

Se la diagnosi non è una profezia

PEPPE DELL'ACQUA

“Sono una bipolare.”

Melissa, una giovane donna veneziana¹

1. Siamo a Napoli, fine anni sessanta, Facoltà di medicina, Clinica delle malattie nervose e mentali. Gli anni e il luogo della mia prima formazione. Il professore apre la fila, dietro di lui l'aiuto, gli assistenti anziani, gli assistenti volontari, gli specializzandi. Gli studenti interni in coda. Tutti in camice bianco. Dal fondo del piccolo corteo vediamo il professore che benevolo, quasi benedicente, con un grazioso accento siciliano, interroga le pazienti del quarto piano: il reparto psichiatrico. La scena si ripete ogni settimana: il giorno del giro. Lo sguardo del direttore, distante e bonario, definisce, cataloga, fissa ogni cosa dentro una diagnostica, una semeiotica, una clinica che solo oggi posso dire quanto fosse rudimentale, anche per quel tempo. Allora ci appariva perfetta, precisa, indiscutibile.

Era, ed è, la formazione di chi doveva fare il medico. E non deve stupire che anche la costruzione della nascente psichiatria universitaria, delle cliniche psichiatriche universitarie, non poteva che accadere all'interno del paradigma della medicina.² Doveva (e deve) iscriversi nella ricerca costante dell'oggettività dei numeri, delle scale, dei parametri, delle evidenze.

Le parole del professore nel denominare quello che il suo sguardo coglieva davanti alla paziente e alla “malattia” dovevano aderire il più possibile a ciò che stava osservando. La parola doveva fissare la cosa,

1. A Venezia, alla presentazione del libro di Franca Ongaro Basaglia *Salute e malattia*, nel corso del dibattito è intervenuta una giovane donna che così si è presentata.

2. Solo nel 1971 si aprono le prime scuole di specializzazione in psichiatria, si strutturano le cliniche psichiatriche e i corsi di specializzazione. I primi specialisti in psichiatria in Italia escono dalle scuole nel 1975.

fermarla come in un fotogramma: il professore faceva bene quello che gli veniva chiesto di fare. La psichiatria, come appariva allora e con maggiore definizione oggi, si stava strutturando, germogliava dalle fertili, oggettive e validate neurologie. La svolta del XIX secolo aveva ben chiarito questa appartenenza, la psichiatria per farsi e per dominare incontrastata si piegherà al paradigma medico: eziologia, patogenesi, diagnosi, prognosi e terapia saranno da allora le parole delle psichiatrie nascenti.

Mentre espone il caso clinico, lo sguardo del professore annienta, riduce, azzerava la presenza di quella donna e benché continui a dire: “Signo’ comm’e state? Comm’e vi sentite? Signo’ avete durmito stanotte?”, della signo’ non c’è più traccia. In quella clinica, nella clinica, il problema della presenza dell’altro non si poneva (non si pone). Non esiste neanche la possibilità di pensare e di immaginare l’altro, di avvertire un qualche imbarazzo per la sua assenza.

Eziologia, patogenesi, diagnosi, prognosi e terapia: questi gli snodi su cui dobbiamo fondare le nostre certezze. Sono i punti cardinali che dovranno garantire la navigazione sicura. Si riveleranno quanto mai inadatti per navigare in quel mare che di lì a poco dovrò attraversare. Ogni passo di quella sequenza rappresenterà un interrogativo angoscioso e l’incertezza dominerà la navigazione.

2. Allora le parole che rimandavano a valutazioni quantitative, a scale, a medie, a liste pesate di sintomi era quanto cercavamo, quanto dava spessore alla nostra formazione. La ricerca delle parole più precise per dire una diagnosi occupava gli studenti interni. Quelle parole risuonavano promettenti e piene di futuro. Per gioco ci mettevamo a diagnosticare una malattia a qualcuno di noi. Amplificando tratti di personalità, comportamenti, tic, inclinazioni, carattere, arrivavamo alla diagnosi. La definizione trovata, alla fine, sembrava ci dicesse proprio qualcosa di vero. Tutto appariva chiaro. Per noi, medici in formazione, non era solo accettabile, era la verità. Il DSM, il manuale diagnostico, benché alla sua seconda edizione, non dominava ancora le accademie e le lobby psichiatriche italiane.

Era anche vero che le persone che il professore ci mostrava nel corso del “giro” e che interrogava, che blandiva, non erano per niente persone, erano quelli e quelle del quarto piano. L’evidenza oggettiva delle parole (delle diagnosi) del professore giustificava e pretendeva il trattamento. Qualsiasi trattamento dopo la sua indiscutibile definizione diventava accettabile. Meglio, quello che alla diagnosi conseguiva era proprio quanto

si doveva fare: restare dietro la porta sbarrata, prendere farmaci (anche in via sperimentale), essere sottoposti all'elettroshock, alla lobotomia, a una dolorosa puntura lombare per scoprire chi sa cosa. Ma anche essere rispedito con l'etichetta di *inguaribile* al manicomio. Il professore, infatti, accoglieva (si faceva spedire) qualche povero cristo per "studiare meglio il caso", sperimentare qualche farmaco, qualche "innovativo trattamento". In verità per disporre di materiale didattico.

Il professore ci insegnava che, se vuoi, puoi anche avvicinarti, essere buono e generoso. Ma senza mai perdere la misura della distanza. Avvicinarsi doveva rendere ancora più chiaro ed evidente lo spessore del potere e la verticalità della relazione. "Signo', oggi va meglio? Che dicite?" E rivolto a noi in quindicesima fila: "La signora dice che sta bene, ha detto che la scossa elettrica le ha fatto passare il pensiero". Poi rivolto alla povera signora, magari chiamandola per nome: "È vero, Mari, che u' pensiero è passato?". Ecco come dovevamo prepararci per essere dottori.

Una volta definito l'oggetto, la separazione dal contesto e dalla storia è la prima e più devastante conseguenza.

