

**"Il timore di essere libero porta all'orgoglio di essere schiavo"** [Anonimo]  
Muro - baretto - spiaggia di Calahonda - Europa





Progetto finanziato dalla Comunità Europea

#### **Il Progetto Leonardo**

Formazione e lavoro infermieristico territoriale in salute mentale  
[Birmingham, Brema, Trieste, 2002/04]:

#### **[WAP]**

Weiterbildung ambulante psychiatrische Fachkrankenpflege  
Vocational training community based psychiatric nursing  
Formazione e lavoro infermieristico territoriale in salute mentale

#### **Il Progetto ha potuto svilupparsi grazie alla collaborazione sostanziale di**

Patrizia Buzzai, Michela Mottica, Michela Rondi,  
Sabine Del Gaiso, Elisa Zanello, Ofelia Altomare,  
Jorg Utschakowski, Helen Glover, Silio Pellizzaro,  
Carmen Roll (specialmente) e tutti i cittadini che a vario  
titolo hanno contribuito a dare corpo alla nostra esperienza.

#### **Le traduzioni in inglese sono state curate da**

Eric Schneider ed Elisabetta Bisarro

#### **Grafica**

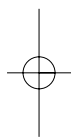
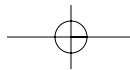
Incipit

[ovvero Nicoletta, Nadia, Cristina, Sara, Barbara, Ursula]  
ha trasformato le nostre idee in carta ed elettronica.  
E come!

#### **Stampa**

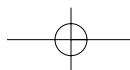
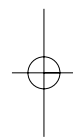
Tipografia Stella

La Cooperativa Sociale "Confini" ha provveduto  
allo sbobinamento e trascrizione di testi



---

**Per non incorrere in pratiche manicomiali, dannose a sè e agli altri**  
**Indicazioni pratico/teoriche per chi opera in salute mentale**



**Hanno scritto o sono presenti con loro scritti:**

- Roberta Accardo, Livia Bicego, Andrea Clarot,  
Lorenzo Decarli, Rossana De Santi, Cristina Facco,  
Adriana Fasci, Linda Giuliani, Paola Marchino,  
Giampiero Prelazzi, Dante Scarpetta, Gioia Sola [infermieri, infermieri specializzati in psichiatria, dirigenti infermieristici]
- Claudia Battiston, Cristiana Sindici [tecniche della riabilitazione psico-sociale]
- Patrizia Rigoni [scrittrice]
- Maria Grazia Giannichedda [sociologa]
- Maurizio Costantino [operatore sociale, psicologo]
- Antonio Catania, Ivana Mina [esperti]
- Franco Basaglia, Maria Grazia Cogliati, Mario Colucci, Giovanna Del Giudice, Peppe Dell'Acqua, Roberto Mezzina, Bruno Norcio,  
Alessandra Oretti, Mario Reali,  
Franco Rotelli, Assunta Signorelli [psichiatri]
- Paolo Da Col [medico]
- Kenka Lekovich [giornalista]
- Mervin Morris [docente - Università Central England]

## Indice

- 8** Una giornata di Antonio Coslovich. Infermiere al CSM [Lorenzo Decarli]
- 14** Introduzione [Maurizio Costantino]
- Capitolo Uno**  
I SOGGETTI? NARRARLI...
- 24** Da lontano [Adriana Fasci]
- 30** Da quel posto sordo e oscuro che è il disagio e lo svantaggio. Crisi, ricovero, TSO  
[Antonio Catania]
- 37** Il primo impatto non è poi così diverso... [Autobiografia professionale di Lorenzo Decarli]
- 48** La frittata [Cristina Facco]
- 52** I soggetti? Narrarli [Franco Rotelli]
- Capitolo Due**  
LAVORARE INSIEME? PERCHÈ E COME...
- 55** Perché nell'intervento territoriale è necessario il lavoro di equipe, ed in cosa consiste.  
Indicatori di qualità (a questo riguardo) dell'organizzazione del lavoro [Bruno Norcio]
- 67** Villa Maconda, i cui abitanti ci stupiscono ogni volta che possono  
[Equipe di Villa Maconda, con lettura critica di Cristiana Sindici]

Appunti per una griglia di indicatori di qualità nel lavoro territoriale [Maurizio Costantino]	<b>75</b>
La casetta [Eugenio Azzola]	<b>85</b>
Il girone dei pazzi [Autobiografia professionale di Andrea Clarot]	<b>104</b>
Due interviste immaginarie	<b>107</b>
Perché nell'intervento territoriale è necessario il lavoro di equipe, ed in cosa consiste. Indicatori di qualità (a questo riguardo) dell'organizzazione del lavoro [Maria Grazia Cogliati]	<b>111</b>

### Capitolo Tre

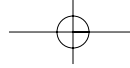
#### FARE, GUARDARSI FARE. FARE INSIEME, GUARDARSI FARE INSIEME...

Intervista al signor D., utente dei Servizi di Salute Mentale [Maurizio Costantino]	<b>126</b>
Curare e/o guarire. Il ruolo dei Servizi e degli operatori [Franco Rotelli]	<b>148</b>
Storia di G. ovvero, la riduzione del danno [Paola Marchino]	<b>159</b>
La pratica ed il concetto di "presa in carico", tra professionalità individuale, organizzazione di Servizi e contesti [Cristina Facco legge Giuseppe Dell'Acqua]	<b>168</b>
Trieste, 1990. Il progetto Zig Zag [Maurizio Costantino]	<b>171</b>

### Capitolo Quattro

#### LA LIBERTÀ È TERAPEUTICA

La storia esemplare di Giovanni Doz [Giuseppe Dell'Acqua]	<b>181</b>
Leros, piccola isola del Dodecaneso, vicino alla costa turca [Maurizio Costantino]	<b>184</b>
La libertà è ancora terapeutica [Maria Grazia Giannichedda]	<b>194</b>
Il Chiapas è terapeutico... [Roberta Accardo e Adriana Fasci]	<b>204</b>
Madame A. [Cristiana Sindici]	<b>211</b>



### Capitolo Cinque

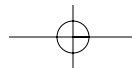
#### SERVIZI, OPERATRICI ED OPERATORI: IL DIRITTO DI PRENDERSI CURA.

- 245 E se il TSO non ci fosse? Riflessioni a margine di un gruppo di lavoro [Ivana Mina]
- 248 La riforma italiana. Note sulla Legge 180 [Maria Grazia Giannichedda]
- 255 Io l'una lei l'altra [Claudia Battiston]
- 260 Una nuova cultura operativa [Roberto Mezzina]
- 261 La pratica ed il concetto di "presa in carico" tra professionalità individuale, organizzazione di servizi e contesti [Paolo Da Col]
- 276 Il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (in breve)  
da: Guida ai Servizi di Salute Mentale del DSM Trieste

### Capitolo Sei

#### ALCUNE CONCLUSIONI

- 288 Veglia [Patrizia Rigoni]
- 297 Lettera aperta al lettore [Lorenzo Decarli]
- 299 Franco Basaglia con gli infermieri di Trieste. Corso di aggiornamento 1979.
- 306 Postfazione [Franco Rotelli]



## Una giornata di Antonio Coslovich. Infermiere al C.S.M.

di Lorenzo Decarli

Il primo a venirmi incontro è Walter, alla ricerca della solita sigaretta. Poi Andrea, spinto dall'impellente necessità di farsi una doccia prima delle otto del mattino, privilegio negato dal sonnolento turno smontante notte<sup>1</sup>.

Alla spicciolata arrivano tutti i colleghi del mattino. La notte è stata pacifica; rassicurato dalla notizia delle (forse) prossime dimissioni, Andrea non ha giocato con i fiammiferi, incendiando il comodino come due notti fa. Chi va all'ambulatorio in Distretto? Io e una collega.

Mentre ci prepariamo (farmaci e quaderno delle terapie, chiavi, telecomando per ritirare la macchina al parcheggio) Manuela ci ronza attorno, assillando con le sue richieste di aiuto - "Quando vado via di qua?" - "Mi darai una borsa lavoro?" - "Hai visto come sto bene oggi?" Ieri ha preso a forchettate<sup>2</sup> in faccia una collega che cercava di rimediare ai suoi 42 kg per 1,80, imboccandola. "Internata" per sua volontà, in mancanza di meglio, dopo aver sabotato ogni tentativo di inserimento in comunità, siamo i suoi famigliari - terapeuti - aguzzini - amici<sup>3</sup>. Nessuno, a parte alcuni infermieri, le parla.

Le strade del Carso sono scorrevoli anche nell'ora di punta.

Ci rechiamo velocissimi a casa di Federico, è assolutamente necessario fargli la litiemia, prima che cambi idea, impegnando il Servizio in interminabili contrattazioni. L'ambulatorio in Distretto, condiviso con altri Servizi, offre uno strano contrasto, così istituzionalmente lindo e ordinato, con il caos perenne del Centro. Gli amici che ci vengono a trovare sono sempre gli stessi. Enea controlla preoccupato e diffidente le solite pasticche<sup>4</sup>, che poi forse dimenticherà di prendere. Alberto ha un problema con la doccia di casa, poi si passa a vedere<sup>5</sup>. Faccio due passi nei corridoi del Distretto. Mi sento trafitto da sguardi apprensivi: psichiatria resta sinonimo di pericolo, disordine; ci sono state proteste per la presenza dei nostri utenti, non sempre gradevoli e silenziosi. Ascolto l'obiettivo frastuono fatto di urla infantili, sbattere di porte, telefonate urlate nella cornetta: eppure tutto questo non desta la reazione fastidiosa di nessuno.

Dopo un'ora chiudiamo per fare visita ad una residenza<sup>6</sup>, il gruppo di ragazzi ospitati si avvale dell'ac-



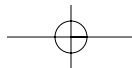
compagnamento di collaboratori a termine per andare al lavoro o per le attività ricreative, ma la visita quotidiana è d'obbligo, per le terapie e la continuità del rapporto. Uno è già al lavoro, una borsa lavoro in una cooperativa di consegna di pasti preconfezionati a domicilio. Roberto invece si aggira ancora in mutande nel consueto disordine della stanza. L'accompagnatore<sup>7</sup> lo chiamerà all'ora di pranzo, e se necessario, lo porterà al lavoro. Maria, la ragazza, è in camera: il disagio si manifesta già da qualche giorno con i più fantasiosi guai fisici: oggi è la volta di un occhio, che non sopporta le lenti a contatto, chissà.

Passiamo a casa di una signora che ha un figlio Down, mentalmente molto ritardato. Anche la signora ha i suoi problemi in fatto di "voci" moleste, e prende neurolettici, ma soprattutto fatica ad occuparsi adeguatamente del figlio, specie quando sia lei che lui hanno problemi di salute generale, fisica. Il ragazzo segue già giornalmente attività ricreative riservate ai portatori di handicap, ma chi lo accompagna per tutte le altre necessità? E la signora? Noi, il Distretto? Le associazioni per l'handicap? Uno dei tanti buchi neri o difficoltà dei Servizi territoriali: si fa presto a scrivere un progetto, ma poi servono braccia e gambe, la fatica organizzativa.

Di passaggio a casa di Luigi, per somministrargli il long-acting, e impedire che finisca al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura<sup>8</sup> alle undici di sera, fuori di sé, magari dopo essersi impasticcato. Ma non è facile. Neppure la casa è facile, uno dei casermoni popolari più degradati della città. Parcheggiamo nell'ampio cortile, costellato di auto sventrate, motorini dismessi, probabilmente rubati, cucine economiche che hanno fatto il loro tempo. Siamo spiati da due occhi spalancati, che hanno subito notato la griffe sulle fiancate della nostra macchina: sono gli occhi di una ragazza, seduta sul muretto: occhi affamati da tossica. Inconfondibili, non so perché. Mentre saliamo in ascensore, aggiornando la nostra cultura in fatto di graffiti pornografici, qualcuno sta percorrendo precipitosamente le scale in discesa: infatti, Luigi ci ha fregato, s'è dato, lasciandoci fessi a sorbirci le rimostranze della madre, più ambigua e rivendicativa che mai.

La doccia di Alberto funziona benissimo, anche troppo, nel senso che fa acqua da tutte le parti, e lo scaldabagno dev'essere oramai un bozzolo di calcare attorno alla resistenza. Parleremo con l'assistente sociale, la Dispensatrice di una Vita Decente, fin che durano i soldi, che arriveranno tra due mesi. La pensione di Alberto non concede lussi. Lo guardo, mentre si stropiccia le mani, sempre fredde.

Prossima tappa, la sede di un istituto per la formazione professionale<sup>9</sup>. Una signora da noi seguita insiste per sostenere l'esame finale di un corso che ha frequentato con grande contrarietà e difficoltà. Rifiuta una continuità farmacologica, la continuità terapeutica è sul filo del rasoio. Il monitor del corso vuole sicurezze, teme scenate in corso d'esame, il fantasma del matto da "tutelare" riappare, è sempre dietro



l'angolo. Si capisce che una rinuncia sarebbe gradita. Insistiamo invece perché la signora affronti la situazione. Saremo presenti, anche se non lo giudichiamo molto opportuno.

Di ritorno al Centro, Manuela è sul piede di guerra. La visita dai suoi non è andata bene. La prova generale di normalità è fallita<sup>10</sup>, i fantasmi di un antico rifiuto, chissà cos'altro ancora, residui cicatriziali che ricominciano a sanguinare. Gli occhi alla ricerca di qualcosa da colpire. Mi vede. Ci vediamo.

- "Mi aiuti?" -

- "Mi dai una borsa lavoro?" -

[1] Centri di Salute Mentale. Sono denominati secondo la via o il quartiere, in quanto storicamente radicati nel territorio (ogni Centro copre un bacino d'utenza media di ca. 60000 cittadini) garantiscono la bassa soglia d'accesso alle cure. Sono aperti dalle 8 alle 20, 7 giorni su 7, la notte forniscono l'ospitalità notturna con 8 posti letto ciascuno. Le persone vengono ricoverate, passano le giornate ad interagire con altre persone, più che "sotto osservazione", ricevendo, se è il caso, anche cure farmacologiche, che peraltro vengono spesso somministrate a domicilio. Il Centro funge da base organizzativa e sede, non esclusiva, per colloqui e consigli d'ogni genere atti alla prevenzione e alla cura dei disturbi mentali. In alternativa al SPDC vi si praticano i Trattamenti Sanitari Obbligatorii, che a Trieste, con una popolazione di 250000 abitanti hanno interessato nel 2002 35 persone, per un totale di 66 richieste. Le informazioni in dettaglio sul Dipartimento si trovano sul sito <http://www.triestesalutementale.it/>

## Note

[2] Rischio. Non si adopera alcuna forma di contenzione fisica, come cinghie, lacci, lenzuola, camicie, letti "attrezzati", stanzini: a Trieste, per quanto riguarda chi opera nella salute mentale territoriale, pura triste archeologia. Non si adopera nei Centri, men che meno nelle residenze, neppure nel SPDC. La porta rimane sempre aperta, la limitazione della libertà di movimento, se necessaria in relazione alla tutela sanitaria di una persona che voglia lasciare inopportuno il luogo di cura o tenga comportamenti incongrui, potenzialmente dannosi, in quel momento, a sé ed agli altri, è praticata nel confronto tra persone, uniche "armi" la parola ed il comportamento, includendo ovviamente anche il presidio farmacologico, senza il quale la terapia del disturbo mentale sarebbe ancora cosa ardua. Ma l'unico vero deterrente contro la violenza è di renderla inutile, con una perenne, non facile, strategia dell'attenzione, dell'ascolto. È la qualità di questa prassi messa in atto a Trieste a dettarne la peculiarità, e lo stato delle cose. È anche l'unico punto fisso efficace *per inchiodare il servizio alla tutela della persona*, alla non reiterazione di risposte automatiche ed istituzionali, abitudini dure a morire e sempre pronte a ritornare. Occorre invece dimostrare che il servizio è "forte" non perché costringe qualcuno, interna, ma perché è costantemente attento, disponibile all'ascolto ed alla soluzione dei problemi: di conseguenza, l'atto violento diventa inutile provocazione, utile piuttosto a disvelare il problema, l'angoscia che ci sta dietro, a dire "ci sono". Parecchia gente che oggi vive nelle residenze, nelle comunità o a casa propria ha avuto un esordio con, ha o avrà atteggiamenti aggressivi. Vive lunghi periodi di benessere in libertà. Nell'istituzione chiusa sarebbero mine vaganti, la contrapposizione violenta come unica alternativa alla catatonìa e all'abbandono. Tutto questo non vuol dire che rischi e pericoli non esistono più, ma sicuramente sono assai ridotti in condizioni di negoziabilità; abolita è la violenza che l'operatore farebbe a se stesso ogni volta che chiudesse una porta o peggio.

*Tutto questo* può richiedere anche l'impiego di task-force di operatori incollati per ore ad un'unica persona.

*Tutto questo* è certamente incompatibile con luoghi di cura di 20-40 posti letto con due infermieri "di guardia", o senza un adeguato supporto farmacologico ed ambientale; l'infermiere rifiuta così il ruolo di semplice guardiano/custode prendendosi



una dose di rischio e responsabilità personali nella presa in carico del presente e del futuro della persona. Tutto questo comporta presidi adeguati, sempre da chiedere, discutere, sottoporre a critica. Ma qualora permanga l'istituzione internante, l'ipocrisia del colloquio-ogni-quinici-giorni l'infermiera-le-darà-la-terapia, come dimostrare l'utilità di tutto questo?

- [3] Ruolo degli infermieri. Per meglio dire *molteplicità dei ruoli* e valore della *negoiazione e contrattazione dell'operato e del lavoro d'équipe*. Come infermieri, in Dipartimento, siamo quasi 160, tra psichiatrici, professionali, generici, specializzati. 4-5 colleghi costituiscono la media del turno nei centri, due alla notte con la facoltà di fare intervenire "un reperibile" (pronta disponibilità), che per espressa volontà degli infermieri, è sempre un operatore di riferimento del Centro, che conosce il "caso": 7 sono i tecnici della riabilitazione, 28 i medici, 7 gli psicologi, 10 le assistenti sociali, 14 gli operatori tecnici.

Non più erogatore di rigide e protocollari prestazioni l'infermiere diviene complice, amico, consigliere, ma anche colui che *ricordafatalmente* la malattia ad ogni incontro, misura e pietra di paragone con la realtà, mediatore tra la persona sofferente e la sua difficoltà di stare al mondo, e del mondo a stare con lei. L'eterno lavoro di far convivere le componenti in questione, in una *molteplicità di ruoli*. Questo è possibile nel confronto ed intreccio dei vissuti personali, nel mettersi in gioco, nel riconoscimento, anche affettivo, tra le parti: io ti rispetto, "ti vedo", e tu capisci che ti sto aiutando. Questo espone al rischio del *paternalismo* o allo smarrimento di fronte al *carico di responsabilità* sul destino delle persone, al senso di colpa legato alla difficoltà di valutare la ricaduta immediata dell'intervento e le conseguenze a lungo termine. È il motivo per cui non si da salute mentale territoriale senza un adeguato *lavoro d'équipe*: le capacità di ognuno al servizio di un lavoro comune non parcellizzato, come non può essere asetticamente uguale per tutti la risposta data a ciascuno; viste dal di fuori, molte scelte e prassi terapeutiche possono sembrare troppo disomogenee, e forse a volte lo sono: il confronto, per esempio nella riunione quotidiana di tutti gli operatori, serve alla continua, comune discussione.

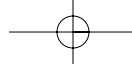
Il rapporto con le persone va costruito prima, durante e dopo i momenti critici. *Contrattare, negoziare le scelte* terapeutiche implica la dignità della partecipazione alle decisioni, e la presa d'atto da parte di tutti che ci sono più rotte per un approdo positivo, tante quante le persone, spesso più propositive di possibili soluzioni di quanto uno dei tanti pregiudizi faccia pensare. Un rapporto pazientemente costruito è qualcosa che resta, e che pesa nei momenti difficili.

- [4] I farmaci sono quelli che si usano in psichiatria. Neurolettici, tradizionali o di nuova generazione, ansiolitico-sedativi, antidepressivi e stabilizzanti dell'umore. Il problema è la loro continuità in tempi lunghissimi, in presenza di effetti collaterali sgradevoli, o la loro appetibilità in termini di dipendenza. Sono argomento-chiave nella famosa contrattazione di cui sopra. Purtroppo l'assunzione di una terapia farmacologica è spesso necessaria anche per tutta la vita. È vero però, e dimostrato, che la messa in opera di programmi abilitativi come il lavoro protetto, attività culturali e ricreative, la *semplice* creazione di un adeguato clima affettivo riducono drasticamente l'impiego dei farmaci.

- [5] Ruoli e mansioni sono destinati ad essere superati; è corretto, ma assumersi un tale protagonismo e la responsabilità di scelte concrete nella vita delle persone implica la capacità di previsione e la dotazione di strumenti adeguati; questo riguarda la responsabilità, la formazione e autoformazione degli operatori, come la disponibilità economica ed organizzativa. Appartengono al bagaglio permanente dell'operatore il lavoro con i famigliari, attività che occupa un posto importantissimo nell'organigramma del Dipartimento con regolari incontri programmati, i rapporti con le istituzioni separate come il carcere, l'abilitazione al lavoro, ecc. così come le *competenze* occasionali, mirate maggiormente sulla capacità di reperire ed attivare risorse, che non sulle capacità specifiche. Tema intrigante del futuro è come *stratificare* queste nuove abilità professionali, implementando l'efficacia delle prestazioni collettive e costruendo perfino le premesse per inediti riconoscimenti e ruoli professionali anche sul

piano giuridico: pensiamo alla necessità che c'è in salute mentale di una figura che curi gli interessi delle persone con disabilità avendo cognizione di causa dei reali processi abilitativi, nel rispetto della libertà della persona: l'impegno è tale e di tale delicatezza che è impensabile rimanere confinati alla figura del tutore, nel quadro invalidante dell'interdizione, o delegare tutto all'assistente sociale.

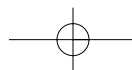
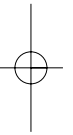
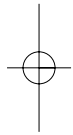
- [6] La presenza residenziale è indispensabile alla pratica della salute mentale. Alcune residenze sono gestite direttamente dai CSM; sono normali appartamenti, spesso di proprietà o presi in affitto da utenti che convivono con altri utenti. Persone con difficoltà nel condurre un'esistenza quotidiana autonoma, nella dignità. L'investimento del servizio, in persone e mezzi, è calibrato sui bisogni nella loro evoluzione. Altre residenze sono di proprietà dell'ASS e gestite dal servizio Abilitazione e Residenze o da cooperative di tipo A (servizi alla persona) convenzionate. Alcune sono ancora situate all'interno del comprensorio ex-manicomiale. Molte attività di tipo abilitativo o ricreativo si svolgono presso il Politecnico-Centro Diurno, dove professionalità differenti operano e gestiscono laboratori (teatro, musica, tessuti/maglieria, serigrafia...).
- [7] La modalità operativa estremamente flessibile, nonché le arcinote ristrettezze istituzionali, hanno richiesto l'impiego di risorse umane esterne. Questi operatori sono stati destinati alla residenzialità, ai progetti speciali, che richiedono l'impiego massiccio di persone in un tempo più o meno limitato, agli accompagnamenti. L'infermiere resta come elemento di coordinamento, di collegamento all'unità operativa. Però, da un punto di vista strettamente infermieristico, il rischio di demandare parte significativa dell'attività, e la ricchezza che ne deriva, in termini di pratica e di conoscenza, e di continuità storica, a figure non professionalmente infermieristiche, qualcosa di analogo al fenomeno OSS/OTA in altre situazioni, è reale. Come mantenere e sviluppare la peculiarità, coordinare l'operatività di qualcosa di cui si rischia di perdere la presa diretta?
- [8] Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): 8 posti letto, è il pronto soccorso psichiatrico, situato entro le mura ospedaliere. È altresì un termometro della sofferenza del lavoro sul territorio e della capacità di tenuta della rete sociale attorno alla persona, come si vede dall'esempio illustrato nel racconto.
- [9] Lavoro. La differenza che passa tra ergoterapia e lavoro abilitante è la stessa tra il fare sedute di psicoterapia tra le mura di una clinica e aiutare le persone nel loro contesto di vita reale. Una linea di confine il cui superamento non è mai scontato. Nell'esperienza triestina i passaggi fondamentali sono stati la fondazione di *cooperative* per fornire un lavoro pagato a quanti provvedevano ai servizi di base dell'ospedale (pulizie, trasporti, giardinaggio, ristorazione) e *la riconversione di parte dei sussidi in aiuti economici all'inserimento: le borse lavoro*: in sostanza la fuoriuscita da un percorso tutto assistenziale per intraprendere una dignità di vita autonoma. Oggi la formazione e l'inserimento lavorativo sono componenti fondamentali dell'attività del Dipartimento. Le persone vengono aidate nel loro percorso formativo, e nella ricerca e mantenimento del lavoro. A tale scopo funziona un Ufficio per la Formazione e l'Inserimento lavorativo e vengono erogati degli assegni in denaro a sostegno delle persone nel loro percorso, le borse lavoro. Queste possono accompagnare la partecipazione ad un corso di formazione presso gli enti preposti (con i quali esiste una storica collaborazione ed uno scambio continuo), come la concreta pratica di lavoro in cooperative sociali o presso imprese private, associazioni, ecc. Il loro andamento viene monitorato mensilmente dal suddetto Ufficio, composto prevalentemente dai referenti per l'inserimento di ciascuna Unità Operativa, infermieri, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali che collaborano con pari dignità nel processo insertivo, che richiede una conoscenza non superficiale della persona da inserire, delle loro caratteristiche ed aspirazioni.

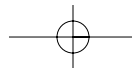


[10] La normalità non esiste. Si fa presto a dirlo, tuttavia esiste il malessere della convivenza con la situazione esistente, data per normale da una serie di regole scritte e non scritte ma concretissime e mutevoli nel tempo e nello spazio. I nostri "clienti" hanno generalmente una grossa difficoltà a reggere questo continuo stress di adattamento che peraltro appartiene a tutti. Si tratta, con la più classica delle applicazioni del nursing, di aiutarli in questa fatica di vivere. Il concetto fondamentale è: non siamo qua solo per far accettare una cura, una determinata condotta che facciano aderire la persona ad un determinato contesto, ma per operare anche al cambiamento di questo contesto, sia esso ambientale, familiare, di scambio sociale in genere, che è spesso origine e conseguenza nello stesso tempo del disagio mentale. È essenziale la lettura degli elementi di malessere e benessere del contesto stesso, *non per adattare una persona "fatta male" alla presunta normalità, ma per trasformare entrambi.*

### Epilogo

La passione, l'empatia, il coinvolgimento. Tutte chiacchiere già fatte mille volte. Niente di nuovo, il problema non è parlarne, è *farlo*. Ciò che può distinguere l'esperienza di ispirazione basagliana da altre valide sperimentazioni non meno avanzate, è che a Trieste *si è fatto*, il manicomio non esiste davvero più da decenni, è la realtà delle cose ad imporre nuovi progressi, a ingenerare critiche magari sanguinose e intransigenti, la critica è critica di un processo in atto, dal quale non si torna indietro, non espressione di dotti e pii desideri accademici. Certo, il lager può riprodursi, magari è dietro l'angolo, nei moderni ghetti delle case popolari, nelle case di riposo, nella solitudine del *morire di classe* che non è certo stato abolito per decreto legge, ma è sul terreno della libertà e visibilità che si gioca la partita con la malattia, l'esclusione, lo stigma. Non più "vergogna" nascosta.





## Introduzione

di Maurizio Costantino

La prima ipotesi è che chiunque - chiunque operi in psichiatria, in salute mentale, ma addirittura in sanità - sappia intimamente e con buona precisione quando con l'altro, il paziente, ha condiviso un momento di comprensione reciproca, di conoscenza, di incontro anche minimo ma vero. E quando no. Distanti eravamo, e distanti siamo rimasti.

D'altra parte basta che ognuno pensi a "se proprio devo andare, io, dal medico": dopo aver provato un'aspirina, massaggi, pomate e magari essermi consigliato con i miei più vicini, solo dopo, ci vado. E spero che non solo trovi cosa ho, ma il farmaco, la soluzione. E spero anche che sia gentile, ma veramente; di più, comprensivo, umano.

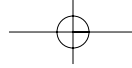
Insomma la distanza tra noi deve essere colmata, vorrei che fosse colmata: da un sapere, strumenti tecnici e presenza. Ho bisogno che si occupi di me!

Quando si tratta solo di una ricetta o di ottenere una settimana di malattia, magari spero proprio il contrario: che me la dia senza troppe indagini...

Ma ci sono situazioni... in cui ho assoluto bisogno di una presenza umana, che (mi) capisca.

Avevo accompagnato mio padre in ospedale, alcuni giorni di esami. Ero stato lì spesso, avevo conosciuto i medici. La diagnosi era chiara e confermata: cancro. Ed anche la prognosi, qualche mese. Una dottoressa insisteva per un ricovero prolungato. Mio padre, che oltretutto dopo la prigionia non sopportava nessun dormire collettivo, era stato chiaro, lo aveva anche scritto tempo prima e ce lo aveva fatto leggere in quei giorni: nessun tentativo di non accettare le cose. Attutire il dolore. E lui, con amore verso di noi, accettava. Lo riportai a casa.

Non potei fare a meno di cercare ancora una volta il primario, con cui già avevo parlato durante il ricovero. Lo attesi seduto in una grande sala, lì si aprivano varie porte, tra cui la sua. Uscendo mi vide. Mi alzai. Ci venimmo incontro e con gli occhi e le parole mi aiutò.



Beh, se è vero che ci sono momenti in cui io cittadino divento utente ed inequivocabilmente ho bisogno di incontrare medici, insegnanti, giudici, bidelli, sportellisti di uffici postali, poliziotti che mi "capiscano"... allora: seconda ipotesi.

Chiunque operi in psichiatria, in salute mentale, ma addirittura in sanità, intimamente sa che quando con l'altro ci si capisce, si scambia un gesto, una parola, si scambia qualcosa, si sta meglio, ambedue.

L'atto terapeutico è avvenuto, è presente, è - prima di tutto - la normalità del capirsi. A volte è l'accettazione di non sapere come fare, cosa fare per andarsi incontro.

Chiunque operi in psichiatria, in salute mentale, ma addirittura in sanità, sa che questo momento di verità - certo soggettiva ma allo stesso tempo indiscutibile - è a rischio di perdersi nel funzionamento regolato dell'Istituzione.

A cui sembra, anzi, a cui normalmente interessa solo che quel letto sia stato rifatto in tot secondi ed il paziente lavato in tot minuti, non che cosa è successo tra noi. Non che cosa è successo tra me operatore/persona/cittadino e lui utente/persona/cittadino.

È come se le istituzioni - oggetti da noi stessi creati per convivere il più civilmente possibile - si arrogassero il potere di decidere che i momenti significativi sono solo quelli che avvengono al momento ed al posto giusto. Con le appropriate tecniche. E gestiti da specifici professionisti - e solo quelli.

La ragione di ciò? ve ne sono più di una; molte, e forti, di carattere privato, di corporazione, ma la prima si chiama stabilità. E più gli agglomerati umani diventano complessi, più si deve chiamare stabilità.

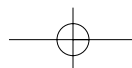
Vuol dire un indirizzo, un numero di telefono, un sito web, un orario di apertura, una responsabilità di fronte e per chi ci arriva utente - ed una gerarchia che dovrebbe essere di responsabilità. Stabilità/responsabilità. Insomma che ogni cittadino sappia che è lì, proprio lì, che ha il diritto (a volte dovere) di rivolgersi per trovare ciò che da solo non riesce a trovare.

Quando chi hai di fronte non soltanto "da solo non riesce a trovare", ma è solo, quando è così - terza ipotesi - nessuna operatrice, nessun operatore, può da solo farsi carico di quella situazione, persona, utente.

Non fosse che per la mia stabilità, il fatto che ci sono solo alcune ore al giorno, che mi ammalo, che vado in ferie. Ma per un'altra ben più sostanziale ragione: che ciò che condivido con lui, come vedo tutto ciò, come lo descrivo, è parziale.

È solo come io vedo; quello che io vedo.

È strano: è al contempo assolutamente vero, ma non completamente vero.



In quella storia, in quell'incontro ho visto solo ciò che i miei occhi, la mia storia, la mia cultura, la mia religione, il mio sesso, la mia età, mi consentono di vedere. Tutto ciò che ho in mano è un'ipotesi di verità, che per me è vera!

Ho bisogno - ecco la terza ipotesi - di passare dal due al tre, o più di tre. Ho bisogno di altre ipotesi, vere. Ho bisogno di una equipe!

È per questo che parliamo tra di noi nelle pause caffè, nei corridoi, guidando la macchina per andare a casa di qualcuno.

Per l'istituzione, nell'istituzione, di solito questo costituisce solo un malsopportato rumore di fondo. Un contenuto e controllato chiacchiere. Una sospetta non professionalità.

Altri sono, altri certamente si dichiarano, i linguaggi appropriati ed i luoghi deputati allo scambio delle vere informazioni.

Ma i luoghi ed i tempi del terapeutico non sono circoscrivibili. Essi si presentano con la forza della realtà in ogni dove ed in ogni tempo: con la limpidezza di un incontro possibile.

Europa. Cittadina costiera, noto e molto esclusivo luogo balneare, e di casinò, ippodromi, dune, salotti e suggestioni letterarie.

I Sindaci del luogo hanno sempre fatto capire che si devono evitare disturbi per le strade.

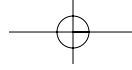
Padiglione per Day Hospital all'interno del parco dell'Ospedale Generale, grande salone con splendida vetrata sul verde. Una cucina superattrezzata dove - una volta per settimana - anche gli utenti cucinano. Ancora: una falegnameria artigiana, anch'essa ottimamente attrezzata, per l'ergoterapia. Tutto luminoso e curato. Operatrici ed operatori giovani e sciolti, lamentano, nonostante i loro sforzi, una scarsa partecipazione degli utenti alle "attività".

Interrogato dal primario alla fine di un pranzo di utenti, equipe del luogo e responsabili centrali in delegazione, su cosa pensasse del Day Hospital in cui era ospedalizzato, il signor A. - interrompendo il suo deambulare da un lato all'altro della stanza - ha risposto:

"Beh, bene. Arrivo alle 9 (nota: come prescrive il regolamento, affinché il Day Hospital sia rimborsato delle spese di degenza), mangio ed alle 5 del pomeriggio (vedi sopra) sono libero."

**Esempio. In un Day Hospital. 1988.**





Lo scambio pubblico con il signor A. si fermò lì. Ma anche tra operatori e responsabili tutto continuò come se nulla fosse accaduto.

Ci si potrebbe domandare: "Liberò di fare che?"

Forse si dovrebbe domandarselo, domandarglielo!

Liberò, mi spiegò un infermiere a pranzo e riunione finita, di rientrare nel suo bugigattolo all'ultimo piano e di ritrovarsi poi con degli amici, a bere. Moderatamente, tanto da essere quasi sempre puntuale all'apertura del day hospital. Capace, muovendosi e relazionandosi, di gestirsi da solo dalle 17 alle 9 del mattino dopo. Con una ospedalizzazione a tempo pieno "in caso di bisogno", nell'Ospedale Psichiatrico a 70 km., dove un'altra équipe avrebbe cercato di disintossicarlo. Per poi tornare al day hospital... dove l'équipe non riusciva ad individuare alcuna attività che lo interessasse.

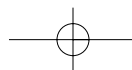
Questa ipotesi, la terza, si articola. Allora ho bisogno non solo di continuare a "chiacchierare di lavoro", ma anche di un modo di stare insieme tra operatori - tutti, di tutte le qualifiche - in cui tutto ciò che condividiamo di significativo con l'altro, possa essere oggetto di confronto, di scoperta di altre visioni e prospettive. Incontri in cui metodicamente le nostre esperienze - ed i nostri rispettivi bagagli tecnici - si alimentano a vicenda, si urtano, rimbalzano, giocano l'una con l'altra, si modificano - si arricchiscono di una infinità varietà...

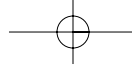
Non ho bisogno di una équipe multidisciplinare in cui ognuno usa il suo linguaggio tecnico - come se "l'altro" uscisse meglio definito da una sommatoria di quadri di definizione psichiatrici, psicologici, sociali. Che sembrano non incontrarsi mai. Ed in effetti non si incontrano quasi mai, irrigidendo individui e corporazioni.

Ho bisogno di una squadra, ho bisogno di essere parte di una squadra. Proprio come in fin dei conti la differenza tra una squadra di calcio ed un'altra, a parità di valori tecnici in campo, è data dalla capacità di giocare insieme. E le abilità di ognuno si sposano - letteralmente - con quella di ciascuno degli altri. Si sposano e la palla arriva giusto qualche metro davanti l'attaccante, a cui il mediano l'ha passata, al volo, in semirovesciata, allo stesso tempo intuendo dove l'attaccante sarebbe stato e portandolo dove deve essere, per fare goal.

O come un quartetto d'archi. Od una jazz band. Singolarità che si promuovono a vicenda. E creano.

Singolarità anche, che fatalmente si scontrano, si separano. C'è sempre qualcuno che, con la palla tra i





piedi, gridando "mia, mia... mia", senza ampliare il suo sguardo, si precipita inconscio nelle maglie regolate dei terzini avversari... Come disse una signora: "Siamo tutti un po' zombie, vogliamo prevalere".

E poi ci sono gli stakeholder. Tutti quelli interessati a che l'impresa vada a buon fine. Occorre cercarli, filtrarli, accoglierli, accompagnarli. Occorre spiegarsi con loro, farsi capire da loro, occorre garantirli, praticamente garantirli, che non sono soli. I familiari, gli amici ed i nemici, i falsi amici, concorrenti, il parroco, una vecchia insegnante delle elementari, e giudici, poliziotti, medici di famiglia, sindaci, colleghi, negozianti e trafficanti...

Sono solamente un altro paio le ipotesi che avanziamo. Non le anticipiamo in questa che è solo un'introduzione. Un'introduzione ad esperienze concrete, personali e collettive, e di riflessioni sostanzialmente su ciò che facciamo.

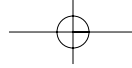
Abbiamo imparato a riconoscere le pratiche manicomiali - e soprattutto le forme di organizzazione che le sostengono, ed abbiamo anche imparato che si può fare diversamente - a certe condizioni, principalmente di organizzazione del lavoro - che noi stessi, ciascuno di noi, può contribuire a creare.

Il manicomio, la scienza che lo ha creato e sostenuto come unico e principe strumento terapeutico, sono in crisi in tutto il mondo. In Italia il manicomio è morto: da oltre 25 anni una Legge lo garantisce, per ora. Non sono morti invece: forme di organizzazione manicomiale ed abitudini, paure, poteri e vecchie, inutili, dannose interpretazioni dei ruoli.

Un nuovo paradigma si sta strutturando. Ed ancora una volta - non può che essere così - la stabilità farà premio sulla flessibilità e sulla trasparenza dell'istituzione.

Ma accadrà che, facendo un letto od entrando in una casa, io mi trovi a prendere un momento in più, con l'altro, con un altro. Accade in continuazione.

Ciascuno può accorgersi che in quel momento non solo sta facendo quello che gli viene e gli pare opportuno, ma ben di più, sta rendendo l'istituzione viva. Sta creando il materiale per una sua possibile efficacia. Sta esercitando non solo il suo diritto di esserci, ma il suo dovere di esserci. È al contempo autonomo e responsabile. Sta costruendo conoscenza: materiali per un possibile cambiamento.



Antonio Coslovich, infermiere al CSM, ci rappresenta.

Fa, e sa abbastanza bene in quale contesto agisce (vedi le sue note).

Nel suo caso è da Trieste che parla. Come tutto il gruppo di tecnici della riabilitazione psicosociale ed infermieri, operatori sociali, ma poi medici, scrittrici, persino uno psicologo, che hanno condiviso e/o sostenuto un processo di ricerca nel quadro di un Progetto europeo Leonardo, condotto con colleghi di Brema e Birmingham.

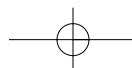
Parlare da Trieste è una grossa responsabilità. Significa rappresentarvi nuove forme possibili di convivenza sociale, di organizzazione di Servizi, nuove consapevolezze nell'interpretare il nostro ruolo di operatrici ed operatori. Significa parlare da quella città che da quasi trenta anni ormai vive senza manicomio e senza i suoi principali annessi e connessi (legacci, shock, celle, non diritti, porte e chiavi, chiavi e porte...); dopo aver, dal 1904 e per settanta anni, inghiottito migliaia di persone, separandole dalla vita e separando la vita da loro. Migliaia.

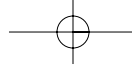
Parlare da Trieste in fondo significa che se si raccontano delle frottole, le si sta raccontando a se stessi. È per questi motivi che abbiamo confermato a proposito di comunicazione al mondo, a voi colleghi, a voi cittadini, una metodologia. Ed ognuno nel Progetto Leonardo ed in questo libro ha messo a disposizione quello che fa, e quello che capisce di ciò che fa.

È una scelta di campo scientifica. Nel mondo ci sono due tipi di fenomeni. Quelli con un numero limitato e delimitabile di fattori, di partecipanti, e che a determinate condizioni si relazionano tra loro secondo una legge, matematica. Velocità è uguale a spazio diviso tempo. E quelli in cui non si può stabilire una legge perché entrano in gioco caso/probabilità, ovvero quelli in cui non è dato poter osservare e misurare senza perturbare: ad esempio stabilendo contemporaneamente la posizione di un elettrone e la sua velocità. Per questi fenomeni, se voglio sapere dove andrà quell'elettrone, non mi resta che andare a cercarlo. Sapendo per sovrappiù che andando a cercarlo perturberò il fenomeno, modificherò certamente la sua posizione o la sua velocità.

I movimenti umani paiono piuttosto potersi apparentare a questa seconda specie di fenomeni. Fenomeni nei quali, se li si vuole studiare, occorre riconoscere la propria implicazione.

Ed invece di cercare una legge unificante, occorre esplorare ed arrischiare ipotesi sulla posizione e direzione dei partecipanti. E poi, ancora, verificare l'ipotesi, ed ancora riprendere il filo, e tornare ad implicarsi insieme.





La scelta allora è sulla metodologia. Occorre guardare, nell'Istituzione, a ciò che la gente praticamente fa. In ogni atto si svelano posizione e direzione, e persino velocità. Si svelano scelte. Si svelano scelte su come usare il potere, il sapere, le architetture ed i discorsi su ciò che si fa.

Per tutto questo abbiamo chiesto a persone che negli ultimi trenta anni hanno partecipato e partecipano alla vita di istituzioni: cos'è la trasformazione di una Istituzione, come avviene, cosa conservano di queste esperienze. Ci siamo fatti trasmettere conoscenze pratiche, riflessioni su come si impara dall'esperienza, e - inevitabilmente - emozioni, tensioni, soggettività.

Ed una indicazione di fondo ci è arrivata, a conferma della nostra esperienza quotidiana: il mio ruolo professionale è dato, da come per anni e secoli è stato praticato, definito dai meccanismi di selezione che occorre superare per accedervi. Ma il mondo, l'istituzione, tutti quelli che la usano e tutti quelli che ci lavorano, io stesso: abbiamo bisogno che io impari che ho il diritto/dovere di interpretare quel ruolo secondo me stesso ed il contesto in cui mi sono trovato.

Il ruolo o lo si interpreta personalmente ( con rischi tutti da scoprire) o lo si riproduce come ci è stato insegnato: nessun rischio, se non che non sia affatto quello di cui la mia, la nostra, la loro vita, hanno bisogno.

In ogni caso, ho il diritto/dovere di sapere dove mi situo: quali valori, leggi, organizzazioni di servizi, organizzazione del lavoro mi guidano, mi consentono di operare, mi promuovono o mi deprimono, nel mio operare. Ci promuovono o ci deprimono nel nostro operare.

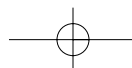
Ho bisogno, ho il diritto/dovere, di porre apertamente e per un confronto aperto, tre banalissime questioni, che infatti pongo:

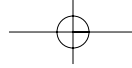
Che ci faccio qui?

Che ci facciamo qui?

Che ci fanno qui?

E per rispondere - posizione e direzione dei partecipanti - ho un primo obbligo: partecipare. O meglio, consapevolezza che comunque, attraverso i miei atti, partecipo. Ed un secondo: comunicare le risposte che trovo/troviamo/trovano nelle esperienze che condividiamo. Eventualmente, nuove domande.





Questo è il libro che hai per le mani.

“L'operatore sembra, infatti, riscoprire solo oggi che il primo passo verso la cura del malato è il ritorno alla libertà di cui finora egli stesso lo aveva privato.

... L'assenza di ogni progetto, la perdita di un futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita ed organizzata la propria giornata su una dimensione dettata solo da esigenze organizzative che - proprio in quanto tali - non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo.

... Invero, la scoperta della libertà è la più ovvia cui la psichiatria potesse giungere, così ovvia che non dovrebbe sortirne discussione alcuna: ma l'ovvio è, evidentemente, la materia più difficile da affrontare se pone l'uomo faccia a faccia con se stesso, senza schemi né rifrazioni.

... Ma l'ovvia scoperta della libertà cui l'operatore sembra essere giunto, presuppone in lui la conoscenza della sua personale libertà: il superamento cioè di un rapporto oggettivo con il paziente, nel quale non può vedere solo un isolato oggetto di studio o di analisi che gli si offre in una relazione alienante di servo-signore (si resterebbe sempre in un clima di pseudo-libertà alla Pinel), ma un soggetto in cui può riconoscere la sua personale soggettività e libertà. “

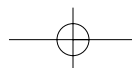
Scrive così Basaglia, già nel 1964, in un testo intitolato: “La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. (Mortificazione e libertà dello “spazio chiuso”, considerazioni sul sistema “open door”):

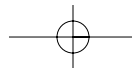
Non abbiamo fatto altro che sostituire la parola “psichiatra” con la parola “operatore”; e mettere in grassetto il riferimento a ciascuno di noi.

Non posso occuparmi della libertà dell'altro senza occuparmi della mia!

Aprire l'istituzione è aprire porte e menti, dice, argomenta, propone, Basaglia in una “Lezione/conversazione con gli infermieri di Trieste” nel 1979, quando già era impegnato a Roma e nel Lazio.

È un estratto della trascrizione di quella lezione che conclude questo libro.





Aprire le porte ed aprire le menti. Aprire l'Istituzione è un testardo, meticoloso, paziente ed impaziente, esercizio di libertà e responsabilità. Tua, mia, nostra, loro. In primis di tutti quelli che ci lavorano. E più lo fanno, lo facciamo - insieme - più si allargano gli spazi di esercizio dei diritti e dei doveri, più si trasforma l'Istituzione nel suo rapporto con il territorio, il contesto, le persone, i cittadini, il mondo per il quale essa è stata istituita, e continuamente si istituisce.

Il testo integrale delle due Lezioni/Conversazioni di quel giorno, con il dibattito che si sviluppò, nonché il testo del '64 sopra citato sono nel cd.

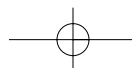
Il cd potrebbe semplicemente chiamarsi "Approfondimenti".

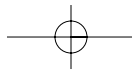
Sul Progetto Leonardo stesso: su come abbiamo lavorato, sui materiali prodotti dai partecipanti alla ricerca, sulle tappe, anche istituzionali - per esempio, Corsi con crediti ECM - che abbiamo attraversato. Sul lavoro con Brema e Birmingham, con i moduli formativi che possono costituire una proposta per un quarto anno europeo di specializzazione.

Ma anche e soprattutto, un archivio, una video e fototeca, di esperienze concrete e di riflessioni teoriche, di progetti e di vissuta trasformazione, di programmi e di esperienze per la nostra formazione. Materiali di una ricerca, una ricerca di consapevolezza, da parte di tante operatrici ed operatori, nel fuoco - e talvolta nel gelo - della pratica, nel fuoco - e talvolta nel gelo - del confronto teorico e di poteri.

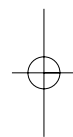
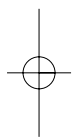
Navigarci potrebbe essere addirittura divertente...

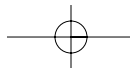
**Poggibonsi, agosto 2004**  
**(Grazie Cristina)**





I soggetti? Narrarli





## Da lontano

di Adriana Fasci

Quando ci hanno chiesto di raccontare una storia, ho pensato: "non c'è problema, ne conosco tante"; ma poi hanno aggiunto: "una storia che vi ha emozionato, che vi ha mosso qualche cosa dentro", ed allora ho scelto subito inevitabilmente quella di G.

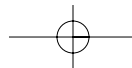
Se fossi una scrittrice potrei raccontarvi tutta la vicenda (che dura ormai da 7 anni) ed attraverso essa farvi capire perché G. è così importante per me! Ma sono un'infermiera e così ho scelto un'altra strada: questa premessa ed altri tre momenti significativi.

Il primo risale al 1996, gli altri ad anni successivi.

Io devo molto a G. dal punto di vista professionale, ed anche alla mia collega A. che lo segue e che ha stabilito con lui un legame profondo basato sul rispetto e la fiducia; da loro ho imparato cose che poi ho trovato su testi per "addetti ai lavori" e questo mi ha fatto sentire bene. Invece quello che mi dà da pensare è che di tutta la ricchezza del rapporto con una persona non ci sia quasi traccia negli scritti ufficiali, nel "Rapporto" presente nel Servizio. Questo perché credo ci sia una sorta di pudore da parte di noi operatori ad esprimere quello che viviamo profondamente con la persona, pudore che alla fine ci porta a fornire notizie che possono servire solo da un punto di vista pratico e non per riflettere e fare riflettere su quello che facciamo.

## Premessa





**Primo episodio  
L'INCONTRO**

Rapporto di servizio, Trieste...

*È stato accompagnato ieri dalla madre in SPDC in una condizione di evidente esordio psicotico caratterizzato da pensieri filosofici su vita e morte, fede e perdita della fede. Ha iniziato con intuizioni deliranti sulla possibilità di furto di pensiero, influenzamento e su segni che riconosce in avvenimenti di ogni giorno. Molto angosciato e confuso, vive una situazione di tensione e dubbio. Vive con i genitori e un fratello. Tra i temi del suo disturbo i vissuti di colpa/invidia per il fratello che era il centro di attenzione di tutta la famiglia. I genitori appaiono poco consapevoli e forse al momento inadeguati.*

È il mio primo giorno di Tirocinio ad "Aurisina", 1966. Tutto è nuovo e strano.

In riunione si parla di G. un ragazzo giovane, giovanissimo, alla sua prima crisi. È a letto, non vuole scendere. Mi chiedono di andare a fargli un po' di compagnia: "Ad una persona in crisi psicotica fa bene avere qualcuno vicino". Annuisco anche se non so cosa vuol dire.

Vado in stanza, G. è a letto, girato verso la finestra, mi dà la schiena. Non si volta e resta con gli occhi chiusi. Avvicino la poltrona al suo letto e mi metto davanti a lui perché penso che a me non piacerebbe avere qualcuno dietro alle spalle.

Aprire gli occhi, è un bel ragazzo, bruno, con gli occhi grandi.

Non parla, solo mi guarda; non parlo, solo lo guardo. (E d'altra parte che cosa potrei dirgli? non lo conosco, non ho strumenti, non mi sento pronta...).

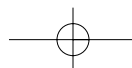
Ma quel silenzio ha parole, in quel silenzio riusciamo a dirci chi siamo, riusciamo a comunicarci il nostro smarrimento, la nostra estraneità a quel luogo, la nostra fragilità.

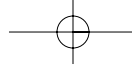
Ci riscopriamo tutti e due "senza pelle", catapultati tutti e due in un mondo che ci è estraneo. Alien per gli altri.

Il tutto dura forse un'ora, poi le nostre strade si dividono; io non l'ho più 'seguito' se non da lontano, ma ancora oggi quando ci incontriamo, ci guardiamo negli occhi e sappiamo tutti e due che in quel lontano giorno abbiamo scoperto l'uno l'essenza dell'altro.

**"... Se il linguaggio è espressione di un rapporto preriflessivo, se è dato nel riconoscimento dell'altro, esso presuppone un precedente incontro silenzioso nel quale il nostro corpo si presenta tutto intero all'altro..."**

**... Se parlare è esistere-con-altri usando del nostro corpo come una sorta di intrecciamento reciproco, ciò che crea questo reciproco legame è il silenzio che lo precede, il silenzio come spazio nel quale i due partners si misurano a dis-**





**tanza, nel riconoscimento reciproco del proprio posto, del proprio spazio, del proprio corpo...**

**... È dunque in questo spazio preriflessivo - nel silenzio - che si effettua questo atto di reciproco riconoscimento per il quale... il silenzio... è dunque una modalità di prendere e di essere preso dall'altro..."**

Da *"Il silenzio nel dialogo con lo psicotico"*, Franco Basaglia

Rapporto, data...

*Situazione complessa e all'inizio di difficile gestione. È molto cupo e irascibile. Ha mandato via il collega che era in visita con me in malo modo e con toni non suoi abituali. È teso come una corda di violino anche se nega di esserlo. È molto contraddittorio in quello che dice...*

*Parlato con la mamma, sembra che questa sera G. sia ridiventato "cupo ed arrabbiato" con il mondo.*

Sicuramente quello che mette più in ansia noi operatori è quando la persona si chiude in se stessa e diventa cupa, taciturna. Ci si preoccupa perché si sente che diventa inafferrabile, è come se varcasse una soglia per te inaccessibile, è come se andasse per una strada a te oscura.

Questo è ancora più vero con G.: lui, così affabile e gentile, che ti racconta delle sue difficoltà, delle sue interpretazioni, delle sue paure e che credi di conoscere così bene, quasi improvvisamente muta e senti che non è più lì con te, che ci divide un abisso.

Ne ho parlato con A. che lo segue più di tutti noi e condivide queste mie impressioni; lei dice che in quei frangenti quando lui parte per 'i suoi viaggi', lei sa che non può seguirlo ma neanche farlo tornare indietro e così l'unica cosa che può fare: è aspettare! Lei è sicura che lui lo sa e che gli fa piacere!!!

Anzi, lei pensa che questo aspettare sia per lui come un filo sottile che lo tiene legato al mondo reale e che lo aiuta a ritrovare la strada...

**"Possiamo parlare di ripresa pensando ad un viaggio alla scoperta di un mondo inesplorato che in un certo senso si può affermare venga creato lungo il percorso: il senso di sé!**

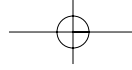
**Un viaggio solitario verso un luogo al di là delle piste battute.**

**Una discesa che raggiunge le massime profondità...**

**"La luna è dentro di me e la luna ha un lato oscuro che è spaventoso..."**

**Ciò che intendo dire, con la parte oscura della luna, è quello che è successo all'Apollo 13: per un breve periodo**

## **Secondo Episodio IL LATO OSCURO DELLA LUNA**



**erano completamente tagliati fuori dal mondo e questo è quello che succede in una psicosi. Sei completamente solo in un luogo mai visitato da alcuno. E nessuno ti chiede mai di esso o ha il fegato di accompagnarti in quel viaggio. Se solo qualcuno ti accompagnasse...”**

Da *“Il processo di ripresa dal disturbo mentale. Una ricerca sui punti di svolta”*, Alain Topoz e Johan Svenson, Carsten Bjerke, Marit Borg e Eliu Kufas

### **Terzo Episodio FARE E DISFARE**

Rapporto, data...

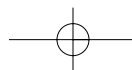
*Interruzione del servizio civile, sta pensando di incominciare nuovi studi. Abbiamo parlato dell'aggressività e della trasgressione... dell'apprensione della madre per la sua scelta di fare il camionista. Abbiamo valutato insieme con il padre i prossimi progetti:*

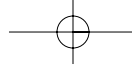
- 1) *Verificare se riesce ad impegnarsi e concentrarsi sugli studi di medicina;*
- 2) *Fare gli studi di Fisioterapia;*
- 3) *Fare il camionista...*

Ho visto il padre di G. all'incontro del martedì con i familiari. Era solo e mi sembrava così abbattuto che mi sono avvicinata per parlare un po' con lui. Mi dice di sentirsi piuttosto disorientato e spiazzato dai comportamenti del figlio:

“G. è continuamente in movimento, sempre a fare e a disfare, prima voleva riprendere gli studi (medicina o radiologia, fisioterapia) poi voleva andare a lavorare, adesso vuole fare il camionista, dice, e dopo chissà cosa si inventerà, dopo”.

Lui vorrebbe che suo figlio ritornasse a essere quello di prima, calmo, posato e che anche la sua ripresa fosse così: lenta, graduale, senza scosse... Ne abbiamo parlato in riunione, di questa inquietudine di G. del suo iniziare a fare le cose, farle anche bene e poi del suo ritirarsi, per cercarne di nuove, nuove cose, nuovi incontri, nuovi orizzonti! Le opinioni non erano concordi e io non sono intervenuta nella discussione perché non avevo un'idea mia, personale. Poi però ho incominciato a pensare e ripensare a come lavoro, a come mi pongo nei confronti delle persone e mi sono accorta che anch'io, come il padre di G., vorrei che la ripresa fosse lenta, graduale, senza scosse... soprattutto nelle persone giovani, piene di capacità e possibilità, mi sembra una perdita di tempo non seguire un percorso lineare e così a volte mi sono anche alterata se non venivano rispettate le tappe che avevamo concordato insieme.





Ho capito però che questo mio modo di agire derivava dalla mia inesperienza, dal mio modo di essere, dalla mia rigidità di fondo, dalla mia educazione, dal modo di pormi nei confronti delle cose della vita e che non necessariamente era utile né per me, né per chi volevo aiutare.

In fondo "il fare e disfare" di G. poteva essere visto in negativo, come un segno di malessere, come una sconfitta del servizio; ma anche come una ricerca personale, come il bisogno di incrociare più strade per trovare la propria; di vedere più gente per decidere con chi stare; di provare più cose per sperimentarsi e capire cosa si vuole veramente.

**Il viaggio di risalita non è un semplice processo lineare. Cambiamenti "cosmetici" che hanno a che vedere con le condizioni materiali per la crescita del sé (un impiego, un posto dove abitare), non influiscono sul senso di sé, possono condurre a modifiche apparenti per un certo periodo. Ma a lungo andare c'è il rischio che cambiamenti superficiali possono solamente aumentare la dicotomia iniziale "facciata-sé" e risultare una perdita di terreno. "Presi l'impiego. Un impiego qualsiasi per mantenere eretta la facciata che non c'era nulla di pazzo in me... In un certo modo mi trovavo esattamente da dove ero partita, andare al lavoro e mantenere una facciata e andare a casa ed essere tutta sola. Credevo di avere terminato con tutto ciò ma nulla era cambiato... Non c'era altro che disfare i pacchi un'altra volta".**

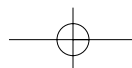
**La ripresa non è un'esperienza in cui il soggetto torna al punto di partenza. Il percorso di ripresa non è un ritorno al punto di partenza perché il sé riottenuto e riscoperto non è il medesimo del sé iniziale.**

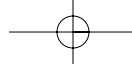
**"Sì, sento che parte di me se n'è andata per sempre... Semplicemente è come partita, detto in un'altra maniera, penso sia come una rinascita a lungo rimandata".**

*Da "Il processo di ripresa del disturbo mentale. Una ricerca sui punti di svolta"*

A. è meno preoccupata di noi di questo suo modo di agire, anzi lei dice che per lui questo è un momento di grandi cambiamenti che lo porteranno a crescere e maturare. Lei nutre una grande fiducia in lui, più di quanto ne nutra lui stesso e G. lo sa ed è per questo, credo, che quando sta male vuole parlare solo con lei e solo a lei racconta i suoi sogni. Ed è per questo che lei per la sua fiducia e per il suo non giudicare è il suo punto di riferimento!!! "Il suo operatore chiave".

**"I "buoni significativi" che le persone incontrano per strada svolgono una parte forte nella ripresa. La loro caratteristica comune è il fatto di aver potuto trasmettere speranza. La loro comparizione nel racconto può essere frequente. A volte sono presenti durante la discesa, non sono in grado di arrestarla ma non si arrendono e mantengono"**





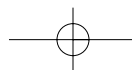
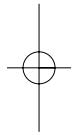
gono la loro presenza in situazioni chiave. Sono delle solide ancore in un mare in burrasca.

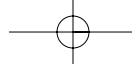
Tra le “persone buone” troviamo anche i professionisti, ma sebbene alcune di queste “persone buone” siano professionisti, vengono descritte come persone prima che professionisti. Consideriamo il loro ruolo fatto da “autenticità” in rapporto ai pazienti che si stanno battendo per riscoprire un proprio senso dell’Io.

L’autenticità è un concetto problematico. L’essere autentico in questo contesto non significa l’opposto di essere falso, significa piuttosto che sebbene le persone siano professionisti, non reagiscono sempre nel modo in cui si aspettano i pazienti. Sono autentici nel senso che non svolgono il ruolo che ci si aspetta da loro; si discostano dal copione dato. Questa rottura con ciò che ci si aspetta ed i rischi correlati sono le caratteristiche dell’autenticità. I professionisti che sono autentici in questo senso rivelano qualche cosa di se stessi come persone. La loro autenticità è trasmessa attraverso azioni concrete e la reale concretezza di queste azioni li rende qualcosa su cui i pazienti possono appoggiarsi in un mondo altrimenti caratterizzato da banalità e frasi vuote.

In numerose narrazioni questi professionisti vengono descritti “come amici”, dove la parola “come” indica che l’intervistato è consapevole che questa non è un’amicizia nel senso comune della parola ma che la parola “amicizia” comunque risveglia particolari associazioni concerni la formazione di rapporti reciproci”.

*Da “Il processo di ripresa del disturbo mentale. Una ricerca sui punti di svolta”*





## Da quel posto sordo e oscuro che è il disagio e lo svantaggio.<sup>1</sup> Crisi, ricovero, TSO.

di Antonio Catania

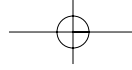
1. Quel che segue attinge a materiale dell'esperienza. Ma cercherà di non essere autobiografico. Si sforzerà d'essere una riflessione che in qualche modo possa servire da generalizzazione. Un pensiero pratico, quanto più è possibile; che possa essere d'aiuto a capire e a fare, cercando di superare la frustrante dicotomia che esiste tra capire e fare, un pensare che sia già un fare. Avrà il torto, e i pregi, di non essere specialistico. Un discorso con qualche debito verso la retorica e una forte aspirazione alla logica e al buon senso, assumendo i rischi d'una scarsa coerenza sistematica.

Queste riflessioni sono ancorate alla diagnosi (o stigmatizzazione) di chi scrive, cioè a un disturbo bipolare (psicosi?), a un alternarsi di stati di depressione o stati maniacali. Arricchito dalla conoscenza di persone affratellate nel dolore psichico, ma diversamente connotato. Riflessioni tra loro legate da una memoria tenace e da un filo interno di presenza a sé stessi, da una lucidità che quasi mai è venuto meno.

2. La sofferenza e la difficoltà psichica sono il centro dell'esperienza psichiatrica, ma non ne sono l'essenza; l'essenza è un comportamento socialmente e culturalmente insopportabile, dove per socialmente si intende in primissima istanza la formazione sociale che fa da nucleo alle altre: la famiglia (ma, dato che ogni comportamento è un fatto di relazione, anche l'insopportabilità soggettiva di una situazione è già da intendersi come fatto culturale e sociale).

Perché dalla sofferenza, che è un dato comune a ogni esperienza umana, si passi in quella che è la competenza psichiatrica, si deve oltrepassare una soglia di dolore (inscritta nella storia del soggetto) che scateni una crisi, un momento di non governo dell'io. Quel che porta alla crisi in questa sede non ci compete; ci competono invece le forme della crisi. Prime tra tutti il suicidio.

Se senza omicidio non ci sarebbe quasi codice penale, senza suicidio (meglio, tentato suicidio) non ci sarebbe, probabilmente, gran parte della psichiatria. Si può morire a sé in più modi, e non sempre questi comportano un gesto violento. Anche la depressione è rifiuto della vita di relazione, per come la si con-



duceva prima della crisi, e ha il connotato metaforico del suicidio, di cui spesso è preludio. Il crollo dei valori, l'ingovernabilità della vita da parte del soggetto che soffre, ha in quest'ultimo l'anello debole del patto con la vita. Il fallimento, la delusione che innesca la crisi viene addebitata a sé, come proprio fallimento. Quasi sempre la crisi è crisi del soggetto, della sua autostima (di quel che socialmente è andato definendosi come sua autostima), o del suo modo di gestire i cambiamenti.

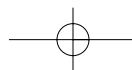
Ma esiste un altro punto di vista sulla crisi, quello che, per amor di brevità, chiamerò delirante. Il delirio, già anche solo come discorso, "esce dal solco" delle convenzioni dell'agire socialmente riconosciuto e accettato. È il riscatto "eroico" del suicida. Di un eroe che improvvisamente ha dimenticato e superato ogni paura, ma che in ogni gesto deve affrontare una grande paura che non ha riscontri, e di queste vittorie fittizie si alimenta; un eroe che ha dimenticato delusioni, fallimenti, terrori, e ha trovato la scorciatoia per attingere e amplificare la sua energia, per dirigerla su ogni meta, e quindi su nessuna meta, in maniera indiscriminata, tanto velleitaria quanto afinale.

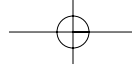
La crisi è il momento in cui si possono imboccare più strade. Può precedere un'implosione depressiva o un'esplosione delirante. Ma già accettare come inevitabile questo tipo di linguaggio, questo tipo di categorie e questa dicotomia è asservirsi linguisticamente a un tipo di logica predefinito che anticipa, profetizza la sua conclusione, e preclude alla crisi ogni altro tipo di possibile futuro.

Il momento della crisi è decisivo, perché apre in realtà una zona di non sapere, di sconcerto, di impotenza; non sapere, sconcerto e impotenza che appartengono tanto al soggetto che le subisce e agisce quanto al contesto che lo circonda, innestando un meccanismo vizioso di causalità circolare di cui si perdono e si mascherano, cancellandosi, le fonti e le responsabilità. Solo accettando la crisi come momento di apertura e di incertezza fecondo, invece che come anticamera fissa dello sviluppo di una sintomatologia univoca che sbocca nel ricovero o nel suo imbrigliamento farmacologico, solo accettando la crisi come momento della possibilità e della libertà si accetta, già teoricamente, la novità come normale diversità, come problematicità della salute, e non come tipicità della malattia.

La crisi, però, in quanto incertezza, porta con sé fastidio e paura, ed è molto più facile e logico leggerla, come le altre volte, sia da parte di chi cura che di chi chiede cura. La passività e la pigrizia e la mancanza di fantasia giocano un ruolo conservatore, "a favore" della malattia.

3. Il ricovero oggi è definito e circoscritto nel tempo ma resta, per sua natura, l'erede dell'internamento. Una situazione che non si sa come gestire viene esclusa dalla normale vita di relazione, esclusa con la forza.





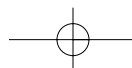
La restrizione, la privazione della libertà (di questo in ultima analisi si tratta) è la risposta di chi la libertà non prevede (e non sopporta). Ne è un'attenuante la difficoltà diagnostica. L'interazione con il "sistema chiuso" del ricovero (altri ricoverati, operatori, struttura...) altera in maniera preponderante lo stato mentale del ricoverato e comunque lo inserisce in un ambiente che lo decontestualizza dalla sua realtà e lo ricontestualizza in maniera artificiale e aberrante.

Il ricovero è comunque un trauma, anche nell'eventualità, non rara, ch'esso venga autoproposto. Il più traumatico, quello che può segnare una vita, di solito è il primo. Traccia una rottura fortissima nell'esperienza e nell'esistenza, la divide in due, come uno spartiacque. Nessuna esperienza precedente prepara a una tale deprivazione di spazio, di tempo, e di senso. Lo spazio si restringe in maniera assurda, sovrapponendo in modo insopportabile funzioni diverse nello stesso ambiente. La coabitazione forzata, di cui si ha una prima esperienza nella scuola e poi una più significativa nel servizio di leva (luoghi in cui non ha caso la malattia si evidenzia e "nasce") è, qui più che altrove, un'esperienza faticosa, avvilente (anche se può riservare a suo modo esperienze esaltanti). Si viene proiettati in un piccolo universo che senso non ha, dove si scontrano e si intrecciano fantasmi muti, urla lacerate, corpi scomposti, inizi di violenza, braccia legate ai letti. Dall'immobilità piegata su sé stessa all'agitazione frenetica, si viene iscritti senza congruità alcuna in un caos di esacerbazioni, e il fatto che vengano sedate non le rende meno grottesche e tragiche. Vi è una totale dipendenza dal personale infermieristico, uniche figure dotate di senso, per il fatto che vengono da fuori e tornano fuori, e perché amministrano tutto: i soldi, le sigarette, il cibo, il sonno, la pulizia, i farmaci e la loro compagnia, che è un privilegio.

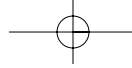
Ancor prima, vi è l'interdipendenza che si crea tra i ricoverati secondo sottili ma solide trame di affinità o subalternità.

Il tempo si dilata ed è tutto segnato dal limite invalicabile della porta-confine su cui si indirizzano desideri e violenza. Varcare la porta, per una messa o per il bar, diventa la meta su cui si stringono i propositi, troppo spesso frustrati, perché la logica del ricovero è quasi inintelligibile per chi si è smarrito in un territorio sconosciuto, inusuale, di cui vanno rintracciate le mappe fisiche e mentali, i percorsi d'uscita che inevitabilmente si confondono con i sentieri di fuga. Uscire è l'unico imperativo, e questo fa smarrire le ragioni del ricovero o le avvita su sé stesse in un groviglio che è quasi impossibile dipanare.

La porta chiusa, il legare sembrano, in un tale contesto, inevitabili e imprescindibili. Eppure bisogna scommettere sulla loro abolizione, e sulla sostituzione con un patto terapeutico fortissimo che ancori a libere scelte di ricovero e a libere scelte all'interno del ricovero. Degenze molto flessibili, e solo a patto che il ricoverato non si senta costretto (cosa che acuisce i suoi problemi e altera il suo stato), che possa





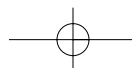


“trattare” per le sue passeggiate e le sue uscite e che trovi nei reparti dei contesti di “gioco” (tempo libero, corsi, serate di teatro aperte, cinema ecc.) che non gli facciano vivere un contesto di reclusione. Mai scatenare un contesto di “imbestialito che va rinchiuso”, perché ciò agisce solo lo da moltiplicatore del disagio. Bastano delle minuzie, come potersi andare a comprare le sigarette o il caffè, e ricordarsi che il reparto è a servizio di una gravissima emergenza sociale e non già i ricoverati al servizio dell'efficienza e tranquillità degli operatori.

4. La terapia farmacologica della crisi è estrema. Consideriamo il ricovero. Dopo l'ingresso, un ingresso già “etichettato”, si viene ridefiniti da un colloquio e magari dalla lettura della propria cartella. A questo punto c'è il primo impatto coi farmaci del ricovero, che non si discutono e dei quali non si sa un bel nulla, se non che vanno presi, e senza discutere. Nessuna scelta, nessun tentennamento. La logica della forza continua. Una volta dentro, il bisturi taglia la tua mente. La tua personalità è tutta nell'etichetta diagnostica, tutto quello che puoi fare è resistere e contorcerti e strisciare e gridare (letteralmente) ma una cosa è certa, il ricoverato non può spuntarla, ne deve uscire “diverso”, accettabile. Laddove il farmaco non la spunti, sono pronti i lacci. Limite dell'uso della forza e limite dell'umiliazione, punto fermo dello scatenamento interiore ed esteriore, da cui ripartire.

Chi scrive vorrebbe riflettere ponendosi dall'altro lato, dal lato di chi arriva al limite della comprensione e della sopportazione. Dal lato del familiare, magari solo e debole, che non ha gli strumenti e il respiro fisico e psicologico per accompagnare il viaggio nella depressione o nel delirio. Dal lato del terapeuta che gli strumenti li potrebbe avere e magari ha (per quanto troppo spesso si legga negli occhi di chi ti sta di fronte che proprio non capisce quel che succede, a meno che non ricorra alle sue rassicuranti categorie). Dal lato dell'infermiere o dell'operatore che dividono con te un pezzo di vita e a volte attraversano i confini di quella zona di nessuno che è, ancora, il disagio psichico. Degli amici che ci provano e riprovano, a seguirti lungo i sentieri della tua follia ma che, quasi tutti, rinunciano dopo l'ennesima illusione-delusione. Vorrei e so di poterlo fare, meglio di tanti altri. Ma per questa volta, per la prima volta, non lo farò. Resterò sul mio lato, dalla mia parte. In quel posto sordo e oscuro che è il disagio e lo svantaggio. Per dare voce a me e ai miei. Gli altri la voce non l'hanno mai perduta. Né la luce (avverto il disagio di queste affermazioni, la loro presunzione, ma questo non vuole creare un discrimine tra noi e voi sul terreno della sofferenza ma solo su quello della totalizzazione di un'esperienza e sulla “totalitarierà” della risposta che essa riceve).

Come sempre è un fatto di democrazia, di rapporti di forza. Di un uso corretto del potere-sapere di chi dirige il gioco (che gioco non è), di chi ha dalla sua parte gli strumenti e la forza di usarli e la legitti-



mazione scientifica e legale a farlo, che fa dimenticare che ci si trova non solo di fronte a una persona con relativa dignità, ma anche a un cittadino con i suoi diritti. A qualcuno che è "uguale", non a qualcuno che è "meno" perchè è malato. La malattia mentale non toglie la capacità di intendere e volere come troppo facilmente si vuole. Sulla capacità di intendere e volere del disagiato psichico bisogna scommettere, bisogna riconoscerla comunque, ricercarla, rispettarla. Presupporla anche quando il disagio presente e lo svantaggio patito sono enormi. La partita non si gioca soltanto sul terreno del rispetto della dignità, che comunque è elemento basilare. Si ricordi che non basta parlare di rispetto della dignità, ci vogliono le garanzie e i garanti di questa dignità; regole chiare e figure presenti, preferibilmente scelte "tra" e "da" i ricoverati, oppure, o anche, all'interno degli operatori ma che abbiano il compito specifico della difesa e garanzia dell'utente e non del servizio. La persona disagiata e svantaggiata ha bisogno che si sia dalla sua parte maniera faziosa, partigiana: contro la famiglia e contro il territorio.

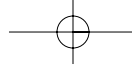
5. Credo però sia anche arrivato il momento di sfatare l'aura quasi mistica che avvolge la fase di "crisi", di demitizzarla così come ormai ampiamente si è fatto con la categoria di malattia mentale. Per quanto possa apparire imprevedibile, almeno nei tempi, la crisi è sempre annunciata. Essa si prepara ed è iscritta già nella chiusura della precedente. La crisi è sempre crisi di valori, di punti di riferimento, di capacità di elaborazione e controllo delle emozioni (paura), perché non si sa che posto dare loro nell'esistenza. Perché la crisi non è soltanto ricovero. La maniera principale di affrontarla resta quella farmacologica, i cui effetti sono devastanti. Da un vulcano si ottiene una larva; da un fantasma un robot. Il farmaco è un altro me che si vuole (che voglio, persino) sostituire al me presente. È una promessa (di guarigione) e una minaccia (di alterazione). I farmaci sono tanto il rifugio, la rassicurazione delle famiglie, quanto il demone del paziente. Gli effetti collaterali, anche di lungo periodo, possono essere feroci, o sconcertanti. Spesso il ricovero non è un fatto isolato, ma si ripete. Diventa una delle possibilità (quella estrema) del ventaglio di possibilità terapeutiche. Naturalmente questo dipende dal fatto che la crisi (le crisi) si ripetono, che magari si aprono fuori del proprio territorio, per cui operatori che non conoscono il paziente non trovano altro modo di far fronte alla crisi che quello del ricovero. Il trauma si ripete, l'esperienza insegna (lentamente) i trucchi logici e comportamentali per poter vivere all'interno di un reparto, ma resta il fatto, fondamentale, che il reparto non solo non è a misura d'uomo (non basta replicare che nulla oggi lo è) ma è, intrinsecamente, un luogo in cui la dignità della persona è negata. Mi sono fermato a riflettere se le mie affermazioni non siano "caricate", ma se mi lascio andare ai ricordi mi accorgo che, se mai, sono blande. C'è il pericolo che si confonda la negatività del vissuto con la nega-

tività del luogo. Ma per quanto il periodo che ruota intorno al ricovero sia difficile, il ricovero non è mai una facilitazione se non per coloro che si scaricano di un'emergenza. Anche le terapie farmacologiche si ripetono, per anni, magari con gli stessi farmaci (che si arriva letteralmente ad odiare). Con il rischio, terrorizzante, della cronicizzazione.

6. Per il centro di salute mentale (csm) il ricovero è una sconfitta. La sconfitta di quella strategia di territorializzazione del disagio psichico. In questo contesto territorio non è solo il luogo ma la rete di relazioni che circondano il soggetto e in qualche modo lo costituiscono, costituendone anche il disagio. Il disagio nasce in un contesto che in qualche modo, vedendolo nascere, ne è corresponsabile; non si può decontestualizzare un sintomo dal suo organismo, specie se questa operazione diventa una emarginazione, una esclusione, un nascondere. Come si può intuire, il contesto del ricovero presenta altre facce e una complessità che qui non si affrontano. In special modo oggi quasi non esistono strutture alternative che possano permettere ai csm di cogestire la crisi, vuoi di giorno che, specialmente, di notte. È perciò importantissimo che il csm sia aperto sempre, 24 ore su 24, 7 giorni su 7; e che abbia presso di sé, laddove opera e non "altrove", una struttura di ospitalità notturna. Sono i momenti di "vuoto" del servizio quelli che incentivano o, a volte, fanno esplodere la crisi.

Bisogna, a questo punto, ricordare che non esiste solo la grande crisi ma esistono tutta una serie di "piccole crisi" (non meno importanti, anzi), quelle che nascono dalla difficoltà di gestire la quotidianità, specie se la quotidianità esprime l'emergenza economica, che a un livello più maturo può esprimersi con la mancanza di lavoro o con l'insufficienza del proprio lavoro, ma a un livello più elementare può esprimersi semplicemente con la mancanza di denaro, o l'insufficienza di quello di cui si dispone a gestire i propri bisogni (primari o meno che siano).

Il discorso "economico" è vitale perché il disturbo del comportamento spesso crea un'autodimissione dell'utente dalle responsabilità e dall'autonomia nella gestione dei propri bisogni con carico della famiglia e/o carico parziale dello Stato (pensione sociale); il carico di sofferenza interrompe o non fa mai accedere a quel livello importante di interrelazione sociale che è il lavoro, che non è solo fonte di autonomia di consumo ma anche imprescindibile luogo di "socialità", fonte di quei diritti di cittadinanza che altrimenti poggiano su un altrettanto valido, e primario, presupposto teorico che è la dignità della persona ma non ne hanno la forza fondante, "politica". In una società ormai fondata sui consumi (e sulla capacità di consumo) diventa ancor più importante sottolineare e ricreare il rapporto tra lavoro e denaro (tra lavoro e reddito e quindi consumo) come fondamento dell'autonomia politica del cittadino. Ma la cittadinanza,



la dignità politica, non si esaurisce e non discende dall'autonomia economica; la cittadinanza è il nesso tra soggetto e città; è il ruolo attivamente riconosciuto al e praticato dal soggetto svantaggiato. Cittadinanza e dignità non sono categorie immobili, ma hanno bisogno di essere agite per vivere. Si tratta di fare uno sforzo creativo, e pratico, per aprire le categorie, per aprire nella realtà gli spazi per coloro che erano confinati fuori dalla realtà (appena trent'anni fa) e che ancora oggi ne vivono ai margini. Il csm, fondando le sue ali ( centri diurni e cooperative sociali, ma anche gruppi di auto aiuto), crea un terreno concreto in cui contestualizzare l'ansia e l'angoscia del soggetto, slegato dalla realtà e preda di grandi e piccoli naufragi, e di reinserirlo in un percorso di dialogo e confronto non astratto con le sue paure e i suoi fantasmi, quotidiani o metafisici che siano. La dimensione del fare e del fare insieme, e di un fare insieme dotato di senso. Che può essere puramente e semplicemente quello del discorrere insieme, tra pari, utenti e operatori, per riscoprire la propria possibilità di dire e ascoltare in un progetto dotato di un senso comune, o in cui un senso comune lo si costruisce insieme.

[1] Questo testo fa parte della relazione presentata da Antonio Catania al seminario "Ventanni di 180" organizzato dalla Fondazione Franco Basaglia in collaborazione con la Regione Lazio e il Comune di Roma ( Roma, sala del Carroccio al Campidoglio, 13 maggio 1998).

**Note**

## Autobiografia professionale di Lorenzo Decarli

### Il primo impatto non è poi così diverso...

Il primo impatto non è poi così diverso dai tanti reparti che a ritmo forsennato ho visitato nei tre anni di corso per infermiere. I soliti odori, un po' meno trucidi, in verità, e i colori pastello dell'arredamento testimoniano del tentativo di conservare una parvenza pediatrica all'ambiente e tradiscono la sostanziale immutabilità della situazione residenziale. Non c'è la repellente, ma vitale precarietà dei reparti di medicina e chirurgia, affrontati di primo mattino, a cantiere aperto.

Anche la sede non è usuale: il comprensorio del vecchio ospedale psichiatrico, nel bel parco così mal curato, ma sempre affascinante.

I miei primi clienti da infermiere con l'ipotetica riga blu sulla bianca divisa, come simbolo del raggiunto nuovo status di infermiere professionale sono il più fantasioso campionario di giovani freaks che potessi immaginare. Corpi deformi perennemente allettati salvo la permanenza diurna per qualche ora su seggioloni che li fissano in pose innaturali e grottesche; i pochi che camminano, o per meglio dire vagano con le andature più strane, e gestualità che definire bizzarre non rende l'idea, ronzano attorno a me ed alle colleghe nuove arrivate come in una corte dei miracoli, sembrano usciti dalle pagine di Victor Hugo o da un film di Tod Browning. Indossano tute da jogging e salopettes ed alcuni anche degli strani guanti o meglio manopole da bagno saldamente fissate con robusti cerotti ai polsi (per evitare succhiamenti, mordicchiamenti, pratiche autolesive alle mani). Deformi i corpi, deformi i volti, chi con gli esiti cicatriziali di antiche ustioni (classica pentola d'acqua bollente rovesciata addosso), chi privo di dentatura precocemente perduta e mai ripristinata. Qualcuno sbava senza sosta, lasciandosi dietro una scia di sgradevole odore.

Il trauma c'è, innegabile. L'ambizione di cimentarsi in lindi reparti specialistici, sogno di parecchi infermieri neodiplomati, riceve un duro colpo.

Il personale addetto ai ragazzi è composto da pulitrici, assurte, non sempre volentieri, al rango di assistenti; le più anziane tutte di una certa stazza, come da antica tradizione manicomiale; la caposala è una signora di mezza età, dal piglio efficientista.

Ma i due pezzi da collezione sono i medici: il primario, vicino alla pensione, e il suo prossimo sostituto, anche lui anziano. Il primo è un altero slanciato signore, segaligno, l'eterno foulard di seta al collo, raramente indossa il camice, non lo si vede mai; per un attimo penso che potrebbe non aver mai visto o toccato i ragazzi. Il secondo è un piccolo signore calvo, normalmente invece in camice (le vecchie malelingue del reparto insinueranno che è per risparmiare sulla tintoria), sempre chiuso nel suo ufficio.

Il ritmo del lavoro è scandito dai riti della pulizia dei ragazzi, i pasti, momento delicatissimo, la sorveglianza e l'allettamento. Qui ricevo il secondo trauma, il peggiore. Appena dopo cena (prestissimo, come da tradizione ospedaliera) comincia la "vestizione". Questa cerimonia, che richiede minimo un'ora di lavoro, consiste nel far indossare ai ragazzi dei camicioni corredati da robusti lacci, delle camicie di forza, insomma, e accompagnarli, in una sorta di grottesca processione che sembra la stampa di un trucido quadro del Goya, fino ai loro lettini, ai quali verranno solidamente fissati, per la notte. Quasi tutti, cioè tutti quelli che possono presentare problemi di autolesionismo o andare incontro ad incidenti anche banali e involontari, tipo imboccare finestre o assopirsi addossati ai grossi caloriferi del reparto. Adeguatamente infagottati, sotto la camiciona, da pannicelli a mo' di pannolone, perché tutta la notte, salvo emergenze, non si potranno alzare. Giovedì, purga per tutti.

Passati i primi momenti di perplessità, cominciamo a conoscere i ragazzi, le loro fisime e peculiarità; le occasioni di gestione difficile sono in verità assai limitate, essendo un reparto in progressiva dismissione, i casi peggiori sono già passati a miglior vita o hanno cambiato destinazione. Solo Marco mi fa un po' paura, è grande, alla vigilia della maggiore età, autonomo nei movimenti, velocissimo e con subitane impennate di autolesionismo; una sera mi invento una manovra di "incravattamento" per impedire che si rompa i denti e la testa contro lo stipite della porta. Canta spesso, con una bella voce, e conosce benissimo certe classiche di Battisti, probabile retaggio delle rare gite cui ha partecipato con gruppi di volontari. In tutti mi colpisce la ripetitività esasperante dei comportamenti, frutto senz'altro della grave menomazione psichica, ma anche, suppongo, dell'allucinante monotonia di vita. Il reparto è a forma di elle, con un lungo corridoio nel mezzo, teatro della processione serale di cui dicevo, le stanzone da letto e il grande salone dove mangiano e passano la giornata, alle due estremità. Sul corridoio, vicino alle camere, si affaccia anche il grande e silenzioso studio del medico, con una enorme porta a vetri. Spesso passandoci davanti per qualche incombenza, sorprendo l'anziano dottore seduto assorto, lo sguardo fisso davanti a sé; ci ripasso dopo mezz'ora, lo trovo nell'identica posa.

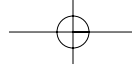
L'iniziazione di noi nuovi arrivati è assai lenta e prudente, addirittura un po' ridicola considerando il contesto. Non capisco se dedurne che si aspettano grandi cose da noi o se semplicemente si tratta di rituale

magico per giustificare ai nostri occhi il confinamento di personale professionalizzato in un posto simile, magari per difendere la corporazione delle vigilatrici d'infanzia, che ha ancora un grosso peso, e che preferisce sculettare nelle tradizionali corsie pediatriche. Comunque si comincia a fare anche il turno di notte, circondato com'è da un alone strano da film dell'orrore. Io faccio da apripista, affiancato all'ausiliaria più giovane ed acculturata. Saprà poi che nessuna voleva fare la notte con un uomo, in questo avamposto dell'Istituto a Carattere Scientifico. Tutto fila liscio, ma l'inquietudine cresce, e l'insofferenza, per la pratica della "vestizione", che mi pare cosa davvero barbara.

In questa atmosfera vagamente irrealista il dottore in camice ha l'idea, suggerita dalla caposala, di tenere delle lezioni per noi e per il personale tutto a conforto ed inquadramento del nostro operato. "Il motoneurone..." - attacca - e ci snocciola una lezione di neurologia che più accademica non si può. Trovo scarse connessioni tra queste pedissequie nozioni, bagaglio di antichi studi universitari più che di pratica professionale e la mostruosa vitalità dei nostri assistiti. Penso a Manuela, che tutti stritola in un abbraccio terribile, ridendo, alla disperata ricerca di un po' d'affetto. Penso a Claudia, che ci insegue nuda con le sue gambette scheletriche, incavolata a morte perché le abbiamo messo le "manopole", per arrestarsi ad un metro da noi, incapace di un atto di vera aggressività; e la cui sola vendetta è costringerci a slalom impossibili per schivare le sue bave nell'istante in cui si staccano dal labbro per "colpire": Penso a Luigi, ipnotizzato davanti al brusio del televisore non sintonizzato, ed ai suoi improvvisi esercizi iterativi, quando con un tuffo quasi tocca il pavimento con la faccia, per poi raddrizzarsi veloce e rifarlo decine di volte. Ma penso soprattutto al rito della "vestizione". E domandiamo lumi. Le risposte sono sfuggenti, tra i sorrisi beffardi della vecchia guardia, ed un certo disagio generale. Sfuggenti ma non elusive del tutto, insomma è chiaro che nessuno può o se la sente di coprire legalmente una simile forma di contenzione, ma che, in effetti, nessuno ha mai protestato...

Ne discuto, con le colleghe; ne discuto soprattutto la notte, con l'ausiliaria con cui faccio il turno. Inumana, la pratica della legatura non ha mai impedito gli incidenti i cui segni si vedono ancora sui corpi dei ragazzi, non ha mai impedito che Luisa ingurgitasse chilometri di lenzuola lacerata che le sono costati due interventi chirurgici per occlusione intestinale; è sicuramente responsabile negli anni di parte delle deformità e disabilità motorie che sono sotto gli occhi di tutti.

Insomma, passata la festa "democratica" ed istruttiva, le cose e le persone, tornano al loro posto. O quasi. Ripenso ad un anno fa, ad una gelida mattina di primavera tardiva. Un corteo di allievi infermieri in regolare uniforme sta violentando contromano il traffico del centro città, in barba ai questurini che hanno dato il consenso senza accorgersene; il vento è davvero freddo - "le ragazze hanno le mani e le labbra



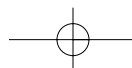
blu!" - mi apostrofa la Direttrice, sinceramente commossa. Mi sento responsabile, e lo sono, mentre, in testa al corteo, illustro al megafono le ragioni dello sciopero, a bordo di una macchina prestata da un partitino sopravvissuto dell'estrema sinistra, che poi millanterà l'organizzazione dell'iniziativa. In verità è costata la mobilitazione di mesi, riunioni a non finire in un assurdo bar nei pressi dell'ospedale, con le bottiglie inneggianti a Mussolini sullo scaffale dietro il bancone e il padrone che ci guarda storto; assemblee classe per classe, anche per gli attoniti allievi del primo anno, a spiegare le ragioni di una lotta contro lo sfruttamento in corsia dell'allievo, il "lavoro nero" termine improprio ma appunto per questo efficace, e a strappare il necessario consenso. Alla fine arriverà l'avallo della Direttrice, sorta di democristiana, cui abbiamo risvegliato, per necessità, l'ultimo scampolo di spirito sociale cristiano. Per lei l'infermiere ideale è quello che accudisce minuziosamente ad un solo paziente per ore mentre il resto dell'équipe rincorre i ritmi folli della produzione: il solito fariseismo che produce dirigenti prodighi di raccomandazioni per gli altri ed operatori cinici e rassegnati. Non me ne frega un cazzo del freddo, oggi si balla ad un'altra musica!". Anche a questo penso e l'intuizione ancora una volta porta ad una scelta non "democratica": si può fare, con chi ci sta.

Annuncio la mia decisione, suffragata dall'adesione della coéquipière notturna, alla caposala, che, sentito "camice seduto", mi sconsiglia vivamente, temendo tumulti in corsia, e quant'altro. "Me ne prendo la responsabilità, questa notte, ma l'esperimento s'ha da fare!" E l'avventura comincia. Mi viene da ridere, mi sento come una sorta di Lord Jim dei freaks, eppure il piacere è sublime nel rilevare il turno disfiando in pochi attimi i legacci che sono costati un'ora di lavoro, sotto gli occhi esterrefatti delle colleghe.

La notte è una dimensione significativa del mestiere. Dimmi come vivi la notte di servizio e ti dirò che infermiere sei. È la solitudine, il mare aperto, il senza rete dell'acrobata. I chiacchieroni infestano la luce del sole, nello sforzo quotidiano di rappresentare alla platea e soprattutto agli occhi di chi conta quanto ritengono sia desiderabile vedere, percorrono le geometrie del potere come ragnatele dove i ruoli della mosca e del ragno non sono sempre chiari dall'inizio alla fine in un gioco sadomaso che è l'essenza fondante della nostra democrazia del cazzo.

L'avventura notturna è molto meno difficile del previsto. I ragazzi, passato il primo momento di disorientamento, si appiccicano a noi, mentre facciamo merenda in cucina, circondati appunto da questa strana corte dei miracoli. Poi la stanchezza ha il sopravvento, e li accompagniamo uno alla volta a letto. Sorvegliamo a turno il sonno dei ragazzi e le rare alzate per andare al bagno. Stop. Al mattino chi si aspettava operatori distrutti e scene di tregenda resta deluso.

La partita naturalmente non si conclude così. L'accettazione della possibilità forse incontrovertibile di una





gestione diversa del turno suscita subito una subdola reazione di controriforma. Ogni minimo problema dei ragazzi viene fatto risalire all'ipotetica mancanza di sonno, sicuramente accumulata in queste notti di folle gestione. Arrivano nel frattempo nuovi colleghi professionali, tra cui un ragazzo che mostra un'altra interpretazione dei ruoli. L'approccio con il gruppo delle ausiliarie è subito suadente e per nulla "collegiale", anzi la gerarchia, anche di tipo sessuale, viene posta in risalto. Ma funziona. Laddove io raccolgo la stima e la collaborazione di poche (in genere le più tranquille, non la mafia di reparto, per capirsi) questo personaggio, che chiamerò Filippo, riscuote la fascinazione delle più giovani e sgamate. Esibisce le sue abilità musicali e di intrattenitore, un giorno si presenta perfino con delle nacchere andaluse con le quali improvvisa uno spettacolino! Un tipo da spiaggia, insomma, che però spinge verso una libertà *dal servizio*, un atteggiamento antagonista della mia seriosità un po' giacobina. Una mattina, smontando dal turno di notte assieme alla mia impareggiabile coéquipière mi imbatto nel suo turno. Mentre Filippo è intento a cambiare di malavoglia gli allettati, Manuela, la "freak" strizzatutto lo abbraccia alla sua maniera; non l'avesse mai fatto! Con un brusco gesto di rifiuto la manda a sbattere contro una porta. Insorgiamo, battibecco. Oramai lo scontro è troppo conclamato per non interessare anche gli organi dirigenti.

Viene indetta un'assemblea con la presenza del direttore sanitario, paciosa ed ambigua figura. Tutti sul piede di guerra, i miei antagonisti per la verità più decisi a far valere una opzione per un loro rapido trasferimento. Durante la riunione si produce un fenomeno che aprirebbe gli occhi anche ad un cieco, sempre che ci tenga a vedere: un buon numero di "freaks" mi si raduna attorno affettuosamente, in termini quasi imbarazzanti, ignorando parecchie figure presenti da ben più tempo. La "cosa" è passata, con l'alleanza impensabile dei massimi interessati.

Alla fine sarò anch'io trasferito, non in Rianimazione come richiesto e ventilato, a causa del permanere della diffidenza verso le figure maschili, specie se precedute da un alone di rompiballe. Mi vedrò dirottato in un reparto del quale non mi fregava nulla. *Promoveatur ut amoveatur*, comunque.

Prossimo capitolo: la sala operatoria. Luogo affascinante, da sempre. Per la crudezza della situazione, ed assieme l'illusione che da di fare qualcosa di concreto, bello e immediatamente utile, un gesto morale ed estetico allo stesso tempo.

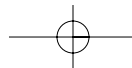
Il debutto non tradisce le aspettative, da subito ritmi estenuanti resi quasi insopportabili dallo sforzo che la fase di apprendimento esige. La formazione avviene infatti sul campo, perché è bene che lo *sherpa* sappia abbastanza per sostenere i ritmi di lavoro, ma non troppo, e mai un sapere riconosciuto e formalizzato, tale da divenire critico. Nella sala di chirurgia generale mi imbatto in un ragazzo alto e robusto, dalle

pochissime parole che mi spara fin dal primo giorno realtà e filosofia del luogo, con raro dono della sintesi: "Xe pan duro, qua dentro!" Sarà il mio unico amico.

Per il resto la sala ha contribuito solo a rendermi più cinico e quasi maniacalmente attento ai particolari, per il lavoro di costante preveggenza degli eventi che impone. I chirurghi li conoscerò bene nel corso di una nostra protesta contro i carichi eccessivi per un personale sempre ridotto all'osso, un'agitazione dalle caratteristiche fin troppo rispettose: un "semplice" blocco degli straordinari, che però voleva dire chiudere la sala quando la lista degli operandi era ancora lunga; naturalmente l'équipe degli infermieri reperibili restava a disposizione per le urgenze indifferibili, ed ecco, oplà! Tutti gli interventi trasformati in urgenza. Si arriva a dieci, dodici, diciotto ore di sala consecutive alternandosi tra la strumentazione e il lavoro di assistenza. Durante una di queste sedute, a notte fonda, i chirurghi si mettono gioiosi a intonare canti goliardici ed a declamare i versi di Catullo in latino. A me, ex liceale, fa uno strano effetto, sentire dolcissimi versi d'amore conosciuti sui banchi di scuola, usati ad irrisione dello schiavo che lavora, ed a meglio demarcare la distanza di classe; riaffiora ironicamente alla memoria il racconto di un mio vecchio professore di lingue, della sua giovinezza di guerra, rifugiato nei boschi ad ascoltare tremebondo il passaggio dei plotoni della Wehrmacht, che spesso nella marcia cantavano con piglio marziale e tutt'altro che romantico struggenti canzoni nella lingua di Goethe.

Del resto l'ambiente va di pari passo. Il giochino consiste nell'entrare nelle grazie di questo o quel boss, per riuscire a scappare dalle chirurgie generali a quelle specialistiche, dove i soldi sono più o meno gli stessi e la rottura di coglioni un decimo. Per quel che ne so, non è mai cambiato nulla.

Ulteriore passo, la terapia intensiva in cardiocirurgia. Altra situazione da sbarco, con un manipolo di infermieri generici esperti incalliti negli anni e incarogniti dagli anni, a far da lepri meccaniche per i nuovi cani da corsa. Ci sono notti di undici ore in cui non riesci non dico a sederti, ma neanche a star fermo con il corpo e con i pensieri, a passare le consegne a gente costernata perché ti guarda parlare ma la tua bocca non emette semplicemente alcun suono, tale è la spossatezza. Ma bisogna operare a tutti i costi, salvare la cardiocirurgia triestina a qualunque prezzo. Due infermieri freschi (tutti fuggono, il turn-over è impressionante) dove ne servirebbero almeno cinque esperti, niente anestesisti a coprire le guardie, il vero chirurgo fa tutto da solo! Non so se sia un mio qualche nascosto istinto masochista nonché barriadero, ma anche qui serpeggiano malcontento e rivolta. Un gruppo di colleghi decide di applicare alla lettera il mansionario, riservando alle cure strettamente infermieristiche gran parte del tempo di lavoro, sabotando di fatto la filosofia del reparto che vuole l'infermiere gestire praticamente da solo, naturalmente senza adeguati strumenti formativi e riconoscimenti professionali, l'andamento post-operatorio



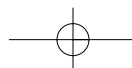
degli operati È stata la dirigenza infermieristica a suggerire l'applicazione rigida del mansionario, allora di moda (radiato senza pietà pochi anni dopo dalle stesse persone) con il risultato di bruciare i pochi colleghi volenterosi a cambiare le cose in nome di una battaglia di principio fuori luogo e fuori tempo. Inutile dire che i colleghi si sono ritrovati completamente soli a fronteggiare la repressione conseguente. Mi imbattevo altre volte in simili follie, buone solo a parare il culo, appunto, alla dirigenza, o connivenza, che dir si voglia. Ma tant'è.

Ed arriviamo alla fatale salute mentale. Già avevo avuto i miei interessanti contatti all'epoca dell'agitazione degli allievi. In tono tra lo scientifico ed il provocatorio, anche per irritare la direzione della scuola, più versata sul fronte accademico della psichiatria, ci eravamo fatti pronubi di un incontro tra lo staff della scuola ed i servizi di salute mentale, conclusosi con un generale encomio all'esperienza basagliana, pur evidenziandone i limiti. In vista dello show finale ci tenevamo ad avere l'avallo, o almeno la cauta simpatia di chi, nel panorama sanitario cittadino, rappresentava una presenza meno ingessata, la leadership della salute mentale. L'incontro tra i propugnatori dello sciopero degli allievi (cioè io e un caro amico) e l'Illuminato boss della psichiatria basagliana è propiziato sempre dal solito galoppino di estrema sinistra (vedi sopra) ha luogo nel comprensorio, con grande cortesia ci viene fatto capire che il nostro discorso in difesa della professionalità degli infermieri, anche se sorretto da duecento persone in rivolta, non è interessante per chi ha distrutto la figura tradizionale dell'infermiere in un processo di deistituzionalizzazione. La professionalità tornerà di moda alcuni anni dopo, nella versione più istituzionale che sia immaginabile, con l'iniezione massiccia di kapò/caposale anche nel dipartimento per la salute mentale. Ma tant'è.

Altro curioso contatto lo ebbi all'epoca dei cerebropatici, quando passavo a riaccompagnare il "cantante" (vedi sopra) in reparto dopo la sua permanenza ai laboratori del politecnico. Un pomeriggio mi ci reco, pimpante, e vengo subito violentemente apostrofato al mio ingresso - "Come si permette di entrare qui, con quella divisa!" - Resto sbalordito, nella mia candida uniforme. - "Non sa cosa significa quella divisa, per la gente, qui dentro!" - Per la verità non ho mai visto nessuno fuggire al mio passaggio, tra le tante curiose scenette che il comprensorio offre ogni giorno ad un occhio non indifferente. Il primo impatto con i *pasdaran* del basaglismo. Non c'è pace tra gli ulivi.

Ma non voglio sembrare cattivo, c'erano stati i concerti, Gino Paoli, Guccini, gli Area, il grandissimo Ornette Coleman, la gente vista catatonica in quell'occasione, rivista per la strada ben vestita, viva, e checcazzo!

Quello che mi ha sempre disturbato è questa sorta di aura di intoccabilità dell'esperienza basagliana, per cui criticare Israele significa essere antisemita.



Alla fine insomma c'è l'approdo al Magic Circus, tramite corso di specializzazione in psichiatria. E proprio di un circo si tratta, con tanto di nani, ballerine teatranti, la donna cannone e così via.

L'impressione è che nella situazione dove maggiormente ci sarebbe bisogno di sicurezza e normalità, almeno apparenti, tutte le persone, con poche eccezioni, siano alla costante ansiosa ricerca di una nicchia nella quale rifugiarsi, con la *paura* come grande rimossa. C'è chi si fa scudo di mitiche esperienze pregresse. E non posso fare a meno di pensare che tutti, ma proprio tutti i posti visitati avevano conosciuto un mitico Aureo Passato. La gestione concreta della vita degli utenti, non è sempre cosa limpida, anche quando si tratta di case e beni, e può dar luogo a più di un sospetto. Ma soprattutto mi disturba il chiacchiericcio costante con spreco di termini come "progetto", "lavoro d'équipe" laddove regna l'improvvisazione e la delega a poche persone volenterose, a volte meravigliose. C'è invece chi staziona aspettando che finisca il turno o che la palla passi comunque ad un altro, generalmente il più giovane, il praticante, il volontario. C'è chi, semplicemente, non si sa mai dov'è.

Sopra tutti, nobilmente discosti, i medici. Danno del tu con gran disinvoltura, sembrano tutti reduci dallo sbarco del *Granma con Fidel*.

Insomma un'impressione di grande informalità, di un posto in cui tutto sia possibile anzi auspicato, però anche di un posto dove non deve cambiare *niente*, e nulla sfugge alla pratica inesorabile della cooperazione. Forse, molto semplicemente si tratta di un posto che si regge su equilibri assai delicati e una sfilza di cose mai esplicitate fino in fondo, tali che la minima variazione fuori dalla partitura produce il terrore di effettivi concreti disastri. Il confine tra la preoccupazione e la paranoia, la gaia serenità quotidiana e la disforia è sempre sul punto di essere oltrepassato, ora da una parte ora dall'altra. La ragnatela ed il gioco di cui si diceva (vedi pagina 4) sono più che mai vitali e praticati. In verità l'operatore di strada è una sorta di ostaggio, di artificiere sminatore in territori che nessuno veramente conosce. Del resto chi ha giocato la sua preziosa carriera in un campo così scivoloso, piuttosto che fare il dentista o il dermatologo, è comprensibile voglia godersi in pace il suo sudato potere.

L'arrivo al centro di salute mentale, meta scontata, ma non del tutto dopo l'anno di specializzazione (nell'estate eravamo stati dirottati a tappare i buchi alle "cassette", per carenza del personale della cooperativa) non è stato diverso dagli apprendistati ospedalieri già visti. Ed è proprio questo a stupire. Anche qui ci sono i "nonni": veniamo a sapere che i nostri colleghi che non hanno il rango di specializzati hanno dovuto attendere la bellezza di nove mesi per poter fare le notti! Nel frattempo i "vecchi" facevano due notti a settimana. Ma sarebbe ingeneroso fermarsi a queste considerazioni, poiché la cultura del nonnismo passa osmoticamente alle nuove generazioni, in men che non si dica si formeranno gruppetti gio-

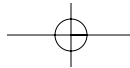
vanili che tentano le stesse pratiche. Unica variante: laddove un tempo l'accorparsi nonnistico era anche una maniera di trasmettere una certa cultura del lavoro, giusta o criticabile che fosse, ora è solo confusa affinità di linguaggio, di consumo, di gusti, di età. Ma al di fuori di queste amenità, è lo stile di lavoro a colpirmi. Non c'è nessun stile di lavoro, nel senso che alcune individualità notevoli, soprattutto sul piano umano, si inventano il lavoro a partire da un tappeto di sensibilità e attenzione per la gente che non ho mai visto altrove. Altri, i più, vivacchiano più o meno intelligentemente, millantando conoscenze ataviche rispetto l'utenza, frequentata in misteriosi, lunghissimi giri, sempre in coppie ben assortite per cui è difficile che un "nuovo" acceda a questo patrimonio conoscitivo. Questo avviene generalmente quando questi miracolosi contatti non reggono più e la persona afferrisce al Servizio in situazione di totale scompenso. Come ho già detto, vana è la ricerca di un metodo o di protocolli coerenti: ogni volta che c'è il problema di sistemare qualcuno rispetto al bisogno della casa, del lavoro, di un accudimento più presente, si scatenano discussioni interminabili su chi, come, cosa. *L'improvvisazione al potere.*

E invece quanto le connessioni reali del potere siano solidamente in mani non democraticamente controllabili lo verificherò nella breve stagione di "regno" come caposervizio eletto. Bisogna spiegare a questo punto che non c'era una caposala professionale bensì un operatore eletto, nella fattispecie un infermiere generico. Ad un certo punto, per carenze sue e per uno stato di malcontento nel Servizio, molto male organizzato, specie dopo la dipartita del primario carismatico, avviene una sorta di colpo di stato democratico: una fronda composta da giovani professionali frustrati (tra cui il sottoscritto, patetico *toninegri* anche se non più giovane) capitanati da un nuovo arrivo intraprendente, specie di *leghista dissidente* e da un infermiere "storico", fiero rappresentante di una *razza contadina* in via d'estinzione, stanco dell'andazzo e desideroso di assumere a sua volta un ruolo di peso, destituisce il caposervizio citato. Una bella ciurma, non c'è che dire, troppo fantasiosa, troppo fuori schema e fuori presa per le menti in servizio. *Troppo.* Ma soprattutto priva di infiltrati, di punti fermi cooptati ed affidabili. Il clima che segue è da lento ma inesorabile sabotaggio. L'Intraprendente (non allineato su posizioni basagliane d.o.c., è vero, fautore di un'efficientismo professionalistico nel nome della trasparenza, come da discusso e solo a maggioranza approvato, mandato elettorale) viene dirottato rapidissimamente ad altro Servizio con la scusa di dover terminare la formazione di base dei nuovi assunti. Nuova riunione assembleare, vengo designato come sostituto a fianco dello "storico". Ci diamo da fare per far funzionare le cose al meglio, almeno dal punto di vista organizzativo, con una buona dose di ingenuità: facciamo perfino l'inventario (le nostre etichette sono ancora visibili, prime ed ultime, sullo strumentario di Servizio), ma oramai il clima è di sabotaggio dall'alto. Nonostante sia documentabile il risparmio sui farmaci le polemiche con la farma-

cista dell'ospedale sono all'ordine della settimana sulle forniture di farmaci dei meno costosi; per l'apparato dipartimentale dai medici alla struttura burocratica sembriamo non esistere; cominciano i segni di cedimento tra gli elettori: fioccano i certificati di malattia non solo in chi era contrario alla nostra ascesa fin dall'inizio; le discussioni sui turni diventano estenuanti, c'è chi ci manda perfino il marito ed il suocero inferociti, a difesa di presunti abusi sul turno. Insomma la gente percepisce, a ragione, che l'autogestione nella trasparenza, indipendentemente dalle personalità dei caposervizio, che si possono ben cambiare democraticamente, come abbiamo dimostrato (nel furore rivoluzionario si teorizza addirittura l'alternanza a tempo di tutti gli operatori nel ruolo di caposervizio) costa però in termini di impegno, e non riscuote necessariamente la facile benevolenza da parte di chi il potere ce l'ha sul serio. In men che non si dica arriva una caposala fresca fresca dall'ospedale, istruita in fretta e furia a riportare l'ordine a Berlino. Evidentemente, è la lezione innegabile che traiamo dall'esperienza, ci sono più cose da tenere segrete nei servizi di salute mentale triestini di quanto siamo al corrente noi poveri mortali, se pochi mesi di gestione "innocente" erano cosa così pericolosa da dover intervenire d'imperio.

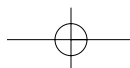
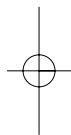
Come proteggersi? Come proteggermi? Allo stato delle cose presenti la strategia praticabile sembra quella della "lunga marcia attraverso le istituzioni" come si diceva una volta, fatta di tante piccole cose preferibilmente fatte bene ed in selettiva compagnia vivendo però sempre l'insidioso dubbio di stare costruendo case sulla sabbia, o di metterci troppo tempo, nella consapevolezza assoluta di essere assolutamente inadeguato alla partita. È come tentare di confezionare un buon lavoro di scrittura, sapendo perfettamente che l'alfabeto corretto e completo è ben lungi dall'essere stato coniato, ne stiamo usando uno di molto inferiore alle 26 lettere dell'alfabeto inglese (peraltro sicuramente insufficiente) e alcune lettere sono polivalenti e la conoscenza delle tecniche la si sta scoprendo sul campo, così, senza rete.

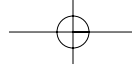
Ho incontrato un collega di Verona, l'autunno scorso, ad uno strano convegno sulla contenzione. In un teatro gelido, che sembrava una chiesa sconsecrata, da un palco posto a distanza stellare dal pubblico, fatto di colleghi per metà visceralmente interessati, per l'altra metà alla caccia transumante di crediti formativi, variegati personaggi pontificavano. C'era la dottoressa in carriera che raccontava del suo viaggio sponsorizzato nelle Americhe, laddove i vecchietti terribili sono contenuti in roteanti poltrone di plastica (r), c'era il giurista che non dice nulla e incassa tanto, c'era la cretina di turno del Collegio che vuole insegnare la Responsabilità a chi ne ha da vendere. In altri tempi e contesti avrebbe rischiato il linciaggio. Insostenibile. Mentre me ne stavo a terminare gli affari miei alla toilette, sento una sorta di brontolio provenire dalla zona dei lavandini, in effetti c'era un ragazzone intento a pettinarsi pensando a voce alta. - "I pol dir quel che i voe, xe facile parlar, ma noi in do mesi tre infortuni, un femore roto e un dis-



tacco de retina, tanto per dir..." - Non so che dire, se non che presentarmi e dirgli con semplicità che anche da noi il problema sussiste, ma infinitamente meno, e non si lega più nessuno. Mi sento un po' falso e a disagio, lui mi squadra e poi mi fa - "Ma quanto tempo ghe zelo che ti te ghe lavori, coi mati, dime!"- Gli dico che sono sette anni. Lui mi ripassa ancora più a fondo con lo sguardo, stupito che lavori in psichiatria uno che pare più tagliato a fare il commesso di libreria, e poi restiamo d'accordo che ci scambieremo dati ed esperienze: è entusiasta.

Non mi sono ancora deciso a farlo, in fondo che cosa posso insegnargli io? Ma lo farò, lo giuro.





## La frittata

di Cristina Facco

Entrai nella stanza convinta di trovarti lì, arrotolato tra le lenzuola, con una criniera di capelli spettinati. Ma con mia gran sorpresa non c'eri. Accidenti pensai, ma dove sei finito? Notai che mancavano i fermi alle finestre e le impronte delle suole sul muro.

Un genio della fuga, te ne eri andato nel silenzio del mattino, senza che nessuno se ne accorgesse, veloce ed agile eri riuscito a passare dalla finestra, a vederla veniva da chiedersi, ma come ci sei riuscito, come sei passato attraverso quella fessura. Un contorsionista, solo un contorsionista poteva farcela.

Finalmente fuori! Una sigaretta accidenti. C'è qualcuno alla fermata del bus - Scusa hai una sigaretta? - Boccatona, pieni polmoni! Ah un cucchiaino di Nescaffè sotto la lingua, buongiorno! Me ne sono andato, io che sono il sindaco della città di Berlino, scriverò una bella lettera per raccontare come mi tenete segregato in questo posto che sembra una caserma.

Caserma, militari, devo correre, correre a casa, prima della polizia, agenti segreti, sono dappertutto. Scarpe da ginnastica, gambe in spalla, ancora una boccatona, sì il filtro amaro, buono.

Dovrò decidermi prima o poi ad abbandonare questa casa, ormai semidistrutta, devastata da questo figlio e dal suo delirio, ma so che questo posto è l'unica cosa che ancora ci lega, ci unisce, protegge, come quando quando ti portavo nella pancia. Erano in due, lui e la sorella gemella, il giorno e la notte, il femminile e il maschile, il bianco e il nero.

Sento dei rumori sul tetto, è ritornato ne sono sicura, cosa fare? Tenerti qui come quando da bambino scappavi da scuola, prepararti un buon pranzo o chiamare perché ti vengano a riprendere, prima che tu appicchi l'ennesimo fuoco, o vada a cercare nell'orto dei vicini le microspie tra i pomodori, che fare?

Non è possibile, vi avevo detto che non doveva ritornare a casa! Non ora! I vicini hanno sporto denun-

### Primo atto

### I personaggi:

Infermiera

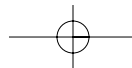
Angelo

Madre di Angelo

Medico

Vicino





cia, quindi appena arriva a casa chiamano la polizia. Bisogna andare a prenderlo, riportarlo qui. È mai possibile che riesca sempre ad andarsene! Perché qualcuno non era di turno alla porta? Finestra? Finestra! Ci sono le sicure, non può essere passato di lì. Comunque bisogna prendere la macchina ed andare a casa sua a riprenderlo, è andato lì come al solito. Chi viene con me?

Eccolo lì quello stronzo! - Pazzo sei un pazzo, dovrebbero rinchiuderti!! - Non venire sai non ti avvicinare alle mie piante di pomodori, guarda che se non vai via chiamo la polizia. Anzi la chiamo, eccome se la chiamo...

Soffitta, casa, carta, fiammifero, fuoco, sporcizia, camminare, su, giù, dentro, fuori, sigaretta, pieni polmoni, boccatona, fame.

E mi incazzo sì, cosa ho detto ieri in riunione? Tu c'eri ieri in riunione? Eh no! Ovvio con questi turni non ci siete mai quando serve. Comunque ho detto che per una settimana Angelo non deve andare a casa da solo, capisci? Bisognerà fare il T.S.O., con i soliti casini, polizia, corse, placcaggio.

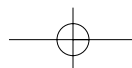
Scendo giù, piano, veloce, scala grande, scala piccola, finestra. No non è sicuro, devo stare attento, spie dappertutto, polizia attenzione!

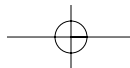
Odore di cibo, buono, fame, scendo, La macchina, scarpe, calze, rabbia, schivare, strada, campagna, sequestratori, stanza, la porta chiusa, finestra, scappare, correre, il tetto, su per il tetto, giù per la grondaia, scappare, correre, campagna, fango, scarpe, veloce, scappa.

**Secondo atto** Corre è sul tetto lo sento, devono essere già arrivati, vengono a prenderlo. Cerco la padella, cerco le uova, che confusione, sembra una casa devastata dalla guerra.

Preparo un panino, lo metto vicino alla grondaia qui fuori dalla finestra, di solito passi da qua. Pane, frittata, odore, sapore di casa, da portare nella fuga, da tenere tra le mani, da annusare, leccare, toccare, mangiare, dietro al muro in fondo alla campagna, dopo il fosso sdraiato sul prato, è primavera, sigaretta, boccatona fino al filtro ed ancora, è amaro, buono.

Chiavi, automobile, strada, silenzio, sembra di non arrivare mai, eppure non è distante.





Siamo arrivati, speriamo di trovarlo. Che casino!, questa non ci voleva proprio.

Una casetta su due piani, semidistrutta, il tetto crollato, i vetri rotti, la porta scardinata. Entriamo, odore di chiuso, di legna e stracci bruciati, e questo cos'è? odore di frittata, sembra irreale in questo catafascio.

Buon giorno, c'è qualcuno in casa?, signora Maria, c'è qualcuno?

Buon giorno dottore.

La vedo uscire dalla cucina con il suo maglione grigio, la gonna di lana, le calze grosse, una criniera di capelli spettinati, la padella in mano, i resti di una frittata.

Buon giorno Maria, siamo venuti per vedere se c'era Angelo, è scappato e pensavamo fosse passato di qua. Lo sa che se non rimane al Centro, ci sono quei problemi con i vicini, ricorda la storia della denuncia. Se continua così mi vedrò costretto a fare il T.S.O., capisce?

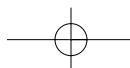
Certo che capisce, ricorda benissimo l'ultimo T.S.O., la scivolata sul tetto, ci è preso un colpo, se cadeva da lì era finita, e poi la polizia, le manette, le urla. Se poi cambiasse qualcosa.

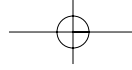
Se poi cambiasse qualcosa, te lo direi dov'è, ma non è così, tutto si ripete uguale. Piccole cose, con lui si possono cambiare solo piccole cose, parlarci attraverso gesti, abitudini, odori, sapori. Vuole stare in campagna perché noi siamo gente di campagna. No dottore non so dov'è, non l'ho visto, forse ha preso l'autobus per la città.

Guardo la padella, alzo gli occhi ed incontro quelli di Maria. Vedo una madre che ha preparato la merenda per il figlio, guardo fuori la campagna, il muro, il giardino. Potrei aggiungere qualcosa, ma rimango in silenzio.

Usciamo. Che si fa? Aspettiamo fino a questa sera, forse ritorna al Centro da solo, alle volte succede.

Ritourneremo più tardi, aspettiamo fino a stasera, poi facciamo la segnalazione.



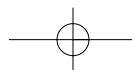
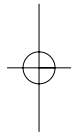


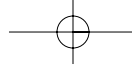
Mangiare, divorare, fumare, camminare. Escono, maledetti! scappare, correre, la fermata dell'autobus, veloce saltare, salvo. Città, camminare - scusa hai una sigaretta?

Sono passati più di dieci anni da allora, Angelo vive da molti anni in un gruppo appartamento in città. Proprio di fronte a casa mia...

Lo incontro spesso, soprattutto la sera, cammina instancabile, sembra sereno, la casa e i pomodori appartengono al passato. Ripenso a quante volte l'ho rincorso, trattenuto, era così diverso da ora?

Regolarmente mi chiede: - Scusa hai una sigaretta? - tira una famelica boccatona, sorride con uno strano ghigno e riprende a camminare.





## I soggetti? Narrarli

di Franco Rotelli

I saperi psichiatrici sono sempre più ordinati alla definizione astratta di patologie, alla catalogazione di sintomi e sindromi, ad evincere dalle storie di vita i segni diagnostici propri di catene semantiche strutturate in malattia.

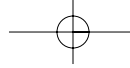
Scavare nella penombra delle coscienze o stigmatizzare fillere di comportamenti, investigare perturbazioni al fine di inscrivere nel catalogo abnormità e patologie.

La storia delle vite, la biografia delle donne e degli uomini sono per contro le uniche forme credibili di resistenza alle psicologie attuali. Molto cammino culturale, forse scientifico, deve essere fatto per rifondare psicologie sui percorsi di vita, di ambiente, di progetto esistenziale di individui e gruppi, di solitudini e di collettivi, di etnie e di appartenenze. Correlarli ai dati storici, ai paesaggi umani, alle loro evoluzioni ed involuzioni, allo sviluppo ed alla regressione, macrosociali o microcontestuali.

La comunità illimitata che desideriamo, fatta di solidarietà locali e di apertura alle libertà degli scambi planetari, parla di identità multiple non sempre rese possibili, di scacchi e riprese, di potenzialità da aprire e rendere visibili, di scenari in movimento che consentano a ciascuno una possibilità negate le altre, molte possibilità in più felici condizioni date, dignità a tutti nell'infinita differenza. Solo le storie della vita, le biografie arricchite non certo l'ipostasi delle patologie, consentono di capire per cambiare invece di definire per negare ed invalidare altri, altro, (alterità, alieni, alienazione, esclusione, annichilimento, stigma e stereotipo, pregiudizio e definitivo giudizio).

Riaprire i terreni della narrazione, intercalare normalità e normali follie, divertirsi della vita e delle vite non è negare diritto alla cura ma rivendicare il diritto ad occuparsi degli altri e che qualcuno si occupi di te, chiunque tu sia, dovunque tu ti sia fermato, rinchiuso nel dolore o nell'idea fissa o immutabile, nella ripetitività afinalistica o nel delirio, nella defezione dal mondo o nella dissociazione dalla catena linguistica che costituisce un mondo di appartenenza.

L'altro, sempre, può reinventarti o toglierti la parola. Ma il secondo intervento è sempre illegittimo, non

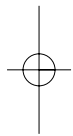


è mai scientifico, è sempre violenza.

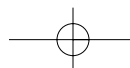
Tra la follia come defezione dal mondo o come espulsione subita, e la follia come linguaggio prodotto dalla psichiatria, o l'abbandono al suo silenzio, o la sua presa in carico da gruppi, associazioni, sette che ne mettono in forma collettiva la scissione opaca, c'è ancora un linguaggio, una parola da raccontare che mantenga l'appartenenza ad un racconto particolare-universale?

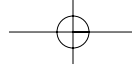
Racconto di individui che si muovono dentro l'energia infinita del mondo, cercando e non trovando il proprio cammino, ma camminando comunque sempre, magari in tondo, ma sempre. Atomi di una materia che è oggi un'illimitata comunità piena di vincoli e barriere insormontabili.

Quanti embarghi dentro questa comunità, ma quante volte l'embargo altrui è ricercato e voluto? Produrre nessi, scambi, varchi, reti, impedire che, a margine, si lavori, d'ambo i lati, a murare vivi gli uni e gli altri. Come uscire dalla follia se non riconoscendo ragioni?

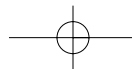
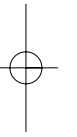
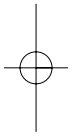


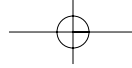
**Intervento di apertura della Sessione di Lavoro**  
**“Soggetti e Comunità”,**  
**Convegno Internazionale per la Salute Mentale:**  
**“Franco Basaglia: la comunità possibile”,**  
**Trieste 20-24 ottobre 1998.**  
**Testo pubblicato in: “Fogli di Informazione”,**  
**Centro di Documentazione di Pistoia,**  
**settembre 1999**





Lavorare insieme? Perché e come...





di Bruno Norcio

**Perché nell'intervento territoriale è necessario il lavoro di équipe ed in cosa consiste. Indicatori di qualità (a questo riguardo) dell'organizzazione del lavoro.**

Intervento: *Va bene. Dai. Dai. Basta con le presentazioni formali. Allora, comincio io.* Devo dire, così a titolo preliminare, che questa presentazione, quanto ci viene richiesto da parte di chi ha coordinato il Corso, almeno per quanto mi riguarda, è un impegno certamente molto alto. Perché, su questo tema: cioè, il tema che il titolo definisce, "perché è necessario un lavoro d'équipe a livello territoriale e quali sono i possibili indicatori di qualità", io credo, che dovremmo fare un percorso di analisi approfondita, che ancora, credo, non sia stato fatto compiutamente. In ogni caso è un percorso che si è modificato, si modifica nel tempo e che pone, secondo me, al centro una questione fondamentale. Che, è quella... perché, cosa significa sostanzialmente lavorare in équipe?

Io ho preparato un interventino scritto, che in realtà non è, né esauriente, né assolutamente sviluppato. Avevo tentato di farlo, ma in realtà poi, il problema così, dell'incrocio di impegni non mi ha consentito di farlo.

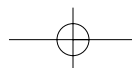
Dovrei anche, in realtà, forse, leggervelo perché io tendo a parlare un po' troppo e quindi poi vado fuori dei tempi, in genere. Vediamo cosa riesco a fare, partendo dalla stimolazione del nostro coordinatore, che comunque ci invita ad essere più brevi possibile, appunto, per poi attivare la discussione.

Quindi, il mio vuol essere soltanto, diciamo, un breve intervento di apertura della discussione e di stimolo ad un'analisi poi, eventualmente, successivamente, più approfondita. Allora, come prima cosa, io mi sono andato a cercare sul dizionario Treccani la parola équipe. Non che non sapessi cosa voleva dire...

Intervento: Io sul vocabolario Zingarelli.

Intervento (continua): Mi pare ottimo. Allora, io ho letto questa cosa qui: che équipe deriva dal verbo "equiper", che anticamente significava "imbarcarsi", dal tedesco "Skip", che vuol dire "barca".

Questo, secondo me, è anche un discorso molto interessante, perché allude a quello che poi nel corso della discussione dirò: cioè, che in fondo il lavorare in équipe è stato proprio imbarcarsi in un percorso



completamente nuovo. Come viene definita la parola "équipe"? Come, gruppo di persone, che perseguono un fine comune o collaborano nello stesso settore di attività, anche intellettuale. Il lavoro di équipe è quello condotto da un gruppo che comprende esperti di varie discipline o in vari rami della stessa disciplina. Allora questa è una definizione molto semplice, molto piana, che presuppone quindi, una sinergia di competenze tecniche differenziate, che si uniscono insieme, per arrivare ad una sintesi. Quindi, a produrre un intervento che sia un po' la somma, ma anche l'effetto appunto di moltiplicazione, anche, talvolta di queste singole competenze.

Io credo, che rispetto a questa definizione di 'équipe' ci sia una certa differenza tra una équipe di salute mentale territoriale ed una équipe, per esempio, che lavora... parlava prima Grazia... in un ospedale, io credo anche, forse, in un distretto sanitario. Però, poi Grazia ci dirà quali sono le differenze tra il lavorare in ospedale o in un distretto sanitario, quindi anche sul territorio, rispetto al lavoro di équipe.

Cioè, quello che tutti voi potete immaginare, che appunto, in una situazione ospedaliera, l'équipe - non so - di cardiocirurgia, presenta una quantità di attori, i quali hanno dei compiti precisi, molto delimitati, molto chiari, che sono tutti necessari, per arrivare allo scopo finale che è appunto l'intervento complesso. Io credo che le nostre équipes di salute mentale, oggi, siano molto più differenziate che in passato; per quanto riguarda le figure professionali.

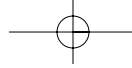
Ci sono, appunto, infermieri di vario tipo. Ancora, credo, qualche vecchio infermiere psichiatrico. Ci sono infermieri professionali, ci sono infermieri professionali specializzati in psichiatria, ancora, dei generici, ci sono gli psicologi, le assistenti sociali, i medici, i tecnici della riabilitazione, ma non credo che si sia potuto, forse meglio, voluto definire dei limiti precisi di competenza, per ciascuna di queste figure.

Quindi, ci sono senza dubbio delle differenziazioni chiare, tra dirigenti e non dirigenti, e quindi, si riferiscono per lo più a delle categorie di potere. Ma, se noi invece ci riferiamo a delle categorie di saperi, in questo caso anche di saperi disciplinari o di competenze, secondo me, il problema si complica molto; sulla definizione appunto dell'associazione, competenze, ruoli professionali. Io devo fare, lo faccio sempre... so che voi siete tutti esperti in questa materia, ma... un riferimento al passato. Perché quella è la matrice, secondo me abbastanza chiara, del paradigma, dei ruoli e delle competenze, oggi, in salute mentale.

Cioè, il sapere tecnico in psichiatria nasce dall'ospedale psichiatrico. Questo, secondo me non bisogna dimenticarlo mai.

In modo particolare, la differenziazione tra un sapere medico tradizionale, in psichiatria ed un sapere infermieristico tradizionale in psichiatria, nasce dall'istituzione totale. Lì c'era una delimitazione molto chiara dei ruoli. Credo, che la storia della de-istituzionalizzazione ci serva proprio per capire come da





quella situazione, molto chiara, si sia poi passati ad una équipe di lavoro territoriale. Allora. Manicomio chiuso, voi lo sapete. Tanti infermieri. Pochi medici. Qualche altra sparuta figura professionale. Amministravano, che cosa? Amministravano la cronicità. E nei reparti per acuti: tutti i comportamenti violenti, la pericolosità. Quindi custodia e cura secondo i vecchi dettami della legge del 1904. Qual era il rapporto che esisteva tra i medici e gli infermieri per quello che riguarda il sapere? Il medico, in realtà, possedeva un bagaglio culturale, possiamo definire - almeno in Italia, insomma - grossolanamente organicistico. In Italia non era nemmeno penetrata o pochissimo, come sapete, la cultura fenomenologica, che invece in qualche "Klinik" tedesca si praticava.

Scriveva diligentemente le sue cartelle cliniche. Non so quanti di voi abbia avuto la possibilità di leggerne qualcuna. Delle cartelle dove si faceva una descrizione molto accurata degli aspetti somatici e poi dei comportamenti. Una descrizione minuziosa, accurata con categorie per lo più descrittive. E poi si annotavano minuziosamente le terapie.

Le terapie, come sapete, fino ai primi anni '50 erano delle terapie prevalentemente fisiche. Cioè, dei bagni freddi e caldi. C'erano gli shock...(?), c'era la malarico-terapia, ecc.

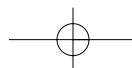
Cosa faceva l'infermiere? L'infermiere era addetto alla vigilanza. Doveva, praticamente, fare tutto quello che il medico gli ordinava di fare.

Tra l'altro, questa è la definizione, che in termini generali, quindi sui dizionari, viene data per l'infermiere. L'infermiere è quello che si occupa, voi lo sapete meglio di me, della "care". Cioè, della presa in carico, allora nella vecchia istituzione di questi aspetti, molto grossolani e di tipo custodialista. In realtà il rapporto tra infermieri ed internati era un rapporto legato alle forme rituali dell'istituzione. Quindi non esistevano dei rapporti personali o diretti, che in genere si discostassero dai rituali istituzionali.

C'era anche lo psicologo. C'era anche l'assistente sociale. Però, la funzione di queste figure era assolutamente ridotta e trascurabile. Lo psicologo, in realtà, concorreva alla diagnosi, attraverso la somministrazione di test. L'assistente sociale... tra l'altro all'ospedale psichiatrico, per quello che io mi ricordo non c'era nemmeno, ma era per lo più allocata nei luoghi che venivano denominati Cim; che in realtà erano dei luoghi di tipo burocratico-amministrativo. Dove, soprattutto, a partire dalla metà degli anni '50 o primi anni '60 s'invitavano le persone a presentarsi per le terapie, per i controlli.

Quindi, in una situazione di questo tipo, non esisteva nessun lavoro d'équipe. Non vi era cioè nessuna elaborazione collettiva in cui ciascuno, [con] le teste insieme a confronto, dei saperi propri, ma anche il proprio punto di vista sulla situazione osservata.

Non si discuteva affatto di progetti, di programmi. C'era una situazione di delega totale, in termini



appunto di saperi e poteri, alla figura del medico. Ed anche questa era una figura, che in maniera molto piramidale, si riferiva al direttore. Il quale aveva enormi poteri dal punto di vista medico legale, ed il destino degl'internati era un destino unicamente affidato alla figura del medico.

Il dislivello, oltre che dei poteri e dei saperi era quindi molto marcato.

Non so se voi sapete, ma i corsi che si facevano per gl'infermieri psichiatrici, nel vecchio manicomio, erano dei corsi per lo più orientati a delle norme di comportamento per evitare i rischi che una qualche crisi improvvisa, qualche comportamento non previsto degl'internati, poteva determinare.

In realtà s'insegnavano, diciamo, delle tecniche, per così dire, di custodia e di vigilanza e di sicurezza rispetto all'imprevisto ed all'imprevedibile sempre dietro la porta.

E come ho detto prima, psicologi ed assistenti sociali, quando poi incominciavano anche ad essere presenti nello scenario istituzionale, contavano pochissimo. In ogni caso erano subalterni, oltre che in termini di potere anche in termini di sapere disciplinare, alla figura dei medici.

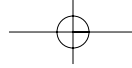
Qual è, secondo me, il nucleo concettuale, fondamentale della de-istituzionalizzazione così come Basaglia l'ha portata avanti e come Basaglia ci ha insegnato?

È il discorso della messa tra parentesi della malattia.

Voi avrete sentito questa frase molte volte però, a mio avviso, è lì che noi cogliamo la possibilità concreta di un lavoro di collaborazione, di alleanza anche tra le figure professionali ed i primi embrioni di un possibile lavoro di équipe. Inteso proprio, come si diceva prima, come un imbarcarsi insieme in un'impresa di liberazione, in un'impresa di emancipazione, per i pazienti, utenti.

Quindi, è questa secondo me, la proposizione concettuale che apre i saperi disciplinari. Quindi, a questo punto tutte le azioni, miriadi, mille... io non posso giustamente... la possibilità di farlo, di azioni pratiche e la loro elaborazione, teorizzazione in corso d'opera, sono queste diventate il nuovo terreno formativo. Anche in termini di autoformazione per tutte le categorie professionali presenti. Perché, tutte le figure professionali presenti, uscendo fuori, sul territorio, sperimentano insieme ed 'ex novo', perché nessuno sapeva in realtà che cosa avrebbe comportato l'apertura di un manicomio ed il confronto diretto nella comunità con tutti i problemi creati da questo fantasma, che era appunto la malattia mentale. Fantasma di paura e di pericolosità.

In altri termini. Andare a casa dei pazienti, avere rapporti con famiglie, vicini, condomini, riaprire possibilità di lavoro, di convivenza per gli internati. Attivare la solidarietà dei gruppi sociali. Discutere sullo stigma, il pregiudizio, associato al disturbo mentale. Innescare quindi, all'interno del contesto sociale, dei percorsi di guarigione, oggi si dice "recovery" (ripresa), dei discorsi di guarigione; sono questi i fonda-



menti, lo stimolo per la nuova cultura professionale e quindi la premessa, proprio per la rifondazione dei saperi disciplinari.

Questo contesto, a me sembra che l'esperienza di Trieste sia stata un'esperienza anche pressoché unica in Italia, perché, credo, che sia stato uno dei pochi ospedali psichiatrici in cui si è cominciato a lavorare all'esterno utilizzando tutte le risorse interne. Mentre in altre situazioni si assumevano persone nuove, con diversi curriculum professionali ecc., parlo soprattutto degli infermieri, a Trieste si è lavorato per una lunga fase con il recupero e l'impiego e l'utilizzo degli infermieri che lavoravano prima in manicomio.

Quindi si è venuto a creare un 'mix' particolare, soprattutto negli infermieri, tra motivazione personale all'uscita, al lavoro territoriale. Vecchia formazione, che era quella di cui si diceva. Cioè, una formazione improntata per lo più all'autodifesa ed al controllo. E, questa nuova scoperta di categorie nuove di approccio che il lavoro sul territorio provocava.

Quindi, credo, che in questa fase si lavorasse con infermieri i quali nel senso accademico, tecnico-professionali, non erano...(?) di grandi titoli, ma in una buona maggioranza presentavano una fortissima carica motivazionale, proprio nel percorso di liberazione e una carica, un grande slancio verso questo confronto con situazioni non conosciute e certamente ben diverse da quelle che loro erano abituati a fronteggiare.

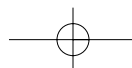
Quindi, il lavoro di équipe a quel punto diventa non soltanto un'impresa di gruppo; chiaramente impossibile da fronteggiare in un contesto in cui l'ideologia e la tecnica del rapporto con il paziente fosse duale (?), ma diventava un terreno concreto, per i vari gruppi, di confronto collettivo e di partecipazione attiva ai progetti. Si aveva un'assunzione di compiti nuovi. Si andava ad affrontare il rischio. E, bisogna dire, che l'ottica della fase... soprattutto della prima fase, era un'ottica in cui tendenzialmente si aveva una diminuzione, una riduzione dei livelli di gerarchia. Cosa molto importante. Ed anche, in qualche modo, di de-tecnizzazione degli interventi.

Questo è un termine da usare, secondo me, in un modo un po' particolare. Perché, de-tecnizzare potrebbe anche significare un lavoro soltanto di tipo *naïf*. Cioè, un lavoro in cui non vi fosse, come dire, una *dignità* di acquisizione di saperi, di professionalità, negli atti che si compivano.

Io credo invece che in una situazione in cui si parla, si poteva parlare allora di de-tecnizzazione, ci fosse in realtà un'acquisizione contemporanea di nuove categorie professionali.

E sul piano delle funzioni, cioè sul piano delle mansioni c'era senza dubbio quello che gli inglesi chiamano "overlapping" cioè una sovrapposizione di ruoli. Proprio nella produzione delle risposte.

Faccio un esempio. Un esempio a cui io ho partecipato personalmente. Un'azione riabilitativa cominciata in un ospedale psichiatrico, portata fuori, una persona che da anni viveva in manicomio con una diagnosi



di schizofrenia residuale, però era una persona che aveva ancora una grande volontà di vivere, ed una buona capacità di relazionarsi. Che, era titolare di una casa. Che, aveva dei campi. Tutti si decise di andare a vendemmiare insieme a lui. Allora, il vendemmiare insieme a lui era un atto condiviso da tutte le figure professionali ed era un atto a valenza tecnica, a valenza, come dire, disciplinare oppure no?

Certamente un atto, come dire, della normale quotidianità di vita. Ma, un atto che secondo noi, proprio perché vedeva insieme tutte le figure professionali, finiva per acquisire dignità di gesto tecnico e rimaneva ad un'azione importante, che era di fondazione di un nuovo sapere disciplinare.

Quindi, una de-specificizzazione dell'intervento, nel senso dei ruoli tradizionali, che appunto separavano i poteri, ma l'acquisizione di un nuovo sapere, condiviso. In cui, il dislivello, come dire, delle conoscenze diminuiva, ed in cui però si produceva, concretamente, attraverso uno sguardo, non più verso la schizofrenia residua, come categoria diagnostica, ma verso la persona in carne ed ossa, con la sua storia, un atto riabilitativo.

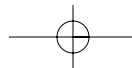
Noi abbiamo fatto molte esperienze di questo tipo. Che, Grazia, sicuramente ricorderà. Come: le feste di strada, di quartiere, gl'interventi in luoghi di lavoro. Io mi ricordo, per esempio, delle mostre sui problemi della salute mentale fatte in fabbrica. Allora c'era anche un concetto di fabbrica molto legato al discorso degli operai e quindi, comunque, di una classe subalterna. Bene, la possibilità di portare questi discorsi era anche nell'ottica di un'azione preventiva *ante litteram*, estremamente importante.

Questi interventi si facevano insieme. Ed erano territori poco esplorati. In cui, certamente, il medico o lo psicologo godevano, come dire, di uno status, di un'autorità, che era magari maggiore di quella di un infermiere, ma di fatto non era in quel momento una persona che deteneva un sapere che fosse segregante, che fosse gerarchizzante rispetto a quello degli altri operatori.

Nella pratica dei centri di salute mentale di Trieste, come laboratori di decostruzione della malattia e come tentativo, quindi, di risposta ai bisogni personali, individuati e specifici, il lavoro di équipe, considerato appunto non come giustapposizione di specificità tecniche separate, e comunque sempre fortemente gerarchizzate, ma al contrario, come pratica di partecipazione e di pari dignità delle proposte di tutti gli operatori; rappresentava un dato abbastanza diffuso, abbastanza costante, abbastanza omogeneo. Io credo, che sia questo un po' *l'imprinting*, che è stato trasmesso nel corso degli anni. E ritengo, che questo aspetto del lavorare insieme, del lavorare in équipe sia stato anche quello che ci ha differenziato da altre esperienze, che pure andavano avanti, all'estero, di psichiatria sociale, ma anche esperienze italiane post-riforma.

Rileggevo, proprio qualche giorno fa dei vecchi numeri di una rivista, che accumulava tutte queste esperienze, trasformazioni in Italia. Bene, in alcune regioni italiane, ed è una cosa che mi colpisce...

**Fine lato A**



**Inizio lato B** Intervento (continua): ... veniva assegnata la funzione di fare le visite domiciliari. Lo psicologo faceva gl'interventi di terapia familiare in ambulatorio ed il medico distribuiva i farmaci. Il tutto, con una divisione, non soltanto di luoghi specifici, ma anche di ri-attribuzione molto settoriale dei saperi, cosiddetti disciplinari.

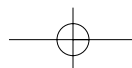
Beh, credo che, chi aveva impostato il lavoro dell'azione territoriale di salute mentale, in questo modo, non avesse di molto modificate le categorie precedenti. Del resto, voi lo sapete, in questi oltre 25 anni di riforma psichiatrica, noi dal punto di vista dell'attuazione della legge ed anche dei criteri, che sono indicati abbastanza chiaramente nei progetti-obiettivo di competenze specifiche associate alle figure professionali, credo che abbiamo visto di tutto, in termini di distorsione.

Basta pensare al rapporto, che esiste oggi, tra l'équipe degli Spdc e l'équipe dei servizi territoriali. Cioè, degli Spdc poco è mutato, parlo degli Spdc italiani in generale, rispetto alle vecchie logiche ospedaliere. In cui, spesso si ripropone lo stesso schema di gerarchie dei poteri, in cui agl'infermieri, che poi sono sostanzialmente insieme al medico le figure professionali presenti nei Diagnosi e Cura, si ri-attribuiscono le stesse funzioni che si attribuivano prima in manicomio.

Credo però, che detto questo, anche a Trieste in questi 25 anni, la situazione sia abbastanza cambiata. Beh, c'è stata naturalmente una sostituzione progressiva di quegli'infermieri psichiatrici che avevano operato la de-istituzionalizzazione. Vi sono, appunto, figure anche professionali, nuove. Parlo dei tecnici della riabilitazione, che, purtroppo, almeno qui a Trieste non possono più formarsi, perché nel frattempo la scuola è stata sospesa e non sappiamo se verrà e quando verrà riaperta. [Credo] che quella sia stata un'esperienza molto interessante, perché? Perché, queste figure professionali nuove o relativamente nuove, almeno per il panorama italiano, non hanno un 'imprinting' sanitario. Sanitario nel senso, appunto, della delimitazione precisa di atti sanitari da compiere per le rispettive figure professionali.

Quindi, c'è stata una situazione di contaminazione. Per altro, ci sono anche molti medici e molti psicologi, alcuni psicologi, che non hanno mai lavorato in manicomio, e non lo hanno nemmeno mai conosciuto. Vi è, senza dubbio, come scenario nuovo di riferimento: il privato sociale. Privato sociale che si è molto sviluppato, che ha degli operatori i quali hanno formazioni molto diverse, ma comunque anch'esse non contaminate, diciamo, da un paradigma sanitario rigido. E poi, anche dalla formazione-disciplinare accademica: gli infermieri di oggi certamente sono formati in una maniera diversa, anche rispetto alla funzione del "nursing". "Nursing" che alcuni definiscono proprio una scienza.

Sentivo qualche giorno fa, proprio per televisione in queste ore notturne, d'insonnia, una trasmissione in diretta dall'università di Padova dove un bravissimo, secondo me, docente che insegnava teoria del 'nursing'



si dilungava proprio sulla rappresentazione di un modello non paradigmatico. Ma, di un modello che aveva comunque una cornice con dei principi di riferimento, per giustificare il 'nursing' come scienza autonoma e non come scienza dipendente dalla scienza medica. Che, è la visione tradizionale appunto del nursing. Quindi, una visione del 'nursing', dell'infermiere che agisce a maggior ragione nella comunità, oltre che negli ospedali, come figura professionale autonoma. Questo è una cosa molto importante.

Allora, alcune domande. Come si può oggi definire il lavoro di équipe territoriale di salute mentale in un contesto in cui si dà per scontato, anche se scontato no lo è affatto, che territorio, comunità siano l'unico scenario possibile e sensato della cura. Per cui vi è questo diverso assetto di professionalità.

Parlando del DSM triestino, in cui per esempio nel corso di più di 30 anni abbiamo tenuta ferma la posizione, che bisognava operare senza selezione dell'utenza. Questo è un altro concetto molto importante. Perché, va ad influenzare le caratteristiche dell'organizzazione e quindi del lavoro di équipe.

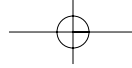
Intervento: Posso interrompere con una battuta? Per dire, che niente è scontato. Concorso degli psicologi 3 giorni fa. Prova scritta: "progetto obiettivo '99-2000: il DSM". Un concorrente: Il DSM 3 è una scala di valutazione...(?) diagnosi. Cioè, nemmeno sapeva che cosa è il DSM. Non è una barzelletta.

Intervento (continua): Se è per questo, ci sono ancora dei medici che dicono: "bisogna ricoverare al pronto soccorso questa persona, perché è pericoloso per sé e per gli altri". Forse, anche vedendo questi certificati medici...(?) è venuta voglia di mettere in piedi una nuova proposta di legge.

Va bene. Vado avanti proprio per altre 2 o 3 battute molto veloci. Poi, passerò la parola a Grazia.

Allora. Come, in un contesto culturale, organizzativo come quello di un DSM, con i centri di salute mentale 24 ore, con un'organizzazione forte, con una presenza molto rilevante e marcata sul territorio, si può lavorare? Io credo, che bisogna riferirsi ai criteri che tutti voi conoscete e che partono da questo "focus" che è l'attenzione, lo sguardo verso la persona, la storia e non la malattia.

Attenzione ad una vicenda personale, alla famiglia ed al suo contesto. Questi sono i principi. Riduzione massima degli aspetti medicalizzanti e di ospedalizzazione. Approccio globale a tutti i problemi della persona e del contesto. Interazione con le famiglie. Articolazione delle risposte in un'ottica d'integrazione e collaborazione con tutte le agenzie del territorio che si occupano di "welfare", di formazione e di lavoro. Presa in carico di tutti gli aspetti del problema della persona, non escluso quello di comportamenti di reato e degli eventuali rinvii in Opg(?). Interazione, ovviamente, con l'organizzazione sanitaria territoriale dei distretti, decentrata. Promozione, protagonismo dell'utenza. Organizzazione del tempo, così detto di stallo ecc.



Queste sono le coordinate che noi continuiamo ad indicare nei nostri progetti...(?) ed ai quali tutti i componenti delle équipes territoriali si attrezzano per dare risposta.

La domanda che io pongo è: 'esistono per questo tipo di lavoro, articolato su questi assi, quindi non articolato sulla teoria fenomenologica dell'approccio o sul...(?), o sulla psico-terapia sistemica, delle differenze, delle specificità assolute di carattere tecnico? Domanda.

Io penso di no. Cioè, io ritengo che ove si applichi un criterio di questo tipo di presa in carico, secondo tutti questi assi, e non quindi di semplice risposta tecnica ad una malattia, vi sia un'ampia sovrapposizione di saperi per tutti gli operatori dell'équipe.

E che quello di cui oggi, invece forse, si può parlare, pensando alla nostra organizzazione, è che, soprattutto negli ultimi anni, si stanno incominciando a specificare delle funzioni. Funzioni, che sono legate all'occuparsi prevalentemente di alcune di queste aree, di alcuni di questi problemi. Gli esempi, me li potete dare voi. Io ho segnato qui per esempio, l'operatore che si occupa in modo specifico dei problemi di lavoro.

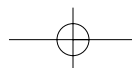
E che finisce per acquistare su questo tema, il tema lavoro, un'esperienza certamente maggiore degli altri. Una cultura, che è anche fatta appunto d'informazione e conoscenza sui sistemi legislativi, di norme, di attività specifica di enti, caratteristiche del mercato e così via. Che, ad un certo punto gli fa avere, più di altri operatori, la caratteristica di essere, diciamo, più esperto. Ma, penso, anche a quelli che si occupano del carcere, dell'Opg. Si possono fare tutti gli esempi relativi, come dire, ai progetti speciali ecc.

Quale però è la caratteristica, che secondo me è stata, c'è, e che deve - sottolineo deve, sottolineo tre volte - continuare? È il fatto che queste conoscenze, che possono essere riferite ad un operatore più esperto, devono essere socializzate all'interno dell'équipe. Perché in questo modo, non è che diventino allo stesso livello di articolazione o di ampiezza, patrimonio di tutti. Però diventano terreno, per tutti, di confronto, analisi, discussione, elaborazione riferiti al progetto di una persona, al progetto di un'azione, al progetto di un gruppo.

Quindi, il divenire esperti, degli operatori all'interno dei nostri centri di salute mentale, all'interno del nostro Spdc, non significa acquistare, come dire, dei saperi tecnici che lo rendono gerarchicamente in una posizione diversa dagli altri.

Possono, eventualmente, porre dei problemi, come stanno ponendo, a livello di organizzazione del lavoro. Questo è un altro discorso. Molto importante.

In altri termini, secondo il mio punto di vista, io ho quasi finito, anche oggi esiste in salute mentale comunitaria, una diversa possibilità d'intendere il lavoro dell'équipe territoriale. Uno, è un modello culturale ed organizzativo che consiste in un semplice ammodernamento delle categorie Psi. Ed una più aggiornata



distribuzione dei compiti e dei ruoli professionali.

In forma parcellizzata. Con il limite, abbastanza chiaro, che ci si occupa soltanto dell'area di stretta competenza psichiatrica o psicologica o psico-terapeutica. E tendenzialmente, con una delega al sociale ed alle sue organizzazioni nei rispettivi interventi.

Poi senza andare (molto) troppo lontano: il modello inglese. Modello inglese, è un modello in cui vi è un'organizzazione di questo tipo. Il sociale è abbastanza autonomo ed abbastanza sviluppato e delegato ad occuparsi di una serie d'interventi più sociali(?).

In un modello di questo tipo l'équipe psichiatrica, l'équipe territoriale certamente, come dire, è più forte della sua identità di saperi. Saperi così detti specialistici. Più definita nella costituzione. Però, primo, appare di nuovo un'équipe fortemente gerarchizzata. Io ho qui segnato: gl'infermieri nel nuovo ruolo di psicoterapeuti di livello più basso di quello dei medici.

Psicologi che continuano ad integrare la diagnosi con test di misure e questionari sempre più particolareggiati quanto inutili, molto spesso.

Terapisti della riabilitazione che eseguono procedure, protocolli riabilitativi del tutto risibili, qualche volta, in centri diurni separati dalla comunità.

Pedagogisti. Leggevo l'altro giorno, che in Sicilia, mi pare in provincia di Siracusa, un pedagogista che fa parte dell'équipe è delegato, per esempio, a svolgere degli interventi, come dire, molto settoriali nell'ambito della scuola, per conto del Centro di salute mentale. Per carità. Funzione del tutto utile, importante, ma poco collegata con il resto degli interventi che si fanno, e quindi di per sé non molto significativa.

I medici. Va beh, anche in un sistema di questo tipo, ammodernato in cui le funzioni sono un'altra volta ri-attribuite in forma parcellizzata ed ammodernata, svolge quasi sempre funzioni, come dire, di manager. Quindi funzioni di coordinamento. Questa è una funzione abbastanza sovrapponibile.

Un'altro problema, che in genere in questi modelli c'è, è legato al fatto che l'organizzazione in questo modo delle équipes territoriali fa sì, che se si fa un'analisi di circuito, quindi che non riguarda soltanto il servizio territoriale, ma che riguarda tutto il bacino di utenza, e quindi tutte le strutture che insistono su quel bacino di utenza prima o poi farà scoprire che esiste un punto di sedimentazione che è esattamente identico al vecchio manicomio.

Questo perché? Se io svolgo un lavoro che è assolutamente, diciamo, indipendente da quello dell'altro, e quindi dico: 'io mi occupo di psico-terapia, tu ti occupi della gestione del paziente "grave", è inevitabile che chi gestisce, diciamo, il settore, un segmento dell'intervento psico-terapeutico, non voglia più di tanto contaminarsi con chi invece ha bisogno, sostanzialmente, di una holding (chiamiamola così) forte



di una situazione di gestione separate.

E questo accade anche in Italia. Questo accade anche in Italia, dove in molte regioni italiane anche sviluppate, devo dire, dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria decentrata, i Diagnosi e Cura per la salute mentale, ma soprattutto le cliniche convevenzionate, e speriamo che da questa ricerca Progress...(?), a cui stiamo lavorando, ed in cui abbiamo una funzione anche importante di coordinamento, ci dia i dati finalmente reali di quante sono queste cliniche, che si convenzionano con le Asl, con le Aziende Sanitarie e ricoverano e operano con uno stile che rassomiglia molto ai vecchi manicomi; anche in Italia accadono queste cose. Questo è un modello culturale, diciamo, di servizio di salute mentale e di équipe di salute mentale territoriale.

L'altro modello culturale ed organizzativo, qui ritengo che noi come Trieste abbiamo dato un contributo rilevante, è quello nel quale un approccio come quello descritto prima, cioè un approccio integralmente territoriale, senza una selezione dell'utenza, fa sì che per i ruoli professionali, pur mantenendosi alcune differenze, soprattutto sul versante dei poteri, cioè qui non bisogna nascondersi dietro ad un dito, ci sono poteri, attribuzioni di responsabilità anche legali che per quello che riguarda l'operatività, i criteri di approccio ai problemi sono ampiamente, appunto, sovrapponibili; come funzioni di servizio. In questo modello, all'interno dell'équipe il compito più definito di chi ha funzione di dirigenza, quindi medico o psicologo, non è né quello di affermare, come dire, la supremazia del suo potere tecnico-disciplinare. Perché, in realtà si possono produrre elementi di conoscenza ed elementi di valutazione più validi ed aderenti ai bisogni di una persona anche da parte di operatori non dirigenti. E di questo sono assolutamente certo.

Io nel corso della mia storia personale, più volte ho avuto da parte degli operatori non medici, analisi, input ed illuminazioni che erano di grande valore e certamente superiori a quelle, invece, avute da medici; che si muovevano con un'ottica di distanza e di non risposta ai bisogni.

Quindi, nella nostra organizzazione lo sforzo è sempre stato e dovrebbe continuare ad essere questo. Ci parlavano, nel titolo, di indicare anche qualche indicatore di qualità, di segnalare qualche indicatore di qualità. Ora dico, volendo segnalare degli indicatori di qualità rispetto al lavoro di équipe territoriale, io mi riferirei a 3 parametri. Che, secondo me, derivano direttamente dalla nostra esperienza di de-istituzionalizzazione.

Primo. Condivisione da parte di tutti gli operatori della filosofia generale di approccio. Lettura. Risposta al problema della salute mentale così come in questi anni l'abbiamo definita e sviluppata nella pratica oltre che nella teoria, con il suo corollario fondamentale di non selezione dell'utenza per criteri di gravità.

Un secondo indicatore di qualità, secondo me, è la responsabilità di tutti gli operatori nel portare avanti le azioni necessarie, al di là di competenze rigide, preformate, per l'emancipazione delle persone seguite,

senza deleghe verso l'alto. Questo è un concetto molto importante.

Terzo punto, che si ricollega a questo, è l'indicatore di autonomia. Secondo me, dovrebbe verificarsi nell'équipe territoriale un'autonomia auspicabilmente sempre maggiore dei singoli operatori ed anche di sottogruppi, associata alla responsabilità, appunto, su progetti individuali o collettivi, ma con integrazioni nelle decisioni di piani di programmazione dell'intera équipe.

Questi sono alcuni indicatori, che secondo me sono utili da segnalare, o comunque da ricordare nello sviluppo delle nostre pratiche.

Io concluderei questo mio breve intervento con alcune domande. Domande un po' provocatorie, che eventualmente, poi, se avete voglia, affronteremo o affronterete. Corrisponde oggi, parlo di Trieste, questa visione alternativa e per certi versi unica, all'operato delle nostre équipes territoriali, sempre?

Le azioni messe in campo dai singoli e dai gruppi sono sempre coerenti a questi principi ed a queste auspicabili prassi?

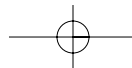
L'incremento indubbio di professionalità e di cultura che si registra oggi per le diverse figure di operatori, rappresenta un fattore facilitante come dovrebbe essere, della capacità d'intervento complessivo dell'équipe? E della responsabilità? E dell'autonomia?

Vi è talvolta, anche da noi la tendenza di un ritaglio di ruoli più tecnicizzati e come nel primo modello descritto, mettano concretamente in discussione la presa in carico globale e non selettiva dell'utenza?

Il dibattito è aperto. E ti passo la parola.

5 marzo 2003

Trascrizione contributo teorico registrato



**di Chebbi Chiheb  
Marina Colja  
Maurizio Costantino  
Leo Farina  
Paolo Mattioli  
Matilde Mendo  
Lisette Molino  
Juani Velez**

## Villa Maconda, i cui abitanti ci stupiscono ogni volta che possono.

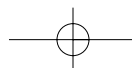
L'appartamento di Villa Maconda è nato nel novembre del 1990. A partire da quella data sono stati inseriti, gradualmente, nell'arco di sei mesi, tre ragazzi e due ragazze.

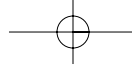
Nello stesso periodo si è esteso anche in termini di spazio: dalle iniziali due stanze all'occupazione dell'intero primo piano di Villa Renner. Tutti gli abitanti di Villa Maconda hanno lunghissime storie di sofferenza profonda e di istituzionalizzazione.

Villa Maconda nasce dalla necessità di far fronte alla carenza di strutture atte ad accogliere giovani che abbisognano di un'assistenza 24 ore su 24, a lungo termine, e di un grosso impegno per la riabilitazione. L'inizio, graduale e molto precario dell'appartamento, ha fortemente influenzato lo stile di lavoro. Il gruppo di operatori, che si andava ampliando con l'arrivo dei nuovi ospiti, si è dovuto ed ha voluto farsi carico fin dall'inizio di problemi cosiddetti organizzativi: dal reperimento del mobilio (abbiamo infatti iniziato cercando i mobili e gli elettrodomestici sul *"Mercatino"*), alla ristrutturazione ed organizzazione degli spazi (disposizione del linoleum, imbiancatura, ecc.). Inoltre, fin dall'inizio, il gruppo di operatori ha goduto di una notevole autonomia organizzativa, sia relativamente all'amministrazione economica (pensioni ed assegni di accompagnamento degli abitanti), sia rispetto alla scelta ed organizzazione dei ritmi e dei programmi di lavoro. Questa autonomia si è sviluppata a partire dal coinvolgimento e dalla collaborazione che hanno consentito di evitare la frammentazione dei ruoli e delle responsabilità.

Inoltre, poiché gli inserimenti sono avvenuti in modo graduale, per un lungo periodo siamo stati sottoposti ad una stimolazione continua, poiché ovviamente ognuno degli abitanti di Villa Maconda, entrando a far parte, portava con sé un insieme di richieste, problematiche, stimoli, propri e particolari: nuove personalità ben definite che rimettevano in discussione il modo di vivere insieme.

In particolare l'ultimo inserimento - quello di Andrea (maggio '91) - ha comportato da parte degli operatori un lungo periodo di sforzi - ancora in atto - alla ricerca delle modalità di un rapporto con lui; in particolare una riflessione ed un confronto continuo con le problematiche della violenza, esplicita e subita.





A partire da quanto detto è forse comprensibile come la prima fase di lavoro in Villa Maconda abbia visto gli operatori proiettati nella visione dell'appartamento come insieme, più che sullo sforzo di attuare programmi riabilitativi individuali. È stata la fase della presa di possesso dello spazio, non conclusa, naturalmente, ma messa in relazione, come vedremo più avanti, con una attenzione al senso che al trascorrere del tempo gli abitanti di Villa Maconda possono dare.

Ritenevamo e verificammo che la possibilità di potere usufruire di uno spazio di vita e di rapporti sociali qualitativamente differenti da quelli sperimentati nella propria precedente storia, potesse risultare un elemento terapeutico di per sé.

Gli sforzi degli operatori sono stati pertanto volti per lo più a cercare di garantire un ambiente di vita caratterizzato non solamente dalle indispensabili regole della convivenza, ma soprattutto dal rispetto degli elementari diritti degli abitanti della casa; in particolare l'accessibilità a tutti gli spazi della casa ed alle informazioni, ai momenti collettivi di discussione attorno ai vari aspetti della vita del gruppo.

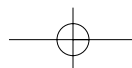
È stato garantito ad ognuno dei tre ragazzi, ed alle due ragazze insieme, uno spazio personale, una propria stanza con oggetti personali, etc.

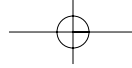
Si è cercato di garantire l'uso del denaro e delle chiavi di casa, malgrado non tutti gli abitanti siano in grado di fame uso.

Si è attuata una riduzione del dosaggio dei farmaci necessari ed una eliminazione nei casi in cui era possibile. Si è tentato di garantire il legittimo diritto ad avere momenti di ozio e solitudine, pur mantenendo l'impegno di insegnare il diritto/dovere della partecipazione alla conduzione della quotidianità della vita collettiva. Anche se abbiamo l'impressione di non aver per niente esplorato la possibilità di tenere con continuità e regolarità delle vere e proprie assemblee di casa. Cosa evidentemente diversa dalle riunioni di operatori aperte agli ospiti. Si è cercato comunque, soprattutto passando attraverso un intenso rapporto affettivo, di garantire il diritto all'espressione di una propria identità personale.

Accanto a questo, e soprattutto a partire da questo, l'impegno quotidiano è consistito nel tentativo di aiutare queste cinque persone ad apprendere il più possibile come fare a meno di noi, acquisendo o riacquisendo quelle capacità di compiere i gesti che fanno parte della quotidianità: dalla cura di sé alla cura delle proprie cose e della casa. In particolare è stata data attenzione alla cura del corpo e dell'aspetto, anche attraverso visite mediche specialistiche, l'acquisto di protesi dentarie per Nidia e Fabio, il ricovero di Fabio per la cura delle varici, etc.

Si è inoltre cercato, a partire da un lavoro di ricostruzione delle storie personali, di mantenere i contatti con i familiari. Questo a partire non solo dalla necessità di mantenere ininterrotti degli intensi legami





affettivi, ma soprattutto dall'ipotesi di far giocare ai familiari un ruolo di alleati nel lavoro quotidiano e nei progetti di riabilitazione. Questo ha comportato un intenso lavoro di confronto e di mediazione, in particolare rispetto a quei casi ove i rapporti tra familiari ed istituzione si erano storicamente irrigiditi o interrotti. Si sta quindi garantendo la continuità delle visite dei genitori in Villa Maconda e, viceversa, si sta cercando di costruire modalità nuove nell'incontrarsi e relazionarsi tra genitori e figli.

Un impegno notevole è sempre stato dedicato ai momenti di svago e socializzazione. Oltre alle gite, sono state organizzate feste, frequentate discoteche ed altre manifestazioni pubbliche. Nella primavera ed estate scorsa sono state organizzate delle vacanze.

Il viaggio a Tenerife, e la sua preparazione, hanno costituito una tappa importante nella nostra pur breve storia. Si sono create, insieme con coloro che ci hanno aiutato ad andare, condizioni nuove e diverse che ci hanno fatto modificare lo sguardo e la percezione delle persone e del nostro lavoro. Abbiamo visto dei sorrisi e delle energie, dei desideri, su una sofferenza di fondo assai profonda. Abbiamo avuto la certezza che molto era possibile.

Abbiamo poi con grande difficoltà, perché cambiamenti anche nel nostro lavoro ciò comportava, intrapreso la ricerca di situazioni formative per Paola, Nidia, Gianfranco, Fabio e Andrea.

Formative in sé. E formative rispetto alla percezione di sé. Ed abbiamo iniziato - solo iniziato - un lavoro per reperire le persone, le situazioni, le risorse, esterne a noi, che potessero aiutare ad incidere su quello che ci pare, in fin dei conti, l'obiettivo principale.

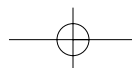
Andrea, Nidia, Paola, Fabio, Gianfranco sono e sono stati follemente impauriti. Sono coloro che sarebbero in manicomio. Sono coloro che spesso si sentono in diritto di chiedere solo manicomio.

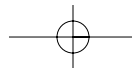
I programmi riabilitativi e formativi che possono funzionare sono quelli - e ci pare solo quelli - nei quali Andrea, Nidia, Paola, Fabio, Gianfranco sentono di riconoscersi.

Andrea che va tre volte la settimana da Monica (lavoro sul corpo e sulla immagine del corpo). Ed il giorno in cui non vuole andare, con difficoltà, scopriamo che è perché non ha fatto i compiti. Andrea che ci stupisce tutti per la serietà, l'impegno, la concentrazione con le quali lavora alla sua riabilitazione.

Andrea che vuole e non vuole vedere suo padre, perché lo ama e lo odia. Noi in mezzo, a non lasciarsi prendere nella trappola dei comportamenti distruttivi da curare, ma a cercare di determinare situazioni che stimolino sguardi nuovi tra loro.

Nidia, con cui Cristina viene due volte la settimana a lavorare (pittura, espressione di sé, cioè ricerca di sé). E che, grazie alle capacità "tecniche" di Cristina, acquerella dei fogli che oggi rallegrano i muri - e non solo i muri - di Villa Maconda. Nidia che canta. Nidia che, due ore la settimana, piega, stira, mette in ordine





insieme alla signora Gianna, guardarobiera. Nidia, di cui scopriamo, grazie a Lucia Lorenzi, che il respiro è bloccato, e non solo il respiro, all'altezza del plesso solare. Nidia che si lascia aiutare a respirare da Lucia. Fabio che per tre mesi, una volta la settimana, con un istruttore di Aikido, fa ginnastica e la fa con piacere. Fabio che lavora la terra, con piacere. Più piacere di quello che manifesta andando a scuola. Fabio che ama le feste, Fabio che si innamora.

Paola, che a casa imboccano, e che si fa trovare dalla sorella in visita da noi, mentre taglia con impegno una cotoletta. Paola che da qualche mese non grida più. Ci guarda tutti e tace, ostinatamente. Tempo al tempo. E tempo al tempo anche per Gianfranco, che si stanca riposandosi per un totale di quattordici ore al giorno nel suo letto. E si riposa stancandosi nel divano del soggiorno. All'incrocio di tutti i nostri passaggi.

Gianfranco che non riesce a ricordare e a dire perché si chiuse in casa, al Centro di Salute Mentale ed ora da noi. Ma che è capace di illuminanti sorrisi e di dolci autoironie.

In fin dei conti cerchiamo di comunicarvi qui un criterio di autovalutazione di gruppo del nostro lavoro molto semplice: Andrea, Fabio, Gianfranco, Nidia, Paola, ci stupiscono ogni volta che possono, ogni volta che si creano o che riusciamo a proporre (a proporgli, a proporci) situazioni e persone ricche. Ricche di progetti, desideri e modestia. Di che cosa abbiamo bisogno?

Per cominciare, di piccoli tempi, di piccoli spazi nell'universo dell'impresa sociale. Piccoli tempi e piccoli spazi, reali, e grandi persone, perché di più per il momento i nostri non sopporterebbero.

Troveremo lo spazio ed il tempo per Andrea nel gruppo giovani di Barcola-Aurisina (che è il suo territorio, che è il territorio che di lui è responsabile)?

Lo troveremo per gli altri?

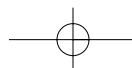
Troveremo nella produzione, nell'impresa economica, piccoli lavori che non solo i nostri possano apprendere o sappiano svolgere perché già sanno fare, ma che vogliono vivere perché li arricchiscono, perché non gli fanno paura?

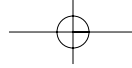
Troveremo i soldi per delle vacanze-esperienza?

Troveremo i soldi per ristrutturare con la Cooperativa "La collina" la casa ed il vissuto della casa? Una cucina per smetterla con questi pasti che arrivano dal vuoto. Una cuoca che trasformando cibi aiuti a trasformare persone? Naturalmente sono domande retoriche, nel senso che ci diamo che ci daremo da fare perché tutto ciò accada. È un percorso di formazione.

Non è che rivendichiamo risorse, ma per terminare con un discorso terra terra, vorremmo farvi notare che, tutto, tutto compreso, questa storia costa centomila lire al giorno per persona: è poco.

**Publicato in: "La foresta di pietra",  
Conferenza dei Servizi di Salute Mentale,  
Trieste, 13/14 maggio 1992,  
Edizioni "e", 1993, Trieste**





### **Su Villa Maconda.**

**Lettura critica di Cristiana Sindici,  
con l'obiettivo di capire quali indicazioni di  
metodo di lavoro e di organizzazione si possono  
estrarre dal "Villa Maconda" ed essere utili per  
una riflessione sul lavoro che facciamo**

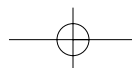
Cinque persone, tre ragazzi e due ragazze con lunghissime storie di sofferenza profonda e di istituzionalizzazione, giovani che abbisognano di un'assistenza 24 ore su 24, a lungo termine, e di un grosso impegno per la riabilitazione. Persone che portano con se richieste, problematiche, stimoli propri e particolari: personalità ben definite che rimettono in discussione il modo di vivere insieme. Problematiche di violenza, esplicita e subita, comportamenti distruttivi, persone silenziose, persone dal linguaggio incomprensibile, persone rumorose, persone stanche che sono e sono state fortemente impaurite. Sono coloro che sarebbero in manicomio. Sono coloro che spesso si sentono in diritto di chiedere solo manicomio. Queste sono i giovani con la quale l'equipe di Villa Maconda si è trovata a lavorare e da questo lavoro svolto, come trapela dal testo, con impegno ed entusiasmo, *emergono parole a prima vista inaspettate* se accostate a persone così difficili. Si parla di persone che fanno emergere sorrisi, energie, desideri, persone che rallegrano, che provano piacere, che amano, capaci di sorrisi illuminanti e di dolci autoironie, persone che si innamorano. E allora, più che sulle iniziative, sulle idee originali ed attente attraverso le quali gli operatori hanno cercato di mettere in piedi dei progetti riabilitativi individualizzati all'interno di un gruppo, vorrei soffermarmi su alcune espressioni che hanno catturato il mio interesse in quanto fanno riflettere sul metodo di lavoro.

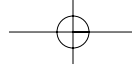
- Stile di lavoro
- Organizzazione dei ritmi e dei programmi di lavoro
- Lavoro di confronto e di mediazione
- Autonomia organizzativa

Differentemente da come si può pensare il lavoro in psichiatria (a Trieste) non è affidato alla casualità, alla creatività, all'iniziativa estemporanea. Esiste uno stile di lavoro, un metodo, che ogni équipe ricerca e personalizza a seconda degli operatori stessi, dei soggetti con cui ci si trova a lavorare e dalla situazione spazio-temporale. *Uno stile arricchito da tutte le singolarità che lo compongono e che si determina, a poco a poco, con il confronto.* Ecco perché sono così importanti le riunioni di *équipe: sono lo spazio più definito e sistematico nel quale mettere in comune informazioni, impressioni ed idee, ma anche dubbi e paure.* Oltre a dar modo di organizzare materialmente il lavoro, danno modo di riflettere, mediare, modificare, crescere.

- Farsi carico
- Visione dell'appartamento come insieme
- Evitare la frammentazione dei ruoli e delle responsabilità

Alcune delle espressioni chiave dal quale un gruppo di operatori non può prescindere nel lavoro territoriale





e nel lavoro sulla residenzialità. L'operatore si fa carico di tutte le questioni che riguardano la casa e i suoi abitanti e farsi carico significa (come ci ricorda Eugenio Azzola nella "Casetta") non essere responsabile per lui (utente), bensì di fronte a lui, tenendo sempre presente la persona nella sua totalità e non riducendo l'essere operatore della salute mentale a un tecnico che si occupa solo di alcuni aspetti della persona.

- Coinvolgimento e collaborazione
- Presa di possesso dello spazio
- (Spazi di vita e sociali) qualitativamente differenti

Il coinvolgimento e la collaborazione implicano un'appropriazione degli spazi anche da parte degli operatori che devono essere integrati con la casa e le sue attività e non elementi estranei, perché solo sentendosi parte di un progetto, fisicamente ed affettivamente, si può realmente entrare nel merito della qualità delle azioni proposte. *Ciò che aspira ad essere qualitativamente alto deve esserlo sia per l'utente che per l'operatore.*

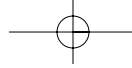
- Cercare di garantire
- Si è tentato di garantire il legittimo diritto
- Insegnare il diritto/dovere

Garantire un diritto significa innanzitutto renderlo chiaro, soprattutto per la persona stessa. In secondo luogo bisogna mettere la persona nelle condizioni di poterlo conquistare e/o di poterne godere. Un diritto può essere qualcosa di necessario, legittimo, ma può lasciar spazio anche ad una scelta ed allora dobbiamo innanzitutto conoscere e far conoscere e poi tentare di garantire un diritto nel rispetto di ciò che la persona esprime, anche se a volte questo mette l'operatore davanti a interrogativi di carattere etico di non facile soluzione.

- Attuare programmi riabilitativi individuali
- Ricerca delle modalità di rapporto con lui (utente)
- Programmi riabilitativi e formativi nei quali sentono di riconoscersi

Cosa fa un operatore all'interno di una residenza? La tanto declamata attuazione di programmi riabilitativi individualizzati è strettamente legata alla reale conoscenza che l'operatore ha della persona che ha di fronte, *conoscenza che passa attraverso la sua storia, il fare insieme e quindi una personale ricerca delle modalità di rapporto, diverse da persona a persona* e meno scontate per chi ha difficoltà ad esprimersi o lo fa in modo da far cadere l'attenzione degli operatori più sulla forma che sul contenuto.





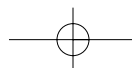
- Esplorato la possibilità
- Di che cosa abbiamo bisogno?
- Troveremo, troveremo, troveremo, troveremo?
- È un percorso di formazione

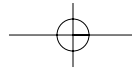
La conoscenza è fondamentale nella salute mentale, ma è una conoscenza data da un percorso di esplorazione, non stabilita a priori. Molte volte si tratta di fare dei tentativi, di varcare quei limiti che noi stessi imponiamo. È una ricerca di uno stile, di un metodo, di un'idea, ma in fondo anche la ricerca di ciò che abbiamo bisogno, sia in termini di risorse che di necessità. Cercare, trovare, forse, ma comunque cercare, provare, ri-mettere in discussione e non fermarsi. Ogni obiettivo raggiunto diventa punto di partenza per il raggiungimento di un altro obiettivo, siamo sempre in un percorso di formazione, anche nel lavoro quotidiano.

- Determinare situazioni che stimolino sguardi nuovi tra loro
- Si sono create condizioni nuove e diverse
- Ci hanno fatto modificare lo sguardo e la percezione delle persone e del nostro lavoro
- Non lasciarsi prendere nella trappola
- Criterio di auto-valutazione di gruppo: (gli utenti) ci stupiscono ogni volta che possono

Situazioni nuove e diverse sono molto spesso quelle situazioni che comportano un *rischio*. L'operatore che crea, determina, propone una situazione nuova per se e per l'utente va senz'altro incontro ad un rischio che è però la condizione necessaria nella ricerca di una strada da intraprendere, soprattutto quando ci poniamo come obiettivo il cambiamento. Ripercorrere strade già intraprese, riproporle in modo indistinto a chi ci troviamo di fronte, può sembrare una soluzione più sicura che però si trasforma in una trappola. La trappola è quella della mancanza di curiosità, del vedere l'uno o l'altro con gli stessi occhi o attraverso gli stessi occhiali, quelli dello stereotipo che si trasforma, anche per l'operatore, in una sorta di stigma che prevede l'applicazione di un unico modello risolutivo e che quindi non lascia spazio all'imprevedibilità dell'immanenza. Spesso sono le persone, messe in situazioni diverse, a stupirci, a stupirsi. Persone che fino a quel momento avevamo visto e si erano viste in un determinato modo, possono cambiare, trasformarsi e la nostra risposta a questo cambiamento può e deve essere un parametro di auto-valutazione.

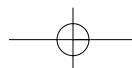
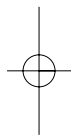
- Lungo periodi di sforzi
- Con continuità e regolarità

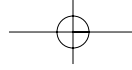




- Impegno quotidiano
- Tempo al tempo
- Piccoli tempi e piccoli spazi, reali, e grandi persone

Il tempo è un elemento che ricorre. Il lungo e faticoso tempo che ci diamo in un percorso riabilitativo o quello necessario per un cambiamento che richiede impegno, costanza, regolarità ma anche di... tempo al tempo, a ciascuno il suo, contratto, dilatato o frammentato. Per ogni cosa un tempo e molte volte, cose che possono apparire piccole a noi sono grandi per chi ci sta di fronte o forse noi dobbiamo fare lo sforzo di riportare tutto a dimensione umana, anzi, personale, che molto spesso significa proprio offrire piccoli tempi e piccoli spazi, ma assolutamente reali, abitati da grandi persone.





di Maurizio Costantino

## Appunti per una griglia di indicatori di qualità nel lavoro territoriale.

“Cosa abbiamo fatto noi per aprire l’istituzione? Aprire l’istituzione non è aprire la porta, è aprire la testa di fronte a questo “malato”.

Direi che abbiamo cominciato a dare fiducia a queste persone sapendo che, per esempio, avrebbero bevuto ancora, ma se non fossimo entrati nel rischio del rapporto con la persona, se noi non avessimo cominciato a considerare il nostro mestiere come un mestiere con dei rischi reali, io penso che l’istituzione sarebbe stata sempre chiusa, avrebbe avuto (ancora) il lucchetto”.

Franco Basaglia, *“Lezione agli infermieri”*, 1976

### **Alle fonti di alcuni concetti e parole (naturalmente, da dibattere)**

Due premesse, che vi chiedo di condividere:

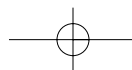
1. questa persona, questo utente non sarebbe di fronte a noi, se lui stesso e quelli intorno a lui non fossero già arrivati - con fatica - alla conclusione che da soli non ce la fanno;
2. non farcela, non capire cosa (ti) succede e come ri-tornare sano, è molto spaventevole. Per quanta paura chi soffre possa fare agli altri, ciò non è niente rispetto alla paura che egli stesso ha.

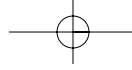
**“Esperienza, ‘experience’ per le culture di lingua inglese, è parola cruciale.**

**È vita che cresce su se stessa, che si stratifica evento su evento, sorpresa su sorpresa, dolore su dolore; e il risultato è la forma del sapere, è il sapere stesso. Senza esperienza non c’è sapere che resista al tempo.”**

Enzo Siciliano, recensendo un nuovo libro di Martin Amis, *“La Repubblica”* 3.01.03

**“Quando un bambino impara a camminare ed a muoversi da solo i genitori lo lasciano salire su un divano o su una sedia, ma non farebbero lo stesso se l’obiettivo della scalata fosse il davanzale della finestra al terzo piano.**





Qual è il motivo? È semplice: è abbastanza facile che il bambino cada, e se cade dal divano, pur facendosi male, può tentare di nuovo; un volo da dieci metri invece, probabilmente porrebbe fine ad ogni ulteriore esplorazione. Pare proprio che non ci possa essere un reale apprendimento in assenza della possibilità di errori ripetibili. Quindi se pensiamo che apprendere sia una cosa positiva, dobbiamo permettere che gli errori accadano.”

E.U.Von Weiszacker, *“Perché dobbiamo apprezzare gli errori.”*, in *“SE” - Scienza Esperienza*, febbraio 1987

“Il reale all’interno del quale si declina la pratica riabilitativa è costituito dall’insieme dei luoghi, dei tempi, delle relazioni che fondano la quotidianità. I tempi che scandiscono il vivere quotidiano, gli spazi della casa, del quartiere, della città, le relazioni quotidiane e banali. Potremmo dire che la Riabilitazione è la pratica dell’ovvio, il riapprendimento della banalità, la valorizzazione del ritmo che esiste fra gli oggetti ed il corpo che fra essi si muove, il rispetto per il rapporto fra tempo interiore e tempo sociale, l’integrazione di memoria e progetto, l’acquisizione della misura delle distanze fisiche e psicologiche, la conquista della consapevolezza dei diritti e del diritto alla consapevolezza.”

Benedetto Saraceno

... “Ma l’ovvia scoperta della libertà cui lo psichiatra sembra essere giunto, presuppone in lui la conoscenza della sua personale libertà: il superamento cioè di un rapporto oggettivo con il paziente, nel quale non può vedere solo un isolato oggetto di studio o di analisi che gli si offre in una relazione alienante di servo-signore (si resterebbe sempre in un clima di pseudo-libertà alla Pinel), ma un soggetto in cui può riconoscere la sua personale soggettività e libertà”.

Franco Basaglia, *“La distruzione dell’ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello “spazio chiuso”, considerazioni sul sistema “open door””* - 1964

“A quanto pare non vi è fattore più efficace di un’altra persona per rendere un uomo più vivo al suo mondo, oppure per disseccare la realtà in cui egli dimora, con un’occhiata, un gesto, un’osservazione”.

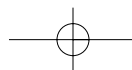
Ervin Goffman, *“Asylum”*

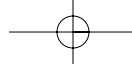
“La libertà non è uno spazio libero, libertà è partecipazione...”

Giorgio Gaber

“Nella nostra epoca, l’esperienza della follia si compie nella calma di un sapere che, per conoscerla troppo, la dimentica”.

Michel Foucault





**“L'aspetto terapeutico del nostro lavoro è dunque vivere dialetticamente le contraddizioni del reale”**

Franco Basaglia, in *“Che cos'è la psichiatria?”*

Gli operatori di Trieste al Réseau Internazionale di Alternativa alla Psichiatria del 1977:

**“... l'alternativa alla sanzione non può essere la semplice tolleranza della “follia”, ma l'imparare a sostenere l'incontro con l'altro, (incontro) che è reale e significativo solo se non separa la sofferenza in spazi ed ideologie; apprendimento che permette nello stesso tempo la non espulsione della diversità ed il riconoscimento della propria diversità... Questo limite/verifica - costituito per i “malati” dalla presenza di altri, con il rifiuto della pausa del rapporto quando essi non possiedono più le regole per sostenerlo senza problemi - rappresenta l'unica possibilità per un incontro/confronto/riconoscimento tra i bisogni della persona che soffre ed i bisogni di quelli che continuano ad avere un rapporto con lui... ciò significa cercare di rendere possibile questo incontro, il rifiuto di organizzarlo secondo forme di socializzazione precostituite...”.**

AA.VV., *“Il Circuito del Controllo: dal manicomio al decentramento psichiatrico.”* - 1978

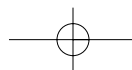
Le attitudini, scelte, metodologie - nel disegno che segue solo figuratamente alla periferia - concorrono alla esperienza di un progetto; un progetto, un vero e proprio percorso, che esiste e si sviluppa attraverso le relazioni che lo sostanziano.

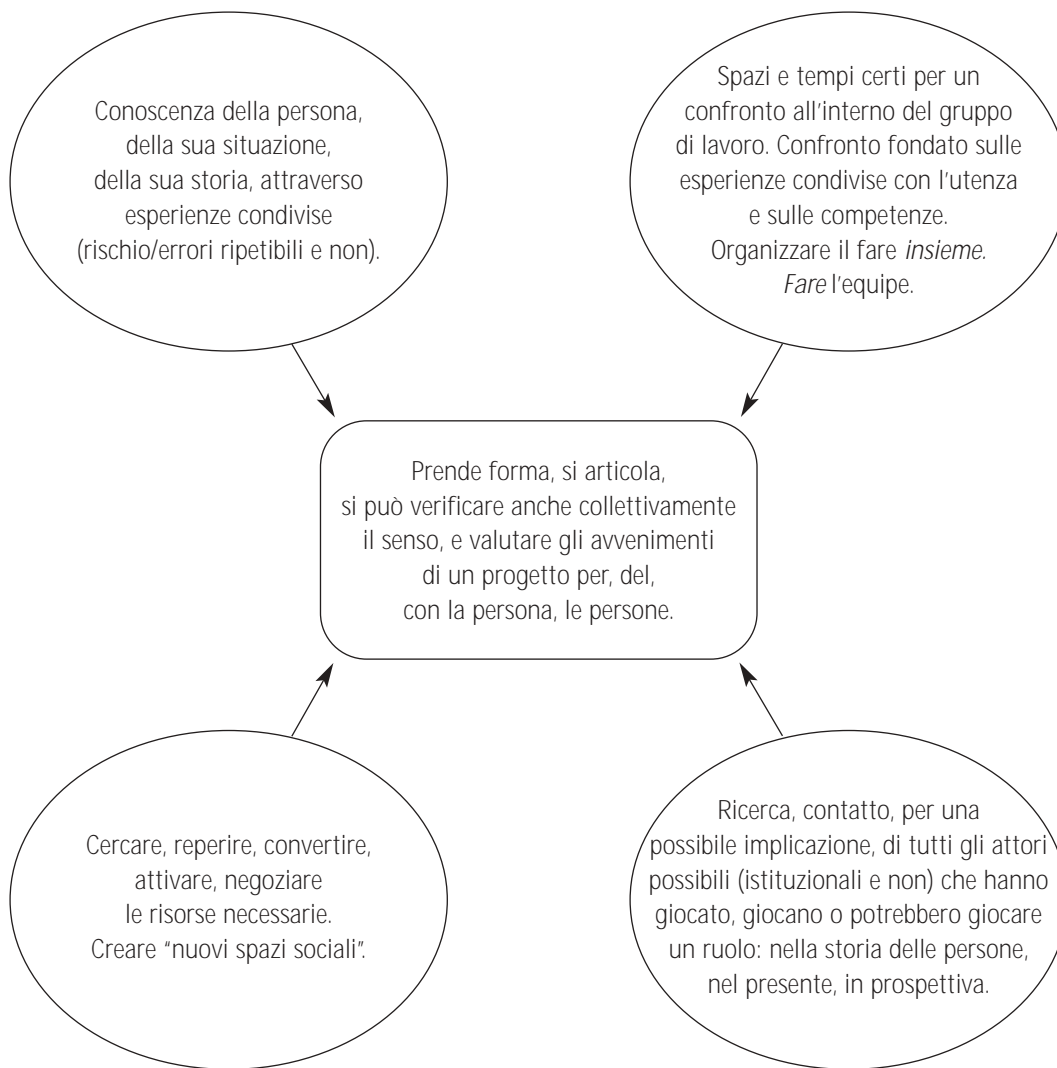
Si danno, si possono dare, superamenti di quella incapacità ed impossibilità di condividere che le persone non riuscivano più a sopportare.

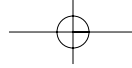
Una griglia per osservare come ci organizziamo e quali sono gli effetti dell'organizzazione che ci diamo (organizzazione che è, se non pienamente, moltissimo nelle nostre mani - soprattutto nei “dettagli”, come ad esempio le condizioni nelle quali ci incontriamo).

È uno sguardo che si rivolge al come facciamo le cose, è uno sguardo sul metodo attraverso il quale organizziamo le relazioni (tutte le relazioni) nel nostro lavoro, è uno sguardo sulle condizioni dell'incontro tra i tre soggetti/oggetti del nostro essere/lavoro (io, la persona che ho di fronte, i nostri rispettivi contesti e quindi: famiglia, équipe, e via via allargando).

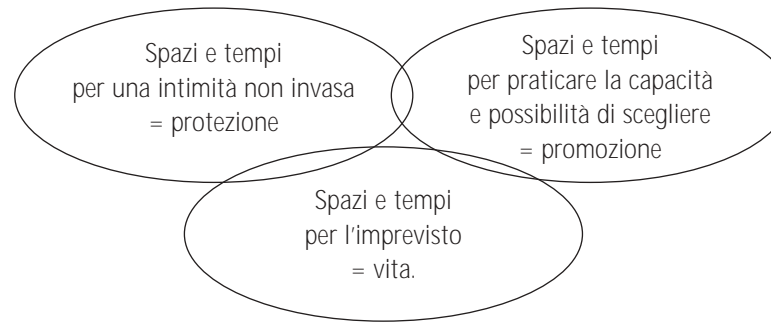
Sono solo metodologie: hanno il pregio - come la deistituzionalizzazione ha dimostrato - di poter essere strumenti alla portata di tutti e di ciascuno.







Le quattro caratteristiche alla periferia si alimentano a vicenda e possono confluire al centro: un progetto praticato, che garantisca, a ciascuno ed a tutti:



### Riconoscere le pratiche manicomiali

A. PADIGLIONE "CRONICI" DI UN OSPEDALE PSICHIATRICO. 1988.

Ai due lati di uno stretto ed oscuro corridoio si aprono le porte di dieci antiche celle di isolamento, utilizzate ora come camere individuali.

Le porte, di legno pesante e con doppie serrature, hanno una piccola finestrella.

Le mattonelle del pavimento sono quelle previste, bianco sporco e nere. I muri, scuri, di colore indefinibile.

In ogni stanza un letto ed un comodino di ferro, bianchi. Finestre con le sbarre.

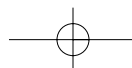
Qualche porta è aperta, qualche stanza è vuota.

Una è perennemente occupata. Guardiamo dentro.

Una mano pende dal materasso. Al polso una cintura di cuoio. Del resto di un corpo si riesce solo ad immaginare che sia in posizione fetale, avvolto come è da un groviglio di lenzuola.

Il signor B. ha trenta anni ed è ricoverato da due.

La sua storia la si può ricostruire a spezzoni. Nessuno dell'équipe la conosce nella sua interezza, per quanto ciò sia possibile.



È arrivato alla psichiatria alla morte del padre, avvenuta due anni dopo quella della madre. Finché i genitori erano in vita il signor B., handicappato psicofisico, ha vissuto senza uscire quasi mai di casa. Qualcuno dice che è legato al letto perché lui stesso lo richiede, facendosi capire come può. Altri dicono che comunque legarlo è necessario perché mangia le lenzuola e rischia di soffocarsi. Qualcuno gli porta da mangiare nella sua "camera" e lo imbecca, senza slegarlo. Altri lo slegano e si sforzano di farlo mangiare lentamente; talvolta credono di intravedere degli sguardi, dei gesti che forse vogliono dire qualcosa.

Una volta ho visto un'infermiera accompagnarlo al refettorio; tenendolo a braccetto, attraversando la lunga galleria (a vetri infrangibili) dove passano gran parte della loro giornata la maggior parte degli altri ricoverati. Alcuni infermieri però dicono che è meglio che mangi in camera sua perché gli altri gli fanno paura.

Il signor B. pesa circa 40 chili, non ha quasi più denti, e si muove con grande difficoltà.

Lo psichiatra responsabile passa nel servizio una mattina per settimana ed incontra gli infermieri in servizio (gli altri no, e comunque mai quelli del turno di notte), incontra poi nel suo studio alcuni pazienti, alla presenza di uno o due infermieri.

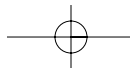
I conflitti all'interno équipe sull'atteggiamento da prendere nei confronti del signor B. sono latenti, raramente esplicitati in situazioni collettive in vista di una qualunque operatività: chi "fa" accusa gli altri di mettere i bastoni tra le ruote, di disfare al pomeriggio ciò che è stato fatto al mattino; chi fa solo quello che il mansionario e le abitudini dicono di fare, accusa gli altri di ingenuità, di pietismo, di carrierismo, ecc. ecc... i conflitti si moltiplicano, i rancori si consolidano; ognuno si difende come può.

Cercando di capire, e di mettere in comune ciò che si sa del signor B., si scopre che i genitori possedevano una gioielleria, che erano ricchi, che B. ha ereditato, ma che essendo sotto tutela...

Un'infermiera "confessa" un episodio. Un giorno è uscita dal padiglione, con B. a braccetto, per una passeggiata nei giardini dell'Ospedale. Si è ritrovata, senza sapere bene come, a passare davanti il grande portone di accesso. Con un misto di coraggio e di irresponsabilità istituzionale ha varcato la soglia verso il fuori, e il signor B. con lei.

Hanno camminato in mezzo alla gente e, poiché non c'erano da parte di B. né segni di inquietudine né manifesta voglia di rientrare, quest'infermiera lo ha portato a casa di sua madre, che abita nei paraggi dell'ospedale. Pare, a quel punto, che il signor B. abbia esplorato l'appartamento e, vinto forse dalla stanchezza, dai ricordi, dalla malinconia, si sia allungato sul grande letto matrimoniale.





Sono poi rientrati all'Ospedale, così come se ne erano usciti.  
In silenzio.

Per evitare:

- di non essere creduta;
  - di essere accusata di andare oltre le sue mansioni;
  - di essere accusata di essersi messa nell'illegalità (essendo B. in ricovero obbligatorio);
  - di essere accusata di aver corso in maniera irresponsabile dei rischi gravi;
  - di rinfocolare conflitti ed incomprensioni più o meno latenti équipe;
- questo episodio non era mai stato raccontato e discusso.

Emerse poi che il tutore del signor B. era una sua zia, sorella del padre, che era venuta una sola volta a trovarlo e che era praticamente fuggita, per i sentimenti che la vista del padiglione e dei suoi abitanti gli aveva scatenato.

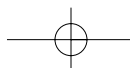
Qualcuno aveva fatto in tempo a intuire che questa zia poteva essere una persona disponibile.  
Non era mai più stata contattata dal servizio.

Nel dibattito apertosi all'interno équipe nel corso della valutazione emerse che:

- era necessario verificare se vi erano un certo numero di iniziative concrete da prendere, senza addentrarsi per il momento nelle interpretazioni, o piuttosto nella valorizzazione di alcune impressioni a sfavore di altre. Ad esempio: era credibile che B. stesso facesse capire di voler essere legato, ma era anche vero che, se lasciato solo, slegato, nella sua stanza, rischiava di soffocarsi masticando e cercando di inghiottire le lenzuola;
- un progetto personalizzato non può che partire dalla storia e dalle risorse affettive, culturali, economiche della persona in questione, del suo contesto e del servizio a cui è affidato o si affida;
- spesso queste risorse possono apparire, e talvolta sono, veramente minime.

Le prime indicazioni di lavoro che emersero dal dibattito furono:

- contattare la zia, a casa sua. Meglio se da parte del medico responsabile stesso;
- cominciare, molto discretamente, a ricostruire con la zia la storia della famiglia e di B.;
- verificare la disponibilità della zia, in quanto tutore, ad utilizzare il denaro di B. per progetti di riabili-



tazione (ginnastica, piscina, nuovi vestiti, alfabetizzazione, eventualmente un accompagnatore esterno équipe...);

- verificare, magari in un secondo tempo, la disponibilità affettiva della zia (potrebbe B. accompagnato da qualcuno équipe, andare a mangiare da lei una volta? od andare a prendere un the in giardino, un pomeriggio? naturalmente per sapere se c'è un giardino occorre essere andati almeno una volta a casa di questa zia!);
- non "dimenticarlo" nella sua stanza, e cercare di fargli fare più moto possibile;
- osservare le reazioni di B. a qualunque novità propostagli e derivante dagli altri punti;
- osservare le nostre reazioni, in quanto équipe, alle sue reazioni, discuterne;
- dotarsi di momenti fissi e continui nel tempo, di confronto interno équipe;
- informare la zia delle novità;
- .....

Si osservò anche che la lista poteva essere virtualmente infinita, poiché ogni azione avrebbe potuto rivelare nuovi scenari ed attori, e risorse - anche su piani diversi da quello dell'azione. (Ecco che parlare di soldi con la zia, ci può far scoprire l'esistenza di un padrino di battesimo...).

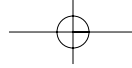
È ovvio che "condividere esperienze" ci compromette. Ed anche, in un certo senso, ci mette in condizione di vulnerabilità.

E, tanto quanto assumere il rischio ci può aiutare nella scoperta delle qualità, dei contenuti, dei messaggi che si manifestano nell'incontro, altrettanto ci espone ad aspetti di noi di cui potremmo essere poco consapevoli, e che possono essere difficili da accettare, e persino da guardare.

**"Nel momento in cui lo psichiatra rinuncia a comprendere il malato e si limita a catalogarne il grado di "incomprensibilità", si mantiene inevitabilmente nel terreno di pregiudizi in cui l'alienazione prende forma. Ciò significa che per uscire da questa dimensione ed avvicinarsi al malato secondo un diverso approccio, lo psichiatra deve prima di tutto affrontare una lotta con se stesso per poter criticare dall'interno le motivazioni, le aggressività e le proiezioni che - come espressione della società di cui è il rappresentante - sono inevitabilmente presenti nel suo rapporto con il malato".**

*"Crisi istituzionale o crisi psichiatrica?", 1967*

#### **Ancora alcune note**



Alla "distanza" ed allo "incontro", Basaglia ha dedicato un'intensa attenzione. La pratica e le riflessioni su queste entità sembrano quasi (anche leggendo gli "Scritti" nella loro cronologia) le basi su cui poggiare quando poi si passa alla pratica delle istituzioni, alla loro negazione (pratica) attraverso la costruzione di condizioni perché l'incontro ci sia.

Scrive infatti Basaglia:

**"Non c'è possibilità di comprensione psicologica di un individuo senza aver vissuto il modo in cui tale individuo ha concepito il mondo."**

*"Il mondo dell'«incomprensibile» schizofrenico", 1953*

**"Dobbiamo per prima cosa conoscere la "nozione di vita umana" (Minkowski), considerando che la "vita" in quel tanto che è "umana" ha in sé tutte le possibilità dell'essere e soltanto conoscendo tutte queste possibilità saremo in grado di stabilire un rapporto con l'ammalato e solo in questo senso l'«incontro» potrà avvenire. In tal modo il medico non può restare estraneo alla situazione che viene a crearsi: essa fa partecipare nello stesso istante due individui l'uno dell'altro, è una relazione che unisce la nostra esistenza a quella del soggetto che ci sta di fronte e solamente così potremo renderci conto del valore essenzialmente umano che si manifesta in un rapporto."**

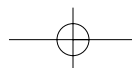
*"Alcuni aspetti della moderna psicoterapia", 1954*

**"È qui, nel mio costituirmi come "persona" che il mio corpo - aperto e vulnerabile - si staglia in mezzo agli altri ed alle cose. È ora necessario che esso mantenga dall'altro e dalle cose una distanza sufficiente a permettergli di riconoscere nel proprio corpo la presenza dell'altro come propria alterità... È dunque necessario che (io) conservi per - vivere con gli altri - delle distanze, che crei degli intervalli perché la prossimità e la vicinanza con gli altri non degeneri in promiscuità, perché la presenza dell'altro non invada il mio spazio. Il mio corpo deve conservare la propria unicità e non essere pressato dalle cose se vuole comunicare con esse: altrimenti si troverebbe in esse imprigionato ed identificato. La possibilità di comunicare, di costruire una modalità di alterità, di creare un dialogo, presuppone una spazialità distanziata, un silenzio da cui nasca la parola, uno sguardo da cui nasca il vedere".**

*"Corpo, sguardo, silenzio", 1965*

Una distanza che, quando una persona arriva ad un Servizio (di salute mentale, ma non solo!), è data, già tutta lì. Vuota.

Un'ipotesi che avanza è che sia necessario darle corpo: colori, densità, odori, interrogazioni, intuizioni.



Che sia attraverso la scoperta di ciò che ci fa diversi che questa distanza diventa concreta, legittima, praticabile, superabile a volte, a volte no. Ma comunque, costitutiva.

Un vuoto, non negato ed apparentemente riempito dai ruoli - di malato e curante, di informazioni riferite a manuali diagnostici od a cartelle cliniche.

Al contrario, un vuoto che potrà riempirsi da sé, se non ci affrettiamo a riempirlo artificialmente. Proprio un silenzio necessario perché nasca una parola, uno sguardo da cui nasca il vedere. Parola e sguardo originali, propri di quel, e solo di quell'incontro; e, negli spazi sociali, di quei, e solo di quegli incontri.

**“Cosa abbiamo fatto noi per aprire l'istituzione? Aprire l'istituzione non è aprire la porta, è aprire la testa di fronte a questo “malato”. Direi che abbiamo cominciato a dare fiducia a queste persone sapendo che per esempio avrebbero bevuto ancora, ma se non fossimo entrati nel rischio del rapporto con la persona, se noi non avessimo cominciato a considerare il nostro mestiere come un mestiere con dei rischi reali, io penso che l'istituzione sarebbe stata sempre chiusa, avrebbe avuto il lucchetto.”**

*“Lezione agli infermieri”, 1979*

Quattro filtri di osservazione come strumenti di migliore messa a fuoco della nostra capacità (di Servizi e di singoli operatori) di assumere i rischi della nostra professione.

Una griglia per comprendere e valutare la qualità, il senso, la direzione, l'articolazione nel quotidiano, del nostro lavoro, del metodo che cerchiamo di avere nell'esperienze di servizi per la salute mentale.

Una griglia che aiuti a comprendere meglio, a cogliere i punti di incontro tra la mia personale ricerca di benessere e quella degli altri, attraverso le istituzioni che ci connettono.

di Eugenio Azzola

La casetta  
[estratto]

Isa mi riceve sulla porta e mi presenta Fv.: sta uscendo in quel momento con dei giornali sottobraccio, mi dà una mano dura e ripete tre volte il mio nome. Sembra alto di statura, anche se non lo è. È stretto, piuttosto. Dalla porta vedo A. disteso sul divano, è lui quello che dovrei temere più di tutti, a quanto ho sentito. Ha l'aria di un bambinone obeso e beato, ha trentacinque anni, la testa rotonda come la luna e i capelli delle tempie tutti bianchi.

Isa spiega: - Ha appena fatto crisi, ha preso la terapia, adesso sta buono.

Hm..., terapia? E cosa sarà questa crisi?

Seduto davanti alla TV c'è anche S., austero e severissimo, mi guarda fissamente e tace.

Su una panca di legno si dondola G., uno straccio di maglietta addosso, pancia e schiena scoperte.

Per finire le presentazioni, Isa mi porta nella camera di Fd., che è nascosto sotto le coperte, al buio, e non vuole saperne di me. Isa gli va vicino con delicatezza e gli scopre il viso, scuro e barbuto come quello di un pescatore meridionale. Fd. a un tratto le afferra un avambraccio e si fissa su un punto della pelle. Tenta di grattarlo con l'unghia dell'indice.

Isa: - No, NO! È un neo, non devi togliermelo.

Fd.: - Ah, eh, sì.

Il telefono non sta suonando. S. va a rispondere.

- Chi era, S.?

- Una donna, ha detto che devo restare qui.

G. è un ragazzo dai capelli corti tutti grigi, le braccia che penzolano o si fanno avanti per afferrare qualcosa, di solito il pane, gli occhi celeste sbiadito, sembrano quelli di un cieco.

La mia prima doccia.

G. esce nudo dalla sua camera, tutto sporco del sangue e della cacca che nottetempo si è estratto con le sue dita corte e lente.

Assisto e collaboro al lavaggio di G., non scioccato ma un po' spersonalizzato e ottuso da questi odori e immagini. Dopo la doccia Isa gli fa alzare le braccia e con mia sorpresa gli spruzza il deodorante.

Penso: "Addirittura, cosa se ne fa?", ma poi nella mattina coi raggi di sole dalla finestra vedo questa bella nuvoletta luminosa, giunge anche alle mie narici, profumo economico di fiori, è buonissimo, un miracolo, tutto rallenta, l'attenzione forzata su G. si solleva e io mi sento liberato.

S. tiene sempre la bocca aperta, si vede qualche molare pendere dal palato o emergere come un sassolino dalla distesa rosa e molle della lingua. Ha i baffi bianchi e neri spesso pieni di croste. Cammina accompagnando il passo con una scossa in avanti del busto e della testa, somiglia a una gallina che becca.

Ogni tanto A. "fa crisi".

Ripete, sempre più forte: - Ti-di ti-di, ti-di ti-di - oppure - Ciuri-furi, ovi-du-ri, ovi-du-ri! - (tratto dalla canzone "Tutti Frutti" di Elvis Presley), batte le mani che non fanno clap! ma pof!, perché le tiene a conchiglia. Allora non si riesce più a fare niente di utile con lui. Sputa e dà pugni. Può durare anche tutto il giorno.

Per calmare A. e dirottare la sua energia spesso lo prendiamo a braccetto e lo portiamo a correre per strada. Insceniamo di essere i suoi allenatori, e lui il campione.

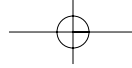
Arranca, non ce la fa, è grasso, non si muove mai, e ha una paura terribile di cadere in avanti, soprattutto scendendo i quattro scalini della casetta. È anche questo che lo fa muovere, altrimenti cadrebbe davvero, se non recuperasse l'equilibrio mettendo un piede davanti all'altro, come tutti i bipedi.

Avanza pesante, mentre lo sostengo, cerco di trasmettergli il mio slancio e faccio una fatica enorme.

Lui grida - Basta! Baaaa! - disperato, butta fuori la voce in un rantolo implorante, è quasi sul punto di piangere. Suda subito copiosamente, diventa tutto rosso e soffia il respiro come un mantice, come respirerebbe chi ha fatto la corsa che lo ha portato in salvo (correre o morire). Sprofonda nel suo stesso respiro. A quel punto scopro quanta pena mi sta facendo.

Fd. ha una pancia rotonda e protesa in fuori. Tutto qui, perché non è grasso. Sembra incinto. Per prenderlo in giro gli abbiamo chiesto quando sarebbe nato, che nome voleva dargli. Ha risposto: - Pane.

Vado a svegliare S. e trovo che ha fatto la pipì a letto. Ha anche le mutande piene di cacca già un po'



diluita e propagata sul lenzuolo. Lo porto in bagno, lo svesto e lo faccio aspettare dentro la doccia mentre metto a mollo le mutande in una bacinella. Il quadro è questo: la casetta silenziosa perché tutti dormono ancora, dalla finestra aperta entra la luce bianca del mattino, S. è nella doccia fermo e quasi non riesce a stare in piedi, si è affaticato durante la notte, l'acqua del rubinetto sembra ferma, entra nella bacinella e non fa rumore, anzi, produce silenzio. In quest'attesa, dal sedere di S. curvo e traballante stillano delle gocce marroni che fanno cik! sulle piastrelle della doccia.

S. è a tavola per fare colazione: indossa già il bavaglino, c'è un piatto di biscotti e dobbiamo portargli il tè, ha la tazza vuota. Ma S. non aspetta. A uno a uno inzuppa i biscotti nel nulla e li mangia.

Fd. è senza denti ma gli hanno fatto fare la dentiera. Se non che, l'ha persa o buttata via di nascosto, non si sa. Ilen è appena tornata dopo quasi due mesi di ferie nel suo paese, il Brasile. È la responsabile della casetta ed è un pezzo di donna, tre figli, ma è sola, un lavoro di giorno e uno di notte per tirare avanti. Incarna quel misto d'indolenza e di prontezza tipicamente sudamericano; è sempre stufa, ma non è mai stanca, anche se lo vuol far credere.

Le annunciano che la dentiera non si trova, dieci milioni.

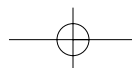
Ilen che ha visto la vita, seccata ma con un vago umorismo allora risponde: - Era meglio se perdeva i coglioni.

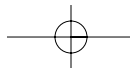
S. ha una mano chiusa e indurita a pugno, riesce a muovere solo il pollice. La usa così com'è per andare nel piatto e spingere la pastasciutta sul cucchiaino, che tiene con l'altra mano. Spesso, nel primo pomeriggio l'ha sporca di sugo.

A forza di stringere il pugno l'unghia del pollice è cianotica, mentre la pelle del palmo è crepata e bianca come quella del Proteo\*, che non vede mai il sole.

Siamo a pranzo dalla mamma di A., e A. chiede notizie di tante persone. Fra queste, le due signore che vivono nella finestra piccola e in quella grande. Le chiama proprio "La signora della finestra piccola" e "La signora della finestra grande": lo stesso modo di configurare l'esterno che un bambino dalla sua cameretta, dal suo piccolo mondo, osserva giorno dopo giorno.

Vede queste signore apparire, sparire e fare cose, cosa faranno?, e non gli occorre sapere altro. Se magari si chiamano Elvira, Lucia o Caterina, il bambino non capirà. La signora non si chiama, la signora - È!- quella della finestra piccola.





Sabato mattina. Dal letto di S. esce un odore tremendo. Tolgo le coperte e osservo, con una strana meraviglia. Il suo pannolone aspetta da ore di essere cambiato. Non a caso S. è disteso sul fianco, mentre di solito dorme a pancia in su. L'urina gli ha impregnato la maglia fino alle ascelle.

Prima di farlo entrare nella doccia gli tolgo il pannolone, si squarcia come un giornale bagnato. La puzza è così intensa e urgente che mi sembra di avere la faccia stretta dentro un guanto.

S. entra nella doccia e quando le sue gambe superano lo scalino piastrellato bianco gli cascano dal culo due fagioli. Li raccolgo, sono perfetti, pulitissimi e ancora sodi. Mi domando quando abbiamo mangiato fagioli. Ah sì, giovedì.

Fd. ha paura del vento.

Tocchiamo questo argomento durante una visita della madre. Ha quasi ottant'anni e per arrivare qui deve fare un lungo viaggio in treno.

- Il vento lo inquieta perché significa... disperdere, distaccare; infatti, quando era bambino anche il cielo notturno e il numero incalcolabile delle stelle gli davano un'angoscia tremenda...

La signora ogni volta parla e prepara il figlio all'idea che un giorno potrebbe non avere più le forze per affrontare il viaggio: prima o dopo morirà e lo lascerà solo.

- E quando parto mi accompagnerai tu, Fd., in stazione, mi lascerai lì, ci saluteremo e andrai via per primo, così non ti sembrerà che sono io quella che parte, ma tu...

Fd. capisce il distacco e il sentirsi soli di fronte all'immensità della vita. Il cielo stellato dove l'occhio si perde: il bambino tenta ancora di immaginarsi l'infinito, prima di capire che è meglio lasciar perdere.

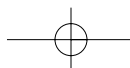
Anch'io ripetevo alla fine del Padre Nostro "nei secoli dei secoli dei secoli dei secoli..." tentando con infantile e distratto struggimento di figurarmi questa scala di secoli che si perde nel cielo e sale fino a Dio.

Anni addietro, nelle sue crisi, A. buttava a terra le televisioni. Ma è molto migliorato. Oggi ha lanciato solo il telecomando.

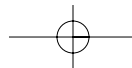
Vigilia di Pasqua.

Fd. riceve la visita di suo un vecchio accompagnatore, che gli regala un mazzo di fiori. Gentilmente, Fd. gli fa notare che avrebbe preferito la cioccolata.

Il viso di A. è rotondo, morbido, e sarebbe molto dolce se i suoi occhi non rivelassero che qualcosa manca.



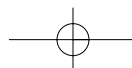


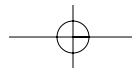


Un velo interrompe le trasmissioni dai suoi occhi grigi che non guardano mai direttamente, ma vedono tutto. Può essere inquietante, rivela la forza enorme della paura e del bisogno di protezione. Non importa, il viso di A. resta di una bella ciccezza alla quale piano piano, nonostante tutte le cose rotte, gli urla e gli sputi, non si resiste e ci si affeziona con un sentimento di simpatia alimentare. Fargli la barba è un piacere perché il rasoio non trova spigoli, corre su queste curve paffute e lascia la pelle morbida come una fogliolina. Ha le orecchie contenute e quasi infantili, forse sono malate perché, soprattutto nella sinistra, la parte superiore del padiglione è gonfia, si è formata una specie di palla soda come il gambo di un fungo. A cosa, dunque, assomigliano le orecchie di A.? Facilissimo: a due tortellini.

Una delle risorse di S. è l'inatteso zelo che in certi casi manifesta. Per esempio nel ping-pong. Un bel mattino ci siamo messi a palleggiare. Non ne perde una. Anche di fronte a qualche tiro un po' più cattivo, veloce o con l'effetto, S. non si scompone. Risponde sempre di rovescio, non a sventola come fanno tutti, ma spingendo avanti la racchetta a mo' di cassetto che si apre, a macchinetta. È molto attento e concentrato. A un certo punto cominciano a calargli i pantaloni, ma non se n'accorge. Dico: - Aspetti, S. -, e ci fermiamo perché adesso i pantaloni gli sono proprio caduti e gli legano le ginocchia. S. in mutande con le gambe legate e i lembi della camicia svolazzanti avrebbe continuato a giocare imperterrito. Quando gioco a nascondino con A. il suo stato d'animo si potrebbe rendere con una parola oggi poco usata in questi casi, orgasmo. Mi appiatto dietro una porta, sotto il tavolo, o accucciato accanto al mobiletto del telefono, mi vedrebbe anche il nonno. A. conta e quando arriva a dieci, ah, quando arriva a dieci... È già tutto rosso mentre si aggira per la casetta, gli scappano singulti, parla, saltella, si molleggia, chiede - Dove sei? - con la voce grossa e tremante. Appena mi trova, grida: - Uiiiiiiiiiiii!!! Lo abbraccio gli saltello intorno e gli faccio le feste.

La mia prima passeggiata con S. Andiamo a prendere il pane e il latte. Cerco di scambiare qualche parola con lui. Non lo avevo ancora sen-





tito parlare. Gli chiedo da dove viene. Esce una specie di soffio dalla sua bocca spalancata, ha i muscoli delle mascelle molto deboli: - Hahia.

- Cosa?

- Zaha.

- E dov'è?

La voce di un ferito a morte: - Eh, Zara... è un posto molto lontano.

Quando Fv. parlava, inizialmente non capivo niente. Presto ho imparato che i suoi discorsi consistono per lo più in richieste di caffè nero, sigarette, latte. Sono le parole sempre chiare nei suoi borbottii e, infatti, esprimono ciò che gli manda avanti le giornate.

Prima di conoscere le sue vere possibilità linguistiche e capire altro che i tre generi sopra citati, sono andato con lui a fare una passeggiata. Fv. è contento e a un certo punto si mette a cantare forte e chiaro:

- Lascia stare la mia donna...! -. Subito dopo ritorna al suo bollire incomprensibile da sdentato.

S. viene da Zara in Dalmazia, la terra perduta, per tanti esuli istriani come lui. A qualsiasi domanda attinente la geografia, risponde: - A Zara -, - Di Zara -, - Zara -, ecc.

Dopo la doccia mi piace pettinarlo e fargli il riporto. Sulla sommità del cranio presenta una depressione, come una sella, causata, sembra, da un misterioso intervento chirurgico d'altri tempi. La copro con i capelli delle tempie.

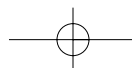
Una volta gli ho chiesto: - Dove vuole la riga, S., a destra o a sinistra?

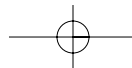
- A Zara.

Da un paio di giorni Fd. è agitato. Indeciso più del solito e capriccioso; chiede uno yogurt, anzi, non lo vuole, assicura, invece, che vuole i biscotti, no, una merendina. "Tutto non si può avere", deve scegliere e non domandare oltre. Prende lo yogurt. Dopo un quarto d'ora eccolo a chiedere la merendina. Lo richiamo alla coerenza con le sue scelte, una esclude l'altra e un uomo deve accettarlo. Ma il suo contesto interiore è ben diverso. Fa l'indeciso a ragion veduta, per ricevere un rifiuto ovvero un buon motivo per scalmanarsi un po'.

Fd. non ha più i denti dell'arcata superiore, neanche uno. Una volta mordeva gli altri e se stesso, anche a sangue perché non c'era modo di farlo staccare. S. porta sul braccio un'impressionante cicatrice slabbrata a orologio.

Adesso Fd. non ha più la sua arma. Assomiglia, quando sorride, a una di quelle maschere in terracotta





dell'antica Grecia, la Commedia, dal sorriso vuoto e inquietante. Fd. non ride mai, e sorride solo quando ha qualcosa in mente.

Eccolo arrivare verso la cucina. Mi chiede con la fronte aggrottata e la mezzaluna scura del suo sorriso: - Che mi fai se ti mordo? -. Si volta e torna in camera ma dopo poco è di nuovo in cucina, ilare e astratto, sembra non far caso quando chiede: - E se piscio per terra? -. Armeggia un po' con l'apertura dei pantaloni, estrae una specie di albicocca gonfia e violacea e fa uno schizzo sul pavimento. Lo facciamo pulire. Anche in camera sua c'è una pozzangherina. - Pulisci! -, e Fd. risponde - Eh, sì, sì -, con il suo sorriso di terracotta.

Salta la cena. Patate fritte e hamburger. Mentre gli altri stanno finendo, vola in cucina e getta a terra il padellone dell'olio, tre litri, non più bollente ma ancora ben caldo. Tutto è cosparso d'olio, il frigo, i fornelli, l'armadio, il pavimento, il davanzale.

Ci arrabbiamo. Con la farina, una spatola e metri di carta assorbente, ci mettiamo in ginocchio con Fd. a pulire e non lo lasciamo uscire finché il lavoro non è finito.

- Non ti muovi di qui, capito?

- Eh, sì, sì.

- Ti sembra di aver pulito bene?

- Eh, sì, sì.

- Vuoi farti sgridare, trattare male, vero? Bene, adesso sei soddisfatto!

- Eh, sì, sì.

E sorride, vuoto, non ci bada.

S. è il più vecchio, ha sessant'anni.

Oggi non vuole alzarsi, lavarsi né vestirsi. Leva i pugni: fra le sue risorse, sa colpire con un certo vigore ed efficacia. Mi grida parolacce. Riesco a fargli fare la doccia. Lo accompagno in camera per aiutarlo a vestirsi. Non vuole. Sto attento ai suoi pugni stretti. È serissimo.

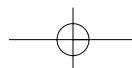
Per adularlo e rabbonirlo, giacché possiede un certo orgoglio all'antica, gli spiego che dopo sarà elegante, un vero signore. Incominciamo dalle mutande. E si rifiuta ancora.

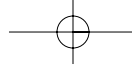
- S., un signore come Lei non può stare senza mutande!

- Non mi servono le mutande per essere un signore.

Apro l'acqua, giro il miscelatore finché non si fa tiepida, e chiedo a S., ingobbito e rivolto verso l'interno della doccia, se va bene.

- Xè calda.





Allora la raffreddo appena, mi sembrava giusta, e aspetto S. che risponde: - Xè calda -, con un filo di voce. Con rapidi colpetti delle dita porto la manopola di qualche grado verso destra, è sensibile e basta poco.

- Com'è adesso, S.?

- Xè calda - S. sembra un po' teso.

- Ma come calda, S. è tiepida, va bene così, coraggio!

- Xè calda.

Do ancora qualche leggero scatto alla manopola, adesso l'acqua è appena temperata.

- Come va, S.?

- Xè calda!

Giro il miscelatore fino alla fine e dirigo il getto freddo sulla schiena di S.

-Allora, com'è l'acqua adesso, S.?

S. si volta, mi tira un pugno sulla mano e ruggisce: - Xè caldarrhh!

Un buon pranzo a base di pesce. Appena finito, G. si mette disteso sul divano. Aspetto il caffè e guardo la televisione, il dopo pranzo è un bel momento. Nel giro di pochi secondi sul didietro di G. emerge, dalla stoffa, una macchia, una larga nuvola marrone.

Lo porto con urgenza in bagno, gli esce la merda da una gamba dei pantaloni e la semina sul pavimento. Lo svesto, lo lavo, sono tutto sudato e ho la testa piena di parolacce.

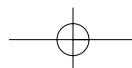
Con S. al cinema. Un film cibernetico, un futuro col mondo dominato dalle macchine: "Matrix".

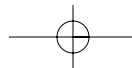
All'intervallo chiedo a S. se gradisce il film, e risponde: - Eh, iera dura una volta.

La madre di G. ha portato una crostata. Tutti la mangiano, è buona. Ne resta una sola fetta. Dopo cena molti la vorrebbero, ma pensiamo che per diritto spetti a G., ben contento. La sta mangiando, ed ecco arrivare Fd. che, senza tanti clamori, gli infila le dita in bocca, gli sottrae la palla pastosa di crostata e se la mangia.

Già di prima mattina A. ha imbastito una piccola crisi, iniziata rompendo una penna e lanciando fuori dalla camera un *Topolino* sbrindellato. Bestemmia e grida, in crescendo. Cominciamo a chiederci come faremo questa volta, ma A. si calma e scappa quando compare S. indignato, scapigliato, in canottiera e pannolone, che si scaglia contro di lui a pugni levati ammonendo: - No bestemiar, eh!

Stasera S. non voleva mangiare, non c'era modo di fargli cambiare idea. Forse si era convinto che la





minestra avesse qualche proprietà malefica: di solito gli piace, la minestra, è anche facile da mangiare. Non siamo riusciti a convincerlo, abbiamo lasciato perdere, finché S., a sorpresa, è andato a sedersi su una sedia diversa dalla solita e senza una parola ha mangiato tutto e ha pulito il piatto con il pane.

Un pomeriggio caratteristico di Fd.: la porta della sua camera è chiusa e si odono pantofole scalpiccianti, trambusto di cartoni, sfregamenti, cassetti spostati e trainati sul pavimento, ancora scalpore di pantofole, un grosso botto di legno che ci fa sobbalzare e andare a chiedere: - E allora, Fd.? -, ma non ha rotto nulla, nulla di nuovo perlomeno; si susseguono clangori e diavolii di varia natura che ci lasciano ammirati. In fondo Fd. ha a sua disposizione soltanto un paio di ciabatte da bagno, qualche foglio di carta e alcune porzioni del mobilio. Questa composizione ha un nome: "la Falegnameria".

- Allora, Fd., hai fatto falegnameria oggi?

- Eh sì, sì.

S. è capace di rimanere lunghe ore in piedi accanto alla porta d'ingresso, lo sguardo fisso verso l'orizzonte. Se arriva qualcuno, S. lo guarda per qualche secondo, poi apre.

Ho appreso che in quegli intervalli di tempo S. è il portiere della Deutsche Bank, filiale di Zara. Euro precisa: - Sì, ma el fa entrar cani e porci!

Vado a svegliare S. Ha la bocca sul cuscino, da lì si espande una larga chiazza di saliva. S. alza la testa e mi guarda, vuole dormire ancora un po'. Va bene. Appoggia la testa e rimette la bocca all'inizio della chiazza, esattamente come prima.

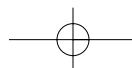
Fd. è riuscito a vestirsi ed essere in ordine per uscire con chi lo accompagnerà. Bravo. Camminando verso la porta s'inginocchia fulmineo, raccoglie un mozzicone da terra e lo bacia.

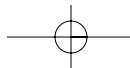
Dopo aver ottenuto le 10.000 lire quotidiane, Fv. esce per comprare le sigarette. Torna con un quaderno a righe, una cucitrice, senza soldi e senza sigarette.

- S., cos'ha mangiato oggi?

- Quello che passa il convento.

- E ieri sera?





- Quello che passa il convento, eh!

- Sì, ma il convento cos'ha passato, S.?

Allora S. mi guarda con gli occhi dolci che ha, fa un sorriso e il discorso finisce.

Bisogna incoraggiare S. a fare i suoi bisogni, accompagnarlo in bagno di quando in quando.

Una di queste volte siamo in bagno insieme. È seduto sul gabinetto.

- Ha fatto, S.?

- Sì, ho fatto.

- E cos'ha fatto?

- Ma quello che passa il convento, eh!

Ho sbarbato S., gli ho massaggiato la faccia con la crema dopobarba, l'ho pettinato bene ed è contento.

Gli chiedo se è contento. Sì, è contento.

Cerco di scoprire qualcosa di nuovo: gli chiedo che cosa prova dentro di sé quando è contento. E lui: - Mah, tutta una stimolazione... - e sto per esultare, se non che: - ... di Zara, in Dalmazia!

Talvolta S. tenta di mangiare così: con la mano destra infilza i rigatoni sulla forchetta o li carica sul cucchiaio, dipende dal caso, e con la sinistra s'imbavaglia la bocca, la tiene lì e cerca di far passare ugualmente l'altra mano che porta la posata ma non c'è verso, la mano sinistra non vuole che il cibo arrivi alla bocca, preferisce farsi infilzare dalla forchetta e sanguinare di sugo.

Succede anche con la minestra, e in questo caso non c'è un vero assedio: la mano destra si limita a scaricare la minestra sul dorso della mano sinistra, riempire di nuovo il cucchiaio, scaricare ancora, e ancora, molta ne scende lungo la manica, e infine tutta la camicia di S. gronda minestra. Se tentiamo di levargli la mano sinistra dalla bocca, S. resiste con tutte le sue forze e ci guarda con occhi di fuoco.

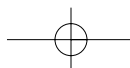
Dopo aver tentato e fallito la strada per Zara, S. trascorre giorni molto cupi. Questo stato dura più di due settimane: sguardo truce, pugni alzati, catatonìa e bestemmie.

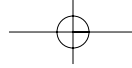
Una mattina di queste S. è insofferente e pronto a scattare. Gli faccio la doccia gli taglio i capelli e la barba.

Gli massaggio le guance con la crema, e continuo a dirgli che va bene: - Ottimo, Lei è un grande signore.

S. si rallegra molto. Allora provo a chiedergli se è felice. Sì, lo è.

- Cosa prova, S., quando è felice?





- Mah..., tenerezza, e altro.

C'è una piccola festa pomeridiana, è domenica e i visitatori vanno e vengono.

Fv. sta fumando. Poco dopo aver gettato il mozzicone viene a chiedermi una sigaretta. Non ne ho, gli ricordo che ha le sue nel cassetto in camera. Risponde che sono finite. Subito rimedia un'altra sigaretta, forse da un visitatore non ancora esasperato. Piano piano la gente va via, sul tavolo resta qualche fondo di terrina di pop-corn o patatine triturate, i salatini che nessuno vuole mai, due o tre tramezzini aperti e toccati da cento mani, i bicchieri appiccicosi di coca cola.

Fv. mi chiede ancora una sigaretta. Nessuno ne ha più in casa, gli ripeto che non ce n'è, e poi ha le sue nel cassetto in camera. Allora Fv. si dispera e giura che le ha finite, si fa molti segni della croce per rafforzare il giuramento, specie di rombi in senso orario e antiorario disegnati sul petto con la mano dura. Dopo una mezz'oretta tutti gli ospiti sono andati, abbiamo rimesso ogni cosa in ordine. Fv. non si vede. Lo trovo sulla panchina in terrazza, che fuma.

S. si è di nuovo cagato addosso. Lo lavo e gli metto il pannolone. Gli chiedo, per curiosità: - Sa che cos'è questa cosa bianca che le ho appena messo?

- È il pannolone, eh!

Sperando che la prossima volta vada in bagno di sua spontanea volontà, gli chiedo ancora: - E sa a cosa serve?

- Sì, serve a non fare figli.

Fv. è a spasso in città, ha l'appuntamento dal dentista, lo sa e ha promesso di tornare in tempo.

Passano i quarti d'ora e non si presenta. Per precauzione andiamo a cercarlo.

Quando lo troviamo si è già comprato una chitarra elettrica rossa di plastica.

Camminiamo, a spasso. Sento un bel tintinnio da qualche parte, come una moneta o una rotella che cade.

S. non si gira neanche.

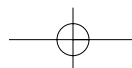
- S., non è curioso di sapere cos'è?

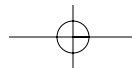
- No.

- Ma non è attratto dalle cose della vita?

- No.

- Perché?





- Perché sono un semplice operaio tornitore.

S. da giovane era un operaio tornitore.

Durante una passeggiata vicino a un ponteggio raccolgo da terra qualche mozzicone di elettrodo per saldatrice. Ne porgo uno a S. e gli chiedo se sa cos'è. Non sa.

- Ma come, non era meccanico?

- Sì, operaio tornitore.

- E non sa che cos'è una saldatrice?

Non sa. Allora gli spiego che cos'è una saldatrice. Camminiamo avanti. Dopo una ventina di minuti gli chiedo: - E che cosa torniva, quando era operaio tornitore?

- Mah..., saldatrici, e altro.

Variazioni sul tema.

- S., ma come funziona il tornio?

E S. comincia a disegnare un cerchio con il pugno, a girare una manovella invisibile, fisso in mezzo alla strada con la bocca spalancata. Va avanti così per un minuto buono.

Lo interrompo: - E dopo, S.?

S. porta le dita alla bocca e risponde:- Eh, te ghe dà de magnar!\*

\*L'espressione "Dar da mangiare al tornio" esiste, nel gergo dei tornitori.

Abbiamo visto che al tornio bisogna dare da mangiare.

- E dopo, S?

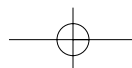
- E dopo xè contento.

- Sì, ma cosa mangia il tornio? -. Qui purtroppo mi accorgo in ritardo della mia ingenuità, perché S. prontissimo risponde: - Ma quello che passa il convento, eh!

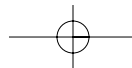
Non fa una piega.

Chiedo a Fd. se vuole fare un giretto in *Vespa*. Non si fa pregare, sale senza indugi, si tiene ai passanti dei miei pantaloni con le dita e resta serio e attinente alla realtà fino alla fine del giretto.

Fra le belle manifestazioni d'affetto da parte di A. ci sono i bacini, che si svolgono così: arriva A., il suo passo







lento e soffice, da ippopotamo di peluche, mi stringe un'orecchia fra le dita, chiude gli occhi, protende le labbra e si concentra come chi debba dire una bontà indescrivibile. Poi dà un bacione rumoroso nell'aria.

Nei suoi periodi d'agitazione, Fd. tocca le altre persone a più non posso. A volte, furbo, aspetta che qualcuno passi per sfiorarlo con un piede, oppure cammina vicino a una persona senza stabilire alcun contatto a viso aperto, per poi lambirla con un rapido giro all'indietro della mano. Non appena ha toccato, è contento, e per quel caso non gli interessa più. Se però ci si scansa o gli s'impedisce di arrivare all'obiettivo, Fd. insiste anche con forza. Smania e grida: - Devo toccareee!

Un giorno Fd. voleva toccarmi e io mi tiravo indietro, scartavo di lato o mettevo una sedia fra noi. Mi sono fatto inseguire fino in terrazza da questo Fd. dallo sguardo torvo e ostinato, un piede nudo e un sandalo slacciato. Ero molto allegro e simpatico, quasi nella dimensione "aiutiamo gli altri con un sorriso", e facevo bei balzi atletici pensando, in fondo, vigliaccamente, che Fd. non li sapeva fare e non mi avrebbe mai preso, con quella sua pancia e il sandalo.

Invece Fd. dà uno strappo furioso e riesce a sfiorarmi la maglietta con la punta dell'indice, dopodiché non mi dedica più uno sguardo. Proprio mentre stavo saltando la panchina e, distratto, sbattevo con violenza uno stinco sul suo bordo di ferro.

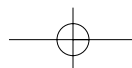
Per prendere un pezzo di pane, G. si butta verso il tavolo ma rovina sulle sedie e per terra, sbatte un sopracciglio e si fa un taglio sul naso. Dimostra il suo dolore lentamente, senza un gemito, strizzando gli occhi e portandosi le mani al viso senza toccarlo. Grida sempre, eppure adesso non apre bocca.

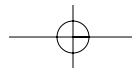
Non c'è ghiaccio, prendo un pezzo di carne congelata e glielo premo sul sopracciglio. G. è seduto, sta buono. Ogni tanto allontana la mia mano che lo congela, ma ritorno lì.

A un certo momento G. apre la bocca e fa uscire una lunga crosta di pane masticata.

Mezz'ora dopo un pranzo abbondante A. va in cucina a cercare da mangiare, entra nel frigo con tutta la testa. Trova un pezzo di grana e si presenta in soggiorno tenendolo in mano come se fosse una pepita d'oro. È in soprappeso, fa poco moto, ha il colesterolo alle stelle. Deve seguire una dieta seria, senza insaccati, frittute, sughi elaborati, formaggi, burro; c'è perfino la prescrizione dell'infermiera appiccicata sul frigo. Lo convinciamo a mettere via il grana, tenendogli le mani lontane dalla bocca e guidandolo a ritroso verso la cucina.

Comincia a gemere: - Ho fame, io, ho fame, io, ho fame, io... - Alza la voce e il tono piangente, - HO FAME, IO, HO FAME, IO..., finché, ripetendo il lamento, entra in risonanza, gira gli occhi e dà inizio a una crisi vera





e propria. Gli cingo le spalle e lo porto subito fuori per una passeggiata.

Camminiamo piano, il parco è deserto. Gli prometto di portarlo al bar a prendere le patatine, ma so che il bar è chiuso perché è domenica. Arriviamo, la porta è sprangata, all'esterno le sedie impilate, sui tavolini qualche cartaccia fradicia.

Ci sediamo vicini, su una vecchia panchina sotto l'albero. Pioveggina. Lentamente, senza guardarmi né dire nulla, A. appoggia una mano sulla mia.

Siamo in terrazza seduti. S. è inerte come quasi sempre. Improvvisamente fa un sorriso e mormora: - I figoni!

- E chi sarebbero, S.?

- Eh, i figoni sono i figoni.

- Ma... come sono?

- Belli..., giovani.

- E ricchi?

- Ricchi, sì.

I figoni. Seduti in macchina, parcheggiati in città. Verso le 11 di mattina, c'è fresco e sole lucente. Sul sedile posteriore ci sono S., elegante sbarbato e ben pettinato, la dentiera pulita, e anche Fv. bello pulito e felice perché sta per andare a ritirare la pensione. Porta un paio di occhialini molto moderni dalle lenti ovali e rosse che gli fanno vedere tutto rosso.

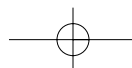
Accendo l'autoradio e subito parte una canzone, una bellissima voce di donna negra piena di passione. Allora S. si apre in uno stupendo sorriso di dentiera e si paralizza così, felice. Fv. vede S. e sorride a sua volta, ma un po' disincantato, quasi mascalzone, come a dirmi: - S. si diverte, eh? Lascia che rida.

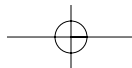
Anche Fv. ha la dentiera. Li guardo così belli e fieri e mi sento il loro autista.

Fd. cerca sempre di attirare l'attenzione, gridando come G., lanciando o rompendo oggetti, mordendosi o simulando altri gesti di autolesionismo che non convincono nessuno.

Un giorno chiede, perfino: - Cosa succede se adesso mi spacco un braccio, da solo?

Siamo tutti al bar in un pomeriggio afoso, seduti a un tavolo, di fuori. Leggo il giornale, Fv. fuma, S. sta a bocca aperta e guarda il cielo, Fd. e G. mangiano il gelato e sono curiosamente silenziosi. Allora A., che ha orrore del vuoto e della tranquillità, grida e lancia il suo barattolo di coca cola.





Il corpo cilindrico rosso per un attimo sembra sospeso. Disegna una parabola sopra di noi e asperge l'aria di liquido caramelloso e fiottante attraverso l'apertura a forma di spicchio. Il rumore di latta sulla strada resta isolato nel silenzio, nessuno di noi guarda A., come se nulla fosse successo, e la sua crisi finisce prima ancora di cominciare.

La tranquillità del pomeriggio c'inghiotte di nuovo.

S. non sta in piedi. Lo incoraggio: - S., deve tenersi su, avere un po' di forza di volontà, lo sa che cos'è la forza di volontà?

- Mah, è un modo di rimanere qui.

S. ripete sempre: - Sono stitico per natura -, e in parte è vero. Ogni dieci giorni, o poco più, riesce ad andare di corpo spontaneamente, e il fenomeno si protrae di norma per quattro giorni. Durante quest'intervallo nella costipazione, gli faccio notare: - Allora, vede che non è stitico? Ma lo sa cosa vuol dire stitico?

- Eh, che non posso avere figli...

- E neanche figlie?

- Eh no, eh!

- Preferisce i figli o le figlie?

- Le figlie.

- Ma preferisce le figlie o i figli?

- I figli, eh!

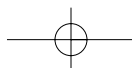
- Ma sa che cosa vuol dire "preferire"?

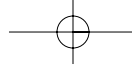
- Eh, è un verbo... avere.

Un pomeriggio Fd. se ne stava a quattro zampe in camera sua, ficcava la testa sotto il letto, sospirava, spostava sconfortato una scarpa, alzava per la centesima volta un paio di pantaloni dal pavimento, li lasciava ricadere ammucchiati, incurante e vagamente rassegnato. Si ritirava sotto il tavolo, espelleva qualche calzetto con rabbia, riemergeva da dietro la sedia, sedeva a gambe incrociate e studiava la polvere raccolta sulle mani. Ogni tanto lo sentivamo gemere - Aaah! -, disperato. Lo chiamavamo, cercavamo di coinvolgerlo, ma non rispondeva.

All'ora di cena, dopo almeno tre ore di traffico e trattative, entriamo in camera sua decisi a portarlo fuori.

- Allora, Fd.! Si può sapere cos'hai, cosa ti prende, cosa ti turba, cosa pensi, cosa ti tormenta, cosa c'è, cos'hai...





- Ho perso una caccola.

S. è disteso sul letto, pomeriggio. Vado a vedere se dorme. Dorme, ha i pantaloni un po'abbassati e il bianco sedere di fuori. C'è un certo odore. Noto una specie di medaglia ovale e marrone schiacciata sulla coperta, faccio le mie deduzioni, sveglio S. e lo porto al bagno. Penso: "meno male che si è fermato in tempo". Gli faccio un bidet e lo rimetto in piedi. Sto per portarlo fuori quando mi accorgo che ha qualcosa in mano. Una grossa pasta marrone. Provo un piccolo spavento umoristico e domando a S. se sa cos'è quella cosa marrone che sta stringendo.

S., tristissimo e con un filo di voce: - Cacca.

Una mattina di piena estate provo con S. qualche canzone di Natale. Gli dò l'avvio: - Oh Tannenbaum, oh Tannenbaum, wie grün sind dei-ne Blät-ter...

E S. canta: - Oh Tannenbaum, oh Tannenbaum, provincia di Tri-es-te!

Sto accompagnando S. all'ora di pittura. Non riesce neanche a camminare, penzola verso terra sempre di più, lo sorreggo e se lo mollo cade come un sacco.

Lo incoraggio: - S. cerchi di tirarsi su, le spalle dritte! Deve sentirsi forte, fiero!

Per risposta S. mi guarda in silenzio e con le labbra fa un bolla di saliva lattescente e vischiosa.

Di mattina, la doccia: sto per lavare il sedere di S.

Gli chiedo di piegarsi un po' in avanti. Lentamente si piega finché la sua fronte non fa toc! sul muro, il cozzo rimbomba nella doccia, un rumore di palla di sasso che cade sulle piastrelle.

S. resta fermo così, come un condannato alla fucilazione.

Fd chiede sempre a tutti che cos'hanno mangiato a pranzo, a cena, ecc., noiosamente.

- E tu senti, che cos'hai mangiato oggi a pranzo?

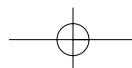
- Fd., non potresti trovare qualcosa di più interessante, ci sono tanti argomenti belli...

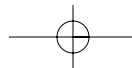
- Sì, ma tu cos'hai mangiato a pranzo, pastasciutta?

- Dai, Fd., cerca di sforzarti.

- Pastasciutta alla marinara?

- Ma..., secondo te, Fd, prova a pensarci, quante probabilità ci sono che io abbia mangiato pastasciutta





alla marinara?

- Tre.

Con molta fatica induco Fd. a entrare nella doccia. Con qualche schizzo di acqua fredda riesco a impedirgli di chinarsi ogni momento a raccogliere e mettere in bocca le particelle marrone che incrostano le piastrelle.

Subito dopo lo sbarbo, cerco di tenerlo fermo, ho paura di fargli un taglietto se si dimena. Lo tengo per i capelli o l'orecchio. Fd. non accetta l'autorità e scaraventa per terra l'ampolla del dopobarba. Lo accompagno in camera sua e, spingendolo a vestirsi in tempi ragionevoli, fingo di volerlo portare fuori così, per strada, nudo e scalzo.

Tutto questo mi costa un po' di fatica e soprattutto non mi fa sentire tenero.

Ma succede un'altra cosa. Un paio d'ore dopo torno in camera di Fd. e lo vedo disteso sul letto. Per convincerlo a uscire, - che vita è stare nel letto tutto il giorno? -, mi chino su di lui, mi appoggio sulla sua pancia e gli parlo.

Fd. con le mani che hanno toccato di tutto mi fa due carezze timide sulla testa. È la prima volta. Mi piace.

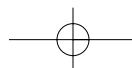
Per dimenticanza, dopo cena S. è andato a dormire con la dentiera in bocca.

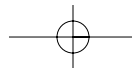
La mattina seguente cerco di staccargliela per risciacquarla. Non l'ho ancora mai fatto. Un gel alimentare e batterico ricopre la protesi. Se dal cavo orale gli uscisse un calabrone, non mi stupirei. Mi metto un guanto di gomma e cerco di afferrare quei denti, ma mi guizzano fra le dita e la dentiera non si muove di un millimetro. Mi sento perduto, alla fine non gliela tolgo.

Usciamo dal cinema. Un film con molte donne, talvolta nude, dialoghi intriganti, scene di città notturna. S. conclude: - Un film de guerra, bello.

La sera del compleanno di Fd. È estate, siamo tutti nel cortile e stiamo aspettando che arrivi da noi per ricevere il suo regalo, una bicicletta. Lo chiamiamo, lo incitiamo, ma le sue indecisioni e le sue distrazioni gli impediscono di uscire da casa, di muovere i quattro passi necessari per scendere in cortile. Poi, però: una torta tutta accesa di quarantasei candeline, il coro degli amici che canta gli auguri, e Fd. che finalmente scende correndo con gli occhi al cielo e le braccia aperte fra la gente che applaude. Un volo di compleanno.

Cerchiamo di portare G. al bagno a intervalli regolari, che impari a usarlo. Dopo il quarto infruttuoso ten-





tativo lo troviamo addormentato sulla tazza del gabinetto. Lo smuoviamo da lì. Una ventina di minuti più tardi inonda e londa il letto.

Come le funzioni dei luoghi della casa si scambiano e si sovvertono.

Grigliata serale, arrivano molti, anche da altre casette, e tutti si divertono. Musica dal vivo messa in piedi sul momento con percussioni e chitarre.

S. è l'unico che sembra non divertirsi. Gli chiedo perché.

- Perché..., sono un semplice operaio.

Sto facendo un giro intorno alla casetta. Improvvisamente dalla finestra di Fd. vedo uscire un accappatoio rosso, che vola.

Una mattina, aiutando Fd. a vestirsi, cerco di fargli infilare la tuta jeans dalla parte giusta. Fd. non ne vuole sapere, continua a rivoltarsela.

- Dai, Fd. perché..., non vedi? Dai su, guarda, l'hai sempre fatto, perché oggi devi fare il contrario? I pantaloni, ma anche questa tuta, si mettono così, così, con la cerniera per davanti, vedi, ma lo sai, lo sai bene, lo hai fatto cento volte da solo, come tutti, perché anche tu sei come tutti gli altri, sei come gli altri...

E Fd., che non aveva ancora aperto bocca, freme e parla: - Non è vverooo!

Un pomeriggio A. dice che gli piacerebbe andare in piscina. Sì, si può fare, bella idea.

- Dove sono i costumi, la cuffia...?

Ci andremo in pulmino, uno di noi lo accompagnerà, bisogna solo definire gli orari, ottimo.

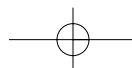
A quel punto sbucca Fd. da dietro la porta e dice che gli piacerebbe andare in piscina.

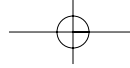
Poco prima dell'alba, verso le 5.30, Fd compare, apre la credenza, lancia un piatto per terra e scompare.

A. sta chiacchierando con Stefano, seduto sulla brandina pieghevole in soggiorno, e ammutolito assiste alla scena. Resta così male che più tardi, verso le 8.00, deve anche lui lanciare un piattino.

Di prima mattina Fv. urla e impreca per uscire, vuole soldi, ma è già stato fuori prestissimo, non si è comprato le sigarette come aveva promesso e ugualmente non ha più una lira.

Bestemmia e agita le braccia. Gli diciamo che in quelle condizioni è meglio stare a casa e riposare. Allora,





temendo limitazioni maggiori, si calma subito e tenta la carta della diplomazia. Chiacchiera un po', sorride, chiede solo un caffè e si siede sulla panchina in terrazza. Finalmente non gli stiamo più addosso e riprendiamo le altre faccende.

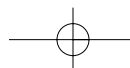
Durante la mattinata, però, Fv. non visto approfitta per entrare arrancando silenziosamente in camera di G. e rubargli il puzzle di gommapiuma.

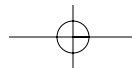
La mia ultima passeggiata con A. Ci troviamo sotto un alto palazzo in rovina, siamo venuti a sentire l'eco. Sopra di noi, uno stormo di piccioni a intervalli regolari appare da un cornicione, descrive un arco perfetto e sparisce. Conto. Arrivo a 18 o 20 ed ecco lo stormo che ritorna. Così per quattro cinque volte, e decido di rendere A. partecipe di questo fenomeno. Guardiamo in alto.

Appena lo stormo riappare, A. commenta: - Che belli, i volantini.

**Nel 1999 Eugenio Azzola ha trascorso dieci mesi come obiettore di coscienza alla "Casetta", una delle residenze di gruppo create dal Dipartimento di Salute Mentale di Trieste.**

**Arrivato alla "Casetta" scopri un'altra umana realtà. Queste pagine sono nate come diario, per conservare le forti impressioni vissute; poi, grazie anche all'attenzione di qualcuno, Eugenio ha potuto offrire una diffusione a questo scritto, di cui qui si riporta solo un estratto.**





## Il girone dei pazzi

**Autobiografia professionale  
di Andrea Clarot**

Nel primo quartin della mia vita mi ritrovai, all'inizio di una salita, che mi sembrava irta ed assai tortuosa. È proprio così, che è iniziata la mia storia. Dopo anni di patimenti, frustrazioni, delusioni senza riuscire a trovare la strada che mi conducesse ad una vita annunciata.

Eccomi là, il 10 dicembre 1984 a ventiquattro anni a cercare e cercarmi perché nulla è stato ancora stabilito, tutto doveva compiersi, anche il mio tragitto, il mio destino, il mio futuro, la mia storia.

Già, la mia storia, ma in fin dei conti è solo una piccola storia; quante storie ho incrociato, ho visto spezzare, quanti sguardi tristi, allegri, maniacali, ossessivi, vuoti ho fatto miei e tenuti nel mio animo e mai lasciati andare.

Ora mi trovo in treno e seduta di fronte a me c'è una ragazza che indossa una maglietta con una scritta che mi ricorda il cognome di una vecchia utente al tempo che lavoravo in via Valussi e così mi vengono in mente alcuni momenti tragici, forse i primi; dove quella povera donna che gridava sempre "mamma mamma mamma" e per uno stupido pezzo di prosciutto che glielo volevano rubare si è soffocata per mangiarlo in velocità. Vite spezzate per un niente, storie con tanto dolore che hanno segnato anche me. Chissà, se solo avessi continuato a navigare tutto ciò non mi toccherebbe, forse sarei ubriaco in qualche misero locale di Belem oppure sarei uno di loro.

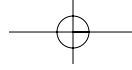
Uno di loro chi, uno di quelli che non hanno avuto la possibilità di trovarsi ad un incrocio e poter scegliere.

La mia storia è costruita con luoghi e persone. Prima di tutto le persone che hanno segnato la mia vita. Ne vorrei fare un piccolo elenco in ordine sparso, ma nella mia testa tutti hanno il loro posto. Angelo, Ezio, Amedeo, Erio, Luciano, Max (quanti dolori, proprio nel senso fisico, ma c'è stata anche una svolta nella mia vita: inaspettata e dirompente).

Comunque più nomi scrivo più me ne vengono in mente, nomi sempre collegati a storie a luoghi.

Ricordo il primo giorno di lavoro che un utente, a quel tempo per me la parola utente non aveva nessun





significato, perché per me tutti erano utenti, tutti erano uguali; mi si avvicina e mi dice: sta' lontano da quello perché è schizofrenico, io invece ne venivo attratto, sentivo il bisogno di capire di varcare quel confine forse più per me che per l'altro.

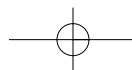
In venti anni di lavoro ho fatto un anno di specializzazione in psichiatria che sicuramente mi ha servito poi nulla più: ho sempre lavorato lavorato lavorato, mai a fermarmi a pensare se ciò che facevo era giusto oppure a confrontarmi con altri. Un giorno una persona mi ha detto che lavoravo sempre solo: aveva ragione. Forse nessuno però mi ha mai dato l'opportunità di cambiare.

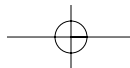
Ho lavorato per quasi 20 anni sempre nello stesso posto, ho avuto dei rapporti importanti profondi con le persone, ma nell'ultimo periodo ho dubitato della mia capacità di lavorare anzi mi hanno fatto dubitare, ma quando me ne sono andato gran parte delle persone erano dispiaciute che me ne andassi e che si sentivano abbandonati. Anch'io mi sono sentito abbandonato. Sento nostalgia di quelle persone, di quei momenti anche se difficili.

Degli anni addietro ricordo con piacere il periodo quando il primario era M. Reali, un periodo d'oro, per tutti: infermieri, utenti e gente del vicinato. Grandi festegrandi incontri dove la persona arrivava prima di tutto. Grandi operatori che hanno vissuto il manicomio, lo hanno chiuso ed aperto il centro sulle 24 ore. In quel periodo mi sono svezato, formato, ho dato modo al mio essere di esprimersi: facevo parte di un gruppo; tutto era semplice, bello ed il stare insieme era la cosa più naturale che poteva esserci. Operatori come Piero, Dario, Gloria, Anna, Fulvia, Luciano avevano uno spirito battagliero ed una profonda conoscenza e voglia di conoscere. Tutti uniti come una grande famiglia, ma c'erano anche in quel periodo grosse difficoltà ed anche delle morti, ma se ne parlava, ci si riuniva non solo per il fare, ma anche per il condividere la frustrazione ed analizzare il perché di certe situazioni, non dare solo risposte, ma dare vita ai nostri pensieri ed alle nostre ansie. Sì! Forse adesso, pensandoci, in quel periodo non lavoravo solo crescevo e mi formavo e c'era quella volta un'idea di base ed un qualcosa che ci faceva sentire parte di qualcosa ancora più grande, un'identità unica ed indivisibile.

Gli anni passano, la voglia di lavorare mi è rimasta, ma mi rendo conto che le cose attorno a me sono cambiate. Forse, si è spezzato l'incantesimo del parco, forse dentro di noi siamo uguali, ma il nostro linguaggio, il nostro stare insieme non è più lo stesso; la nostra paura, la nostra ansia ha sopraffatto la voglia di inventare, di giocare. Forse ci stiamo accorgendo che in fin dei conti sono tutti uguali ed allora abbiamo paura.

Ricordo un mio ex collega il quale diceva che con la sola forza del pensiero riusciva a dipingere dei quadri ad occhi chiusi con lo spray e che assomigliavano alle opere d'arte di noti artisti. Beh! Lui probabilmente





ha colto per primo la difficoltà del nostro lavoro. Sinceramente non riesco a scrivere e vorrei lasciare tutto e non finirlo questo racconto, lasciarlo a metà come del resto mi hanno sempre detto mia madre, la mia ex moglie e la mia primaria, proprio quella che ho lasciato poco tempo fa' perché ho raggiunto un livello di insopportabilità che mi aveva portato quasi alla follia.

Io che devo curare i matti alla fine sto diventando pazzo o forse lo sono già, ma ben compensato.

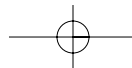
In effetti, la mia ex primaria ha una parte importante in questo mio processo di crescita anzi decrescita. Ho ancora rabbia, rabbia per non aver visto riconosciuto da parte sua il mio lavoro fatto con le persone, rendendomi così insicuro e credendo che ciò che ho sempre fatto sia sbagliato o assolutamente indifferente. Non la odio perché non so odiare, ma se potessi...

Alcuni anni fa' lei ha avuto un lutto in famiglia, tutti le sono stati vicini ed io le ho scritto quattro righe intense e sincere, non sapeva che le avevo scritte io, si è commossa. Un paio di anni dopo io ho avuto un grosso problema fisico, non una volta mi ha chiesto come stavo, se avevo bisogno di aiuto, però per altri era disponibile eppure anch'io ero come gli altri un suo dipendente.

Forse tutto questo non conta, io devo fare il mio lavoro e basta, devo produrre, correre...

Ho vissuto con questa donna per dieci anni, abbiamo sempre avuto problemi anche se all'inizio io ero contento perché intorno agli anni novanta c'era il boom delle donne in carriera ed avere una primaria donna forse poteva significare un modo diverso di vedere le cose e, pensavo, che questo cambiamento producesse salute, fantasia e maggior aggregazione. Per le donne è stato fatto molto, per gli uomini è stato cancellato molto!

Non so come chiudere questo lavoro vorrei parlare di cose belle perché comunque ne ho vissute tante di cose belle, perché poi quello che conta è il rapporto che hai con le persone e la cosa più bella è il poter dare e non certo il ricevere. Quindi sono felice di quello che ho dato, quando penso alle persone mi sento il cuore pieno e vorrei abbracciarli tutti, vorrei avere delle grandi braccia che accolgano gli occhi dolcissimi di Angelo, i lunghi capelli di Paolo, la grande pancia di Mario, l'odore dei piedi di Roberto, la schiena storta di Roby, le tette di Loredana e stringere tutti gli altri perché se io sono quello che sono, io devo soprattutto a loro.



## Due interviste immaginarie

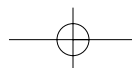
Queste due interviste - immaginarie - a dirigenti del DSM, sono state prodotte nell'ambito del corso: "I Soggetti ? Narrarli. Analizzare e documentare: (apprendere a) scrivere le storie attraverso le quali facciamo esperienza del nostro essere operatori e parte di Servizi".

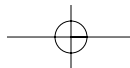
Esse esprimono:

- vissuti di radicale distanza e conflitto tra infermiere e dirigente medico, che appaiono senza uscita, se non di frontale contrapposizione;
- in ogni specifico frangente può essere/è utile evidenziare le ragioni di uno e dell'altro;

ma tutto ciò rientrerebbe nella "normale" conflittualità. A noi interessa soprattutto a ricordare che:

- la distanza tra categorie può farsi enorme;
- è interesse dell'istituzione totalizzante alimentare questa distanza ( e tutte le altre);
- comporre questa distanza, è oggetto di lavoro pratico. Ogni scelta istituzionale avvicina od allontana, da ambo le parti. Se si vuol fare lavoro territoriale, provare a scegliere sempre "avvicina";
- un "avvicinamento" sostanziale, non manipolatorio (che non porta lontano);
- i medici hanno più potere, dipende da come lo usano. A volte è servito a promuovere, persone, operatori, istituzioni. Sempre può servire a promuovere, persone, operatori, istituzioni;
- gli infermieri hanno meno potere, dipende da come lo usano. Molto più spesso di quanto si veda e creda, serve a promuovere, persone, operatori, istituzioni. Sempre può servire a promuovere, persone, operatori, istituzioni.





**È in piedi nel suo ufficio che mi aspetta, in mano il cellulare, strumento indispensabile e utilissimo, come avrò modo di vedere più tardi. Non molto alto, vestito sobriamente i capelli corti ingrigiti precocemente dal tempo. Due cose mi colpiscono in lui, le unghie cortissime, mangiucchiate fino a dove è umanamente possibile e l'ansia, l'affanno che traspaiono dall'aspetto apparentemente calmo e che si manifestano nello sguardo che nervosamente poggia su di te e poi sulla stanza e fuori dalla finestra e dallo stare attento ai vari rumori che provengono da fuori e dal guardare l'orologio, come se tra lui e il tempo ci fosse una gara che dovesse vincere ad ogni costo.**

D: Cosa pensa del suo ruolo nel DSM?

R: Che è un privilegio e un grande onore.

Non detto: Che per certi versi può essere una grande disgrazia e che sono vent'anni in prima linea e che piuttosto vorrei fare lo studioso, il ricercatore.

D: Cosa pensa dei suoi collaboratori, crede che la sostengano e l'aiutino nel suo compito?

R: Credo che tutti siano molto bravi, che tutti nella diversità del loro essere si diano da fare per raggiungere un risultato comune. Insomma cerchiamo di essere una squadra.

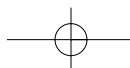
Nd: Certo, che Y è così caotico e incasinato, non fa mai quello che gli dico, Z è lento, lento insopportabile... gli infermieri poi, tutti così pigri, testardi, devi stargli con il fiato sul collo se vuoi ottenere qualche cosa. Altro che squadra sono sempre io che devo tirare il carretto e gli altri, tutti dietro. Sempre che vengano.

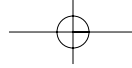
D: Come vive, lei, questa necessità degli infermieri ad essere più autonomi e a divenire dei professionisti non più subordinati ai voleri e alle esigenze del medico?

R: Lo vivo molto bene, credo che sia il momento opportuno in cui gli operatori facciano un salto di qualità, del resto nel mondo aglosassone è così che funziona, lo psichiatra viene chiamata solo su richiesta dell'operatore che è responsabile del caso.

Nd: Se pensano che questo possa avvenire, si sbagliano di grosso, certo un po' più di autonomia, un contentino (sempre che facciano come dico io...) l'importante è far finta di crederci e poi lavorare contro.

D'altra parte ho una gran paura, la cosa potrebbe sfuggirmi di mano e io devo tenere tutto sotto controllo.





**Dalla coda del figlio di Satana un "bel" giorno nacque una donna vestita di viola con i capelli lunghi fin sotto i fianchi. Nata da una madre comunista ed il padre fratello di un vescovo.**

**Ultimati gli studi superiori decide di indirizzarli ulteriormente presso la facoltà di medicina indirizzo psichiatrico, per curare persone in crisi o forse per nascondere se stessa.**

D: Qual è la cosa che crede di aver meglio realizzato nella sua carriera?

R: Certamente aver creato un gran gruppo di donne, perché le donne devono avere più spazio, oramai l'uomo ha perso potere contrattuale ed è giusto che ci lascino strada.

D: Nel suo lavoro quanto conta il gruppo e quanto invece il controllo sul gruppo?

R: Il gruppo è la cosa fondamentale nel lavoro, il dirigente, il primario, fanno solo parte del gruppo; lo coordinano e ne raccolgono la parte dei singoli per unirli.

D: Non è vero forse che lei tende a far parlare ma poi decide come vuole.

R: Non credo proprio, io ho le mie collaboratrici, persone fidate veramente capaci quali infermiere psicologhe...

D: Lei parla sempre al femminile, ce l'ha forse con i maschi?

R: Assolutamente no, ma la maggioranza è incapace.

D: Perché non riesce a riconoscere il lavoro fatto da alcuni suoi operatori maschi con le persone?

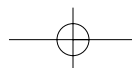
R: Ma chi lo ha detto!!!!

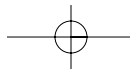
D: Glielo dico io e non solo per esperienza vissuta. Allora mi risponde o no?

R: Forse non sono al corrente di tutto ma non credo di essere parziale.

D: Allora le chiedo, perché essendo lei responsabile di un servizio sulle 24 ore e non solo di donne ha trascurato per parecchi anni gli uomini, dando loro poche opportunità per stare meglio?

R: La Direzione mi ha demandato un progetto mirato sulle donne.





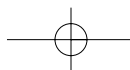
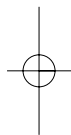
D: Lei continua a non rispondermi, come sempre con lei non si può discutere; quindi cambio genere di domanda. Quanto conta per lei la famiglia?

R: I figli sono importanti.

D: [REDACTED]

R: [REDACTED]

[REDACTED] = fatti personali



**di Maria Grazia Cogliati** Perché nell'intervento territoriale è necessario il lavoro di équipe ed in cosa consiste. Indicatori di qualità (a questo riguardo) dell'organizzazione del lavoro.

Moderatore: Sì, ci sono tutti. Riprendiamo... dottoressa Cogliati.

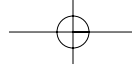
Dott.ssa Cogliati: Allora, io farò una riflessione, una riflessione a voce alta, a partire da alcune situazioni che mi colpiscono, che mi hanno colpito e che credo siano abbastanza importanti per il lavoro che andiamo facendo. Quindi non farò un ragionamento così organico e ben fatto, come ha fatto Bruno Norcio, ma andrò avanti a flash. E, qua e là riprenderò anche gioco forza, alcune delle cose che ha già detto Bruno. Allora la prima considerazione è la seguente: Bruno ci ha già descritto il significato di équipe e di lavoro in équipe. Io mi domando e vi domando quando e dove nasce questo lavoro di équipe. In qualche modo Bruno lo ha già in parte descritto, lo voglio risottolineare.

Il lavoro di équipe nasce proprio attraverso il lavoro di de-istituzionalizzazione.

Norcio diceva che dentro l'ospedale psichiatrico non c'era il lavoro di équipe, ma che questo lavoro di équipe è nato fuori. Ed è nato fuori, perché? Cosa significa de-istituzionalizzazione? Significa smontare gli ingranaggi istituzionali, le regole ed i meccanismi sui quali è fondata l'istituzione, per ridare dignità e centralità alla persona. Persona, utente, ma anche persona operatore, persona medico, persona infermiere e via avanti così.

Nel passaggio dall'ospedale psichiatrico al territorio, ma farò un paragone anche rispetto all'ospedale generale del quale un pochino di più mi occupo ultimamente a partire dal Distretto, in questo passaggio sono emersi questi soggetti. Soggetti utenti e soggetti operatori.

Ma, insomma, noi lavoravamo nell'ospedale psichiatrico e alcuni di voi lavoravano nell'ospedale civile, nell'ospedale generale, nei reparti, indifferentemente quali reparti, credo che balzasse agli occhi di tutti, anche del migliore infermiere, il più generoso, il più dedito, il più attento, balzasse agli occhi il fatto che nell'