad Hitler (di cui Ford era un ammiratore).

Sempre una logica aziendalista vuole che *ogni servizio* di un Dipartimento di Salute Mentale debba o possa avere *una pianta organica sua*. Devo dire che questo è avvenuto anche per agevolare la contrattazione aziendale tra il direttore del Dipartimento di Salute Mentale e il Direttore Generale, per una scelta sindacale animata da buone intenzioni. Ma produce effetti discutibili. Mi spiego.

Il principio fondante della 180 è che non è il posto letto che cura il paziente psichiatrico. Franca Basaglia Ongaro affermava che mettere su un letto un malato mentale non significa curarlo. Il lavoro di cura dev'essere prioritariamente sul territorio e il fallimento di questa modalità operativa, che ha portato sempre più persone all'ospedalizzazione, non dev'essere premiato riconoscendogli maggiori

risorse. Un Dipartimento di Salute Mentale dovrebbe ricevere risorse misurate su altri parametri: numero e caratteristiche sociodemografiche della popolazione, caratteristiche del territorio (raggiungibilita' dei diversi luoghi), presenza di risorse in grado di supportarlo (in tempi trascorsi le case del popolo in Toscana sostenevano in maniera significativa anche soggetti "difficili": ricordo il film di Benvenuti "Ivo il tardivo"; in alcune aree del paese si realizza un sostegno effettivo ed efficace delle cooperative di lavoro che hanno tra i loro soci persone "problematiche").

Un buon Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura (SPDC) e' un servizio vuoto. Racconto con un po' di fiera che in un Dipartimento di salute Mentale in cui ho lavorato in un certo periodo negli anni Novanta siamo riusciti a non avere nessun ricovero ospedaliero per piu' di qualche giorno, pur seguendo col nostro Centro di Salute Mentale un numero di assistiti molto elevato, e tutti con delle diagnosi piuttosto impegnative.

Così', nella stessa logica, una Comunita' Terapeutica e' una risorsa non se si sa come farci entrare persone ma solo se gia' nel momento in cui una persona ci entra si prevede come ne usira'.

Un Dipartimento di Salute Mentale dovra' quindi ricevere un riconoscimento di qualita'ricorrendo a parametri ben diversi da quelli attualmente pubblicati dalle agenzie regionali; ne suggerisco alcuni:

- 1) Presidi territoriali (Centri di Salute Mentale) aperti ed accessibili 24 ore su 24;
- 2) Posti letto in SPDC attivati in maniera flessibile e in stretto collegamento con il personale del CSM di riferimento;
- 3) SPDC con le porte aperte e senza contenzioni meccaniche;
- 4) Riduzione progressiva del ricorso ai Trattamenti Sanitari Obbligatori;
- 5) Sviluppo di una nuova politica dell'abitare (dalle case-famiglia ai gruppi-appartamento fino alle case supportate ed a quelle in piena autonomia negli ambiti dei piani di zona); qualora si attiveranno Comunita' terapeutiche esse dovranno garantire un rapido turnover e avere pochi posti letto con pochi posti;
- 6) Attivazione di PTRI (percorsi terapeutici riabilitativi individualizzati) per tutte le persone affette da disturbi mentali afferenti al suo territorio, anche quelli collocati in luoghi come carceri, REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, realizzate dopo la chiusura ufficiale degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari), RSA Case di riposo, avvalendosi anche dei Piani di Zona;

- 7) Sperimentazione di nuovi efficaci strumenti di presa in carico nella rete sociale;
- 8) Relazione sistematica con la scuola, le istituzioni culturali, la magistratura;
- 9) Promuovere un reale inserimento lavorativo anche attraverso la rete della cooperazione sociale.

Rilanciamo le lotte che in passato hanno fatto sì che operatori, forze politiche, opinione pubblica, siano riusciti a far approvare in Italia le leggi ed i provvedimenti più avanzati al mondo nel campo della salute mentale.

Come diceva Franco Basaglia, bisogna essere consapevoli che non si è mai vinto una volta per tutte e che alle riforme, affinché non si riducano ad una riedizione gattopardesca del passato, bisogna credere *attuandole*, cogliendone lo spirito.

La critica della cultura psichiatrica attualmente dominante nel Veneto, di cui sono evidenti i risultati (ne sono testimonianza i diversi provvedimenti legislativi regionali ai quali ho fatto cenno) dev'essere la base su cui ricostruire nuove piattaforme di lotta; una lotta che realizzi la riacquisizione di un reale diritto di cittadinanza, alla luce dei principi della nostra Costituzione e quindi un effettivo *protagonismo degli utenti*, battendosi ancora **contro una psichiatria manicomiale, anche nella sua riedizione veneta.**

- (1) Husserl, per ridurre ad una riga un pensiero complesso che è a mio avviso straordinariamente attuale e suggestivo, afferma che le "scienze della vita" non possono che distinguere *il corpo e il corpo vissuto*, e che quest'ultimo non si può conoscere semplicemente con le tecniche che lo fanno "oggetto" – macchina - ma solo *sospendendo il giudizio, attraverso l'incontro con l'altro*.

La domanda a cui "le scienze europee" (il positivismo) non sanno rispondere, infatti, è che cosa si può e si deve fare con ciò che non conoscono. Fare comunque qualcosa (l'accanimento "terapeutico") ha prodotto in psichiatria risultati spaventosi come le terapie di choc e la lobotomia prefrontale. Ma anche risultati al limite del grottesco: agli inizi degli anni '80 del secolo scorso qualcuno, basandosi su alcuni discutibili studi, aveva immaginato che fosse possibile curare la schizofrenia ricorrendo alla emodialisi. E a Mestre il nuovo servizio psichiatrico di diagnosi e cura fu realizzato (per caso?) in immediata contiguità con la nefrologia.

Alla psichiatria positivista si oppose, anche in Italia, una psichiatria fenomenologica di matrice Husserliana, la sola che riconobbe nei folli singole forme di esistenza con cui confrontarsi (Jaspers, Binswanger, Minkowski furono alla base del pensiero del primo Basaglia). I limiti di questa psichiatria furono, e mi scuso in anticipo per questa semplificazione, un “difetto di prassi alternativa” alla pratica dominante. In particolare in Italia questi psichiatri non positivisti (Cagnello, Barison) spesso “osservavano”, partecipi impotenti, il mondo dei loro assistiti, non mettendo in discussione l’istituzione in cui operavano. Un aneddoto personale: quando, da studente dell’ultimo anno di medicina, chiesi di poter frequentare l’ospedale psichiatrico di Padova diretto da Barison, i cui scritti erano molto belli, non potei nemmeno incontrare il direttore. La mia intenzione era di laurearmi con una tesi in psichiatria. Fui dissuaso per interposta persona (da un medico del manicomio) per il timore che, essendo stato nominato segretario padovano del Movimento per la lotta contro la malattia mentale, potessi innescare una qualche “rivoluzione” interna. Alla fine dovetti rinunciare all’idea di scrivere una tesi in psichiatria e mi laureai con una tesi/inchiesta di medicina del lavoro. Non avrei mai accettato infatti – mi rifiutai persino di sostenere l’esame di psichiatria, allora un esame complementare a quello di Neurologia – di frequentare, in alternativa all’ospedale psichiatrico, l’istituto universitario di Malattie Nervose e Mentali. Vi regnava l’organicismo più becero. Porto un esempio: il direttore d’istituto aveva dichiarato in una lezione non la liceità ma addirittura l’opportunità di effettuare una lobotomia prefrontale su un operaio affetto da un disturbo ossessivo. Secondo quel professore mancavano, in quel caso, controindicazioni all’intervento, dato che non si trattava né di un intellettuale, né di un professionista né di un artista, e che non si sarebbe corso quindi il rischio di fargli perdere creatività e spirito di iniziativa. Sentita quella prima lezione, ne seguii un’altra che mi indusse a rinunciare definitivamente ad ascoltarle, sgomento per la modalità a cui si era ricorso per presentare a un pubblico di studenti quasi esclusivamente maschile una giovane donna “isterica” (facendo vedere il “riflesso pubico” – credo che si capisca di cosa si tratta senza che lo spieghi in dettaglio).

- (2) Foucault, nella *Storia della follia nell’età classica*, e non solo, ci fa cogliere come la cultura dominante, avendo il potere di definire la follia, abbia anche il potere di definire la ragione allontanando da sé la sragione.