3. A un certo punto, nella Clinica delle malattie nervose e mentali al quarto piano, porta di ferro chiusa a chiave, finestre con le sbarre, estrema miseria di arredo e suppellettili, arrivano due fratelli. Sono gemelli. Gemelli monovulari. Fratelli, gemelli, monovulari e schizofrenici. Una manna.

Sono stati già più volte *studiati*, vengono dal Don Uva di Potenza, uno dei tanti manicomi del Sud sotto il protettorato del barone dell'Università di Napoli. Si tratta di due giovani trentenni con più di dieci anni di malattia, già segnati da una carriera istituzionale corposa.

Sono giunti al capolinea della devastazione. Capirò dopo, per mia fortuna, che quei segni che gli assistenti ci facevano osservare e ci insegnavano a riferire nell'esame obiettivo, erano le tracce profonde che sul corpo dei due gemelli avevano lasciato le parole della diagnosi, la carriera manicomiale e l'incorporazione difensiva del potere che le istituzioni avevano su di loro. Nessuno diceva a noi studenti di parlare con i due fratelli, di stare un po' insieme in giro per il reparto, *giocare* un brandello di relazione. Andare fuori a prendere un caffè, procurare un pantalone, una camicia, una giacca per uscire a visitare la città, neanche a parlarne. Qualche giovane assistente sapeva di Gorizia e, di nascosto, faceva cose di questo genere. Il professore le aveva vietate. Spreghiativamente chiamava "basagliare" questo tipo di azioni. Capivo poco il divieto e ancora

meno il significato di quello strano verbo (mi sarebbe stato chiarissimo qualche anno dopo).

Parole come istituzionalismo, istituzione totale, oggettivazione non esistevano nel nostro vocabolario e chi si industriava a studiare e ricercare intorno a questi temi veniva censurato e messo al bando. Qualcuna di queste parole l'ho potuta ascoltare da Sergio Piro quando era già stato messo fuori dall'università. Era andato a fare il direttore dell'ospedale psichiatrico Materdomini di Nocera Inferiore, in provincia di Salerno.

Anche da un bravo psicoanalista, assistente anziano, Antonio D'Errico, potevamo ascoltare parole diverse. Per parlare di Freud agli studenti doveva incontrarli nelle cantine della clinica, ma non bisognava dirlo troppo in giro. La clandestinità mi aveva conquistato. Stavo per scegliere di fare lo psicoanalista. La psicoanalisi per qualche momento mi sembrò una promettente e generosa via rivoluzionaria.

I gemelli erano anche "catatonici" e dunque era possibile vedere la catatonìa lì davanti ai nostri occhi, e il professore, compiaciuto, non perdeva occasione di esporre quei due corpi perché approfittassimo di quella straordinaria occasione per renderci conto di cos'è veramente malattia mentale e i suoi sintomi più drammatici e inequivocabili. Il professore ci mostrava compiaciuto la *flexibilitas cerea*. Sollevava il braccio di uno dei due fratelli e, senza guardarlo, parlando con noi, lo disponeva in una improbabile posizione. Il braccio rimaneva su per tempi infiniti, quasi non appartenesse più a quel ragazzo. Poi il professore si spostava al letto accanto e tirava su il braccio dell'altro. Stessa posizione. "Vedete?" diceva il professore. "Come due statue di gesso uscite dallo stesso calco."

Della dolorosa e abissale lontananza di quei due corpi, dell'assenza potrò dire soltanto dopo.

4. Le parole del professore impedivano qualsiasi scivolamento emotivo, qualsiasi vicinanza. Le sue parole potenti e sicure non temevano più il confronto con la realtà. La possedevano. Come se quei due ragazzi non fossero mai esistiti e, al loro posto, vera, concreta, tangibile, la *flexibilitas cerea*. Le orecchie sporgenti che i capelli rasati a zero ingigantivano, venivano mostrate come tratti somatici propri di quella condizione e ancora lo sguardo perduto e sgomento, la magrezza, le "stereotipie" dei gesti, l'ostinato "mutacismo". I segni del corpo suscitavano eccitazione negli assistenti: "Vedete... vedete...". La schizofrenia, la catatonìa era lì, sotto i nostri occhi. Potevamo toccarla, la schizofrenia. Poi, in un eccesso

di compiacimento e di entusiasmo si spingevano a trovare connessioni dei parametri biologici con quella condizione: gli esami del sangue, delle urine, l'elettroencefalogramma. Senza parlare delle cause genetiche che, sempre ipotizzate, qui incassavano una conferma indiscutibile. Infatti, non se ne discuteva.

Chi fossero questi due giovani, da dove venissero, quale fosse la loro storia, la loro famiglia, che ci fosse una madre da qualche parte, dei fratelli, un passato, non era dato sapere, né soprattutto (e ne colgo tutta la tragicità mentre scrivo) era di particolare interesse per nessuno di noi studenti.

Da allora non ho mai smesso di confrontarmi con la diagnosi. Soprattutto entrando in manicomio dove il *corpo a corpo* per cercare di metterla a lato divenne subito drammatico.

5. Le conseguenze della messa a lato della diagnosi sono ricchissime e gravide di svolte inaspettate. Incidono sul piano operativo, sui dispositivi organizzativi e rendono possibile l'incontro in tutta la sua autentica drammaticità.

Abbandonato il terreno della certezza diagnostica, la crisi e il fallimento sono sempre dietro l'angolo. Una volta privilegiato l'incontro e aperto occhi e orecchie, non posso che trovare (non posso non farlo) incroci, contaminazioni, svolte che diversamente mi dovranno orientare mentre mi avvicino a quella persona, a quella storia, a quelle scene. Devo approssimarmi a quell'esistenza ricollocando strategicamente strumenti e conoscenze della medicina, delle psichiatrie, delle psicologie, delle psicofarmacologie, delle neuroscienze, delle neurologie, delle riabilitazioni psichiatriche.

La diagnosi non poteva essere, come oggi sempre più spesso accade, che la fissazione di un fotogramma. Come non pensare a quando, intorno al 1850, il primo scatto fotografico riesce finalmente a riprodurre su una lastra la realtà così com'è e offre alla nascente psichiatria la dimostrazione oggettiva e incontestabile che il danno deve essere nel cervello. I segni nel corpo della malattia mentale che il sapere medico sta ricercando, e disegnando con crescente sicurezza, devono essere oggettivabili. La fotografia si offre a sostenere la psichiatria che vuole rappresentare la follia. Come non accostare gli entusiasmi di allora all'orgoglio di oggi di fronte alle sofisticatissime immagini dinamiche, tridimensionali e colorate del cervello. Il fotogramma diventa la prova inequivocabile della malattia ed entra nei

manuali classici di semeiotica e di clinica psichiatrica. Sono patetiche e tragiche le foto dei malati costretti in posa a mostrare sul loro volto i segni della malinconia, dell'allucinazione, della mania, delle passioni alterate, dell'idiozia, del furore. Il gesto, l'espressione, lo sguardo del folle fermato sulla lastra costruisce con indiscutibile rigore la malattia. L'intenzione diagnostica, la classificazione delle malattie, sembra avere ormai fondamenti più che evidenti. Alla catalogazione segue la riduzione di ogni passione, emozione, sentimento a malattia e da qui la sottrazione, la separazione, il sequestro. Un arresto di tempo, una scomparsa di luoghi, una negazione di storia. Di lì a poco arriverà Kraepelin.

6. La diagnosi, ora, pretende attenzioni e competenze tanto più profonde e articolate quanto più voglio disporla nel campo dell'incerto (che vado scoprendo) e sottometerla alla vita della persona. Paradossalmente proprio il lavoro intorno alla diagnosi, appropriandosi della diagnosi, può contrastare il riduttivismo dilagante che su di essa si costruisce. Mi figuro la diagnosi come un imbuto, un collo di bottiglia dove la vita vissuta, la narrazione singolare, le ustioni brucianti dell'esperienza devono comprimersi, appiattirsi e divenire diagnosi. Penso che il lavoro che abbiamo imparato a fare in questi anni sembra risolversi in questa semplicissima figura: tentare di capovolgere l'imbuto. Riconosciuta la diagnosi, operare per la sua decostruzione. Da qui l'incontro, per farsi, non può che lateralizzare la diagnosi. Il lavoro terapeutico costringerà a un allenamento continuo ad attraversare il campo della diagnosi, a collocare diagnosi e persona in una larga e dinamica dimensione temporale. Bisogna imparare a usare le parole della diagnosi per tenerle in relazione con la persona; svuotare le parole del significato finale e inappellabile, corroderle sottoponendo la finitezza delle descrizioni all'incommensurabilità della vita.

Ma cosa accade nei servizi di salute mentale, nelle scuole di formazione, nelle università? Giovani psichiatri e psicologi, infermieri, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica si costruiscono intorno alla traccia, indiscussa, del manuale diagnostico. I servizi di salute mentale, come i servizi ospedalieri di diagnosi e cura, costruiscono il loro agire intorno alle diagnosi, alla certezza della competenza che deriva dalla collocazione diagnostica della malattia. Eppure il nostro paese, con la legge 180, ha fatto una coraggiosa scelta di campo: i servizi sono nella comunità, sono di fatto servizi per le persone e non per le diagnosi, servizi di salute mentale e non di psichiatria.

7. Mio figlio fa il mio stesso mestiere e lavora in un Centro di salute mentale in provincia di Salerno. Spesso mi telefona per parlarmi del suo lavoro, delle persone che vede, dei problemi quotidiani. Quando comincia a dirmi di qualcuno che lo ha particolarmente preoccupato, entra nel linguaggio delle diagnosi, usa le parole del DSM. Gli dico, ridendo, che è stato “in braccio a Basaglia”, che è stato nel mitico asilo nel manicomio di San Giovanni in ebollizione, che ha frequentato negli anni della sua formazione tutta la banda triestina e che, nonostante tutto, non riesce a fare a meno di quelle parole.

Per fortuna dopo poco troviamo la strada per venirne fuori e il suo racconto comincia a intelaiare un ordito che ci aiuta a incontrarci e comprendere il suo amaro disappunto per una perizia psichiatrica e per la conseguente decisione del Tribunale dei minori che ordinerà l’allontanamento di una bambina dalla sua mamma affetta da un disturbo mentale. Ma questa donna dove sta? Com’è la sua casa? Ci sono altre persone? Hai parlato col padre della bambina? E tu cosa provi quando sei dentro questa storia? E la bambina l’hai vista? E hai parlato con il Servizio minori del tribunale? E col giudice? Hai trovato qualcuno che può aiutare questa donna? E cosa può fare il servizio per assicurare continuità?

Riusciamo ad allontanarci dalla disperata freddezza delle parole della perizia (e della diagnosi) che sta condannando quella donna. Andiamo avanti e finiamo per essere contenti. Nel raccontarci le cose parliamo anche delle nostre personali esperienze di genitore io e di figlio e genitore lui, delle nostre emozioni che il racconto ha messo in scena intorno a quella famiglia.

Parliamo dell’organizzazione del suo lavoro. Della separatezza di ruoli e funzioni che impedisce di vedere, che condiziona l’osservazione in ragione della definizione delle competenze e della “visione diagnostica” che riduce a competenze le vicende delle persone che quel servizio si trovano ad attraversare. Possibilità di contrasto all’imminente sentenza si riescono a intravedere.

8. A Gorizia, Basaglia si ritrova in un deserto di relazioni, si interroga su “che cos’è la psichiatria?” e deve porsi, tra gli altri, il problema del fondamento di quella disciplina, delle sue asserite certezze diagnostiche. Come se dicesse: “Com’è possibile tutta questa devastazione? Dove

sono le persone?”. Vuole fuggire. Restando in quel luogo non potrà che diventare complice di quell’intollerabile assenza.

Che cosa accade oggi? Siamo in grado di cogliere il rischio di quell’assenza? Stiamo rischiando di disperdere la ricchezza della forza critica di quell’interrogativo e delle straordinarie conseguenze operative.

Le immagini del martirio del maestro elementare Francesco Mastrogiovanni (diffuse su YouTube), morto legato a un letto dell’ospedale civile di Vallo della Lucania in provincia di Salerno, tra luglio e agosto del 2009, dopo quattro giorni di contenzione, rilanciano drammaticamente la domanda. Com’è possibile? Amici, famigliari, studenti mi chiedono com’è stato possibile.

Com’è stato possibile che per quattro giorni interi nessuno abbia visto. Il video implacabile ci mostra infermieri e medici che passano accanto a quel letto. A un certo punto si vede un infermiere che finalmente si avvicina. Si china verso uno di quei polsi fasciati stretti alla struttura del letto. Finalmente, qualcuno ora lo accudirà! L’infermiere con un tampone in mano si inginocchia e comincia a pulire il sangue che dal polso di Mastrogiovanni era colato e sporcava il pavimento. L’infermiere si rialza e va via. Com’è possibile, mi chiedono?

La risposta è drammaticamente chiara: non lo vedevano. Oramai non potevano più vederlo.

Benché nessuno possa più dire di non sapere e otto medici siano stati condannati dal tribunale di Vallo per sequestro di persona e altro, più di cento persone, nel momento in cui leggete questo articolo, sono legate in uno dei trecento Servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Almeno sessanta di questi servizi hanno le porte aperte e non legano, dunque è possibile fare diversamente! Senza dire delle istituzioni per i vecchi, le persone con disabilità, i bambini difficili e irrequieti. Nel manicomio avremmo dovuto imparare prima di tutto a non vedere e a non sentire. Oggi questa è la pedagogia dei servizi dove si muore legati.

Nel manicomio le parole della diagnosi diventavano brutali, offensive, violavano volgarmente l’intimità della persona: agitato, aggressivo, laceratore, coprofago, incontinente, logorroico, masturbatore, sudicio. La diagnostica del quotidiano per legittimare la violenza.

9. Bisogna ripartire da qui: scandalizzarsi di fronte alle porte chiuse, alle telecamere che sorvegliano, ai letti di contenzione.

Quando sono arrivato a Trieste, non ero solo: altri giovani come me

avevano risposto alla chiamata. Basaglia ci sconvolse. Non gli interessava il nostro curriculum, cosa avessimo imparato all'università, quali altre esperienze avessimo fatto. Gli importava che fossimo tutti giovani. Non contaminati dalle psichiatrie. Che fossimo disponibili a stare in quella storia che stava per cominciare, di cui nulla sapevamo.

Arrivo a Trieste il 3 novembre del 1971, il 4 è la festa della Vittoria, il 5 si comincia. Mi ero laureato a giugno di quell'anno. Ero andato a cercare Basaglia a Parma e nel manicomio di Colorno avevo cominciato a muovere i primi passi. Alle 8 del 5 novembre, riunione del mattino con il direttore. Tutti veniamo assegnati a un reparto. Inviati, disarmati, al fronte. A fare che? A dire cosa? Con quali strumenti? La risposta è ironica e disarmante, appunto: "Non potrete fare più danni di quanto è già stato fatto".

Nella clinica universitaria napoletana avevo il camice bianco che mi costituiva e mi proteggeva, accennava a un ruolo, a un'appartenenza. Era (è?) il sogno degli studenti di medicina. Agognavi ad avere il camice bianco. Quando andavi al bar del Policlinico a prendere il caffè, eri lusingato dal barista che ti diceva: "Dotto', nu' bell'e caffè?".

Dotto' era già un arrivo, una collocazione, un riconoscimento.

A Trieste, in reparto a San Giovanni, non importa a nessuno che sei dotto', camice bianco neanche a parlarne e devi guardarti dal pronunciare le parole della psichiatria che hai imparato. Parole che, appena dette, ti ritornano inadeguate, estranee, inutili, buffe. In reparto devi ascoltare. Nelle prime assemblee con gli internati devi ascoltare. Alla riunione delle 5, la quotidiana riunione di fine giornata con il direttore, devi ascoltare e cominci a capire "che il problema è un altro". Sei fuori gioco. Devi ripensare e ricollocare tutto quel poco che hai appreso.

La resistenza al cambiamento che ha accompagnato nel nostro paese il movimento e la legge di riforma sembra essere tutta qui. La dissociazione, che non si può non vedere, tra i grandi rivolgimenti istituzionali, legislativi, culturali e le cattive pratiche credo sia tutta nell'incapacità di ascoltare, di vedere, di incontrare l'altro: non essere capaci di abbandonare lo sguardo del professore sui due gemelli, schizofrenici, catatonici. Non coglierne le conseguenze devastanti.

Molti, oggi, pensano di aver abbandonato quello sguardo. Che quello sguardo sia fuori dal nostro tempo. Stiamo vivendo l'entusiasmo delle quotidiane scoperte delle neuroscienze. Siamo attratti da una straordinaria e meravigliosa tecnologia. Tutto appare più certo. Le attese e le

profezie tuttavia sono le stesse. Non è cambiato molto il campo delle pratiche. Ma le diagnosi sembrano ora più certe, più scientifiche e più sicuramente collocate nel cervello (nell'organismo, nel corpo).

Certezze incontestabili. Posso spiegare un numero impressionante di fenomeni, indagare con potentissimi scandagli le profondità del genoma, connettere (talvolta con eccesso di ardimento) comportamenti e substrati organici. La diagnosi genetica ha fatto il suo ingresso nei tribunali. Periti spregiudicati e giudici poco attenti credono di poter connettere un gesto, una circostanza, un momento alla peculiarità di un gene. Di nuovo fragili e false certezze. Tuttavia più la ricerca procede, più diventa vasto il campo di quanto non comprendiamo: tra l'organismo vivente che sto minuziosamente analizzando e la vita concreta della persona resta un vuoto, un salto. Gli strumenti che mi aiutano a vedere la vastità del vuoto non mi aiutano ad attraversarlo. La ricerca nel campo delle neuroscienze, delle neuropsicologie, delle psicologie sperimentali deve tuttavia continuare a essere quanto mai prima sostenuta, senza perdere l'obiettivo che è l'avvicinarsi *incerti* alla vita delle persone.

10. Chi comincia ad avvertire *un male* indefinibile, un impaccio, un disagio, una difficoltà nella vita di tutti i giorni, nel rapporto con gli altri, va dal medico. Il medico è addestrato a rilevare quel male attraverso i sintomi e a definirlo in una cornice psicopatologica, psicosomatica, clinica. In genere una diagnosi psichiatrica. Il passo successivo è la prescrizione di un farmaco.

Il meccanismo è quanto mai semplice e all'apparenza logico: depressione-antidepressivo. Quando fai notare questo eccesso di semplificazione, psichiatri e medici di famiglia dicono: "Ma, vedi, non sono io che voglio fare diagnosi, vengono da me, mi portano la diagnosi e mi chiedono il farmaco". Sembra che tutto debba chiudersi qui. La medicalizzazione è tanto estesa e capillare che gli operatori sono sconcertati. Non possono far altro – dicono – che confermare la diagnosi e prescrivere il farmaco. Il medico di guardia nel manicomio non può far altro che confermare "la diagnosi" del questore e internare.

È quanto mai evidente che non si può non prendere atto della domanda, ma dovrebbe essere altrettanto evidente che bisogna darsi tempo per ascoltare, sospendere le parole, ricercare risposte diverse. Nell'accettare il dato così com'è si rischia di riconfermare il modello

che produce la domanda stessa. Da qui le cattive pratiche. Le “mostruosità” conseguenti alle cattive pratiche sono oggi peggiori di quanto abbiamo pensato di lasciare alle nostre spalle: non fosse altro perché oggi sappiamo che un “altro modo di curare” è possibile. Esperienze di emancipazione e di crescita straordinarie e diffuse dimostrano quotidianamente e dovunque che “si può fare”.

Ancora una volta il problema resta nelle pratiche. Quanto un servizio di salute mentale riesce, nella sua “buona” quotidianità, a distanziarsi dal *mio* professore? Quanto riesce a riconoscere i conflitti, i bisogni, i luoghi della vita? Quanto riesce, riconoscendo le persone, a garantire possibilità, a produrre protagonismo, consapevolezza, ripresa, guarigione?

11. A Trieste la pratica della porta aperta si affermava rapidamente e io, senza camice, senza le parole della psichiatria e senza rendermene conto “mettevo tra parentesi la malattia”. Nessuno mi aveva parlato di questa *cosa* e se qualcuno ci avesse provato avrei fatto fatica a capire. Ognuno di noi incontrava ora persone e non poteva che essere quello che era, con la sua storia, le sue emozioni, le sue passioni, la sua fragilità, la sua incertezza. È cominciato così un cammino appassionato e durissimo: la lunga marcia attraverso l’istituzione. Il rischio di perdersi, e di perdere, era presente ogni giorno.

Negli anni successivi (e ancora oggi) ho vissuto preoccupazioni e paure profonde. La critica al ruolo, ai saperi, alle gerarchie, all’impianto istituzionale non poteva non provocare sconcerto, disorientamento, fragilità. “Che cosa sto facendo? Quali sono le mie competenze? Quali le tecniche che devo saper maneggiare?”

Nei primissimi mesi di lavoro in ospedale, in un reparto con più di duecento donne, mi aggrappavo alle mie recenti competenze di medicina interna per cercare di collocarmi. Nella fragilità di quelle condizioni cercavo appartenenza, ruolo professionale, identità. A ripensarci, oggi, quasi me ne vergogno.

Specie durante il turno di guardia che allora durava ventiquattr’ore, ero tentato di fare il medico. Come fossi stato il medico condotto di un piccolo paese, dove tanti paesani non godevano di buona salute. Capitava lo scompenso cardiaco, l’ascite, la diarrea ostinata, l’enfisema. Davo i punti di sutura a quelli che accidentalmente si ferivano (e vedevo con soddisfazione la mia piccola opera riparativa conclusa), auscultavo cuori, bronchi e polmoni, misuravo la pressione, prendevo il polso. Cercavo

di fare del mio meglio per leggere un elettrocardiogramma, verificavo i parametri vitali. Eseguivo l'esame obiettivo.

Andavo, incerto, a recuperare pezzi di medicalità, a rifugiarmi ambigualmente negli angoli sicuri del paradigma che avrei dovuto abbandonare.

12. Ripensando oggi ai turni di guardia notturna in manicomio mi viene da dire che tanta parte del cambiamento si è realizzata proprio in quelle circostanze. L'urgenza, l'emergenza, l'allarme ponevano scommesse cruciali, allora in manicomio e oggi nei Servizi di diagnosi e cura, ma anche in tutti i luoghi della vita e della cura delle persone che sperimentano il disturbo mentale. Come se ti dicessero: "Va bene tutto, i diritti, le storie, i bisogni, la critica alla diagnosi, la malattia tra parentesi, l'umanizzazione ma, quando uno è agitato, è pericoloso, è aggressivo, tu cosa fai?"

Durante le notti di guardia, in quegli anni, eri costretto su questa domanda a giocarti tutto. In quegli anni ci sono più di mille persone ricoverate. Per i venti reparti, quasi cinquanta infermieri in turno che non conosci, che non si fidano di te, che hanno un modo di lavorare ben radicato, che non intendono assolutamente cambiare. Cominci il turno e sai che può succedere di tutto. Durante la notte di guardia accade che mi chiama l'infermiere del reparto agitati e mi dice che quel tale paziente non dorme, è aggressivo, ha già spintonato e fatto cadere il suo vicino di letto, che ha già lacerato le lenzuola e rovesciato il suo letto. Che non vuole assolutamente essere avvicinato. Mi dice che si è messo in un angolo e, con tono di sfida, non accetta nessun contatto. L'infermiere mi dice anche che se io voglio loro possono "imbragarlo", "incravattarlo" e metterlo nel camerino di isolamento. L'infermiere, al telefono, mi chiede semplicemente l'autorizzazione e conclude dicendo: "Non si preoccupi, dottore, pensiamo a tutto noi". Nel manicomio al medico si chiedeva questo: di star tranquillo, che alla sedazione farmacologica, alla contenzione, al corpo a corpo, ci pensavano gli infermieri. Il medico doveva muoversi quando c'era qualche cosa di organico: una febbre o uno scompenso cardiaco o quando qualcuno moriva per constatare il decesso e firmare il certificato di morte. Se rispondo che va bene, resto a dormire e tutto va avanti. Non potevo rispondere così. In quell'ospedale, stavamo cominciando a cambiare tutto. La risposta era sempre la stessa: "Bene, arrivo subito".

13. Andare, come fosse il primo punto di un dispositivo non scritto: non si doveva più fare quello che, qui ora, attraverso gli infermieri, l'istituzione si aspettava che io facessi, che lo psichiatra facesse. Proprio in quei momenti si capiva bene che un'altra storia stava cominciando. Avevamo capito, ma non so oggi quanti l'abbiano davvero capito – che di fronte all'allarme, all'urgenza non bisognava chiudere, legare, contenere, soffocare. Riesumare vecchi paradigmi. Non bisognava soprattutto fare quello che l'istituzione chiedeva di fare: andare a certificare, come un notaio, che c'è stato sangue, una contusione, un livido; far finta di non vedere che qualcuno sta urlando dietro la porta sbarrata e che qualche altro è legato come un salame.

Nel momento in cui mi rifiuto, devo avere una teoria per spiegare il rifiuto. È questo il secondo punto del dispositivo non scritto. Devo cercare di comprendere cosa c'è dietro quel conflitto, quell'agitazione, quell'aggressività. Devo cercare di cogliere il senso della domanda che mi fa l'infermiere, le condizioni di lavoro cui è costretto, le dinamiche che si agitano in quel reparto. Devo entrare in quella situazione, vietarmi pregiudizi e condanne. Devo entrare in reparto e cominciare ad ascoltare.

Ho passato ore, ho fatto mattina tante volte in quei reparti fino a quando, alle 6, arrivava il cambio del turno. Ho fatto mattina ad ascoltare e discutere animatamente con gli infermieri. Ho fatto mattina ad ascoltare quelle persone, aggressive e violente, che, quasi con dolcezza, una volta rassicurate mi raccontavano del loro delirio, dei demoni che tormentavano incessantemente le loro viscere, del gelo che avevano dentro. È chiaro, ora a ripensarci, che se avessi risposto alla telefonata dell'infermiere: “Va bene, ci vediamo domani”, avrei semplicemente confermato quanto l'istituzione, da secoli, riproduceva. Avrei soffocato quel bisogno di ascolto, avrei perduto una formidabile e unica occasione di conoscenza. Avrei perduto un momento così ricco di complicità per riconoscere ed essere riconosciuto da quegli infermieri che non si fidavano di me e dei quali “non potevo fidarmi”. Avrei perduto un'occasione per comprendere che cosa significava veramente quella resistenza alle proposte di cambiamento.

È difficile spiegare ai giovani che oggi cominciano e agli psichiatri stanchi di contrastare la piattezza di tante psichiatrie il senso di operazioni di questa natura, un intervento che chiede di stare accanto a una persona dalle 11 della sera alle 5 del mattino.

Ho fatto l'alba con Carletto Afernik. Un giovane poco più che trentenne, rosso e riccio di capelli, di pelle chiarissima, occhi azzurri e traspa-

renti. Un corpo ancora bello malgrado dieci anni di malattia, di farmaci e di vai e vieni dal manicomio. Mi chiamano per dirmi che non intende mettersi a letto, è agitato, vuole parlare. Gli infermieri gli dicono che non c'è nessuno con cui parlare (è evidente che gli infermieri non sono lì per parlare), canta, parla ad alta voce, va a svegliare i compagni di camerata per dire dell'urgenza dei suoi racconti. Insomma sveglia tutti. Tra poco il reparto sarà una bolgia. "Ma cosa dice?" chiedo. "Parla *strambezzi*, stupidaggini", mi rispondono, "*disi monade!*" L'ultima affermazione quasi per dirmi della stupidità e incongruenza della mia domanda. Che cosa vuoi che dica uno che è schizofrenico, sembrano dirmi. E poi, al solito: "Se vuole possiamo metterlo nel camerino". "No, no", mi affretto a rispondere, "sono sveglio, vengo a trovarvi."

Arrivi lì e ti trovi di fronte un giovane uomo, poco più vecchio di te, che dice parole che scuotono il suo corpo in ogni fibra. Parla delle stelle, dell'universo, degli infiniti spazi siderali. Sente il dolore della propria finitezza: sa che non potrà mai possedere l'infinito. Si commuove, avverte un dolore profondo quando improvvisamente sembra intuire che il passato non tornerà mai più. Mi sta parlando di un nonno dolcissimo e grandissimo che, nelle traversie della sua famiglia, si è preso cura di lui bambino.

La cartella clinica è corposa e la diagnosi di schizofrenia è *maturata* nel corso degli anni: primo episodio delirante acuto, poi distimia, depressione atipica, sindrome dissociativa e infine schizofrenia. Negli ultimi anni, a ogni rientro in ospedale, schizofrenia. Nel reparto di accettazione uomini ci sono quattro infermieri nel turno di notte e sessanta pazienti. Mi preparano un caffè e mi guardano ironici, quasi con aria di sfida sembrano dirmi: "Ma cosa mai vuole fare con questo qui? Non si accorge che perde tempo ad ascoltarlo?"

Con gli infermieri comincio a parlare, a invitarli al tavolo con Carlo. Devi collocare da qualche parte la malattia. E ascoltare Carlo. "Ecco, Carlo, siamo qui." Comincio a raccontare qualcosa di me, delle mie fantasie, della mia famiglia, della mia adolescenza. Anch'io avevo un nonno, mi nascondeva sotto un mantello a ruota nero, un gioco che mi divertiva molto e che ancora ricordo. Carlo racconta i suoi mondi senza fine, senza confini e senza tempo. Si commuove e, a tratti, piange. Si alza, si avvicina e mi abbraccia. Intuisco il terrore della sua solitudine "siderale". È perduto tra le stelle, non trova nessuno. Sente dolorosamente il vuoto, la condanna senza appello alla sua indicibile solitudine.

Mi dice della paura che io non posso neanche immaginare e piange. Poi ancora mi abbraccia.

Il suo parlare, il fluire delle sue emozioni pretende il nostro silenzio. Poi sorride, mi rassicura, ha paura di mettermi troppa paura e di costringermi a difendermi, a fuggire. Ha paura di spezzare quel filo fragilissimo che ora lo lega a noi. E allora parla. Non la finirebbe mai di parlare.

Mi chiamano da un altro reparto: “Se me la sbrigo presto, torno... mi aspetti?”. Carlo mi aspetterà continuando a parlare con uno degli infermieri che sembra molto preso ora dai suoi discorsi. Ascolta.

Quando torno, è quasi l'alba e io sono molto stanco. Mi ha aspettato. Siamo stati una presenza “salvifica” in questa notte di solitudine siderale. Ora posso dire a Carlo che sono stanco e che voglio ritornare nella mia stanzetta. Carlo mi abbraccia: “Buonanotte”, dice, e guardando fuori con tono canzonatorio: “Buongiorno!” . Poi, mentre esco: “Vorrei ancora...”. “Basta, Carlo, sono stanco” rispondo, secco. *Ora* posso dirglielo. “Buonanotte, Carlo.”

Essere lì, ascoltare, mettermi in gioco comincia a darmi una qualche idea di che cosa posso fare. Mi rendo conto che, mentre ascolto, mentre parlo con gli infermieri, mentre tutti insieme ci prendiamo un caffè, invitando Carlo, ma anche il paziente aggressivo e violento, stiamo costruendo un'altra scena, un'altra teoria della cura. Sto dando valore all'osservazione che hanno fatto gli infermieri che mi hanno chiamato. Sto considerando gli infermieri, il paziente e il reparto come un insieme unico di relazioni, di comportamenti, di culture. Sto mettendo quella persona al centro del nostro agire. Anzi, stiamo insieme pensando non a come contenere, adesso e qui, ma a cosa fare domani. Quella condizione così speciale della guardia di notte sembra voler restituire instancabilmente significato a ciò che sta accadendo. Ecco dunque il secondo punto del dispositivo non scritto: trovare una teoria della *non risposta*.

Per ultimo, terzo punto, devo comunque offrire una “soluzione” a quel problema che mi è stato posto. Non posso andarmene via dicendo: “Vi ho ascoltato. Bene. Continuate a stare svegli e chi delira a delirare e chi rischia di subire violenza che continui pure a subirla!”. Soltanto nel momento in cui acquisto consapevolezza della difficoltà, dell'impossibilità, di una qualsiasi soluzione, in quel contesto immutato, prendo coscienza della mia condizione. Mi rendo conto della mia solitudine, che sono assolutamente disarmato, che fuori dal codice istituzionale non ho strumenti. È l'insistenza di questa domanda – *cosa faccio ora?* – e

la consapevolezza di quella solitudine che apre alle possibilità, che mi permette di riconoscere gli infermieri, che mi invita a lavorare insieme, che coinvolge, che consente di sperimentare strategie, relazioni, aperture. Fino a quel momento, semplicemente, impensabili.

14. Oggi più di allora il lavoro terapeutico³ non può che configurarsi come interrogazione, sospensione, riflessione, resistenza all'impetuosa artificiosità della domanda. Come se sapessimo, e lo sappiamo bene, che nella pratica (nelle pratiche) bisogna capovolgere l'imbuto: aggiungere, aggiungere, riannodare. Essere capaci, attraversando ogni sorta di terreno, e naturalmente quello della diagnosi, di contrastare la semplificazione; prendere distanza dal paradigma che il DSM ripropone sempre con maggiore prepotenza, di edizione in edizione, dal 1952; essere in grado di comprendere che i manuali diagnostici non sono altro che manuali diagnostici! Come sarebbe possibile altrimenti immaginare un servizio che vuole essere attraversato dalle persone, garantire ascolto e risposte singolari? Come potremmo disegnare luoghi (i luoghi della cura) che, negando quotidianamente la loro pretesa natura sanitaria, diventino luoghi di transito, piazza, mercato? Luoghi intenzionati a favorire lo scambio, l'incontro, il riconoscimento reciproco. Ad accogliere con cura singolare. Luoghi che vogliono vedersi abitati non (soltanto) dai "pazienti". Luoghi che progettano, costruiscono e curano un *dentro* senza mai perdere di vista il *fuori*. Anzi è l'attenzione ossessiva al fuori che pretende la cura del dentro. Luoghi, ma anche reti di relazioni, che si collocano tra *il dentro e il fuori* e disegnano una *soglia* in una sorta di contiguità tra la casa delle persone, la città, gli spazi collettivi. Progettare e costruire un servizio di salute mentale (un Centro di salute mentale) non può significare altro che rendere visibili, praticabili, abitabili le *soglie*.

3. Uso qui l'espressione *lavoro terapeutico* intendendo (e molto generalizzando) la *presa in carico* nell'accezione che abbiamo potuto costruire a partire dalla chiusura dell'ospedale psichiatrico e dalla pratica del Centro di salute mentale aperto ventiquattrore a Trieste. Mi riferisco a un insieme complesso e molto articolato di azioni, interventi, investimenti di risorse, coinvolgimento di operatori professionali e non, luoghi e strumenti diversi, progetti individuali e collettivi, partecipazione di persone con l'esperienza, famigliari con programmi specifici di sostegno, cittadini. Cfr. anche G. Dell'Acqua, R. Mezzina, *Risposta alla crisi. Strategie e intenzionalità dell'intervento nel servizio psichiatrico territoriale*, "Per la salute mentale/For mental health", 1988 (rivista del Centro studi regionale per la documentazione e la formazione nell'ambito della psichiatria in Friuli Venezia Giulia), disponibile sul sito <www.triestesalutementale.it>.

Come potrebbe accadere, infine, di reinventare istituzioni e saperi⁴ per contrastare ogni forma di violenza residua, ogni rischio di oggettivazione. Oggi gli psichiatri del paradigma “bio-bio-biologico”, gli psichiatri della diagnosi e della pillola (così lo stesso presidente dell’American Psychiatric Association definisce i rischi che si corrono con l’imminente manuale) farebbero presto a dire come organizzare e ridurre in pillole un Dipartimento di salute mentale: un *repertino* ospedaliero⁵ per “l’acuzie e l’emergenza” con un congruo numero di posti letto; ambulatori per le diagnosi (specie quelle emergenti) e per il controllo dei farmaci; un indefinito numero di “strutture da venti posti letto”⁶ per la “cronicità” da offrire a un mercato indifferenziato di privato sociale e mercantile. Il rischio della deriva, del ritorno prepotente della psichiatria delle certezze, è nelle cose.

Non si può non vederlo. Il pensiero critico sembra essersi spento, solo con molta attenzione si possono scorgere gesti antagonisti, le pratiche del cambiamento fanno fatica a resistere. Tutto congiura a rimontare la malattia, a sottrarre significato, ad appiattire, a negare.

4. F. Rotelli, *L’istituzione inventata*, “Per la salute mentale/For mental health”, 1988, <www.triestesalutementale.it>. Della rivista uscirono tre numeri tra il 1988 e il 1990. Il contributo dell’articolo al quale molta parte di questa riflessione anche si riferisce può essere in sintesi riportato così: il progetto di deistituzionalizzazione coincide con la ricostruzione della complessità dell’oggetto (intera esistenza e non mera “malattia”). Se l’oggetto è cambiato le nuove istituzioni dovranno esserne all’altezza. L’istituzione inventata (e mai data) sarà questo: riproduzione sociale, ingegneria di ricostruzione di senso, presa in carico, identificazione di situazioni di sofferenza e di oppressione, scambio, nuovi ruoli, altri modi materiali di essere per l’altro, agli occhi dell’altro.

5. Con “repertino” intendo sottolineare uno dei tanti modi di stravolgere, anche con le parole, il senso di quanto la legge 180 ha prodotto. Il Servizio ospedaliero di diagnosi e cura è parte integrante dei servizi territoriali e tale resta anche se la sua collocazione è l’ospedale. Molti psichiatri col camice bianco lo chiamano reparto volendo intendere una sua sovradeterminazione su tutto il sistema e salutare il ritorno della psichiatria nella casa madre: l’ospedale, la clinica, la medicina. Non è mai un buon segno quando gli operatori chiamano *reparto psichiatrico* oppure *repertino* il Servizio di diagnosi e cura.

6. Si vuole qui sottolineare un uso esteso della parola a significare che secondo le psichiatrie cliniche dominanti la deistituzionalizzazione può farsi solo se intanto si costruiscono le *strutture*. Il luogo comune ricorrente per la critica del cambiamento è stato per trent’anni proprio questo: buona la legge ma mancano le strutture. Di recente ha diviso il campo la legge, cosiddetta “svuota-carceri” del gennaio 2012, che contiene un articolo per la chiusura degli OPG. La proposta, voluta dalla commissione Marino, parla di strutture regionali da venti posti letto in sostituzione dei sei OPG esistenti e dei circa milleduecento posti letto. Si tratta di una delle riproposte più minacciose della pratica e della cultura manicomiale. Chi critica questa soluzione, e chi scrive è tra questi, la ritiene una pericolosa conferma ed enfasi della già diffusa convinzione che i problemi delle persone con disturbo mentale necessitano sempre di luoghi dedicati dove mettere le persone stesse. Strutture per la pericolosità, per la cronicità, per l’acuzie, per la riabilitazione, per la degenza.

La diagnosi che ritorna baldanzosa con le sue riconquistate certezze intesse da protagonista l'ordito: struttura e indirizza la domanda, condiziona la risposta, pretende distanze. Col filtro della diagnosi la domanda fa fatica a essere ascoltata per quello che è, per il dolore che porta con sé. Restano invisibili impedimenti e frustrazioni, tristezza ed eccesso, vuoto e passione, gioia e fallimento.

Rinunciare al ruolo dominante della diagnosi richiede la consapevolezza che sto affrontando un terreno irto di incertezze, di ostacoli, di tranelli, di ruvidezze. Posso perdere in qualsiasi momento, posso cadere da ogni parte. Non ho più una bussola, una rotta certa. Ho una mappa, forse più dettagliata, una singolare cartografia piena di segni, molto più complicata, che ora mi orienta in un rapporto unico e non ripetibile. Un rapporto che vuole prima di tutto ridurre e abbattere (senza mai riuscirci) la distanza, lo squilibrio di potere, la freddezza istituzionale. Un rapporto che per quanto si giochi in un ambiente e in un tempo dove instancabilmente si ricostruiscono muri, distanze, barriere, testimonia che "un altro modo di curare è possibile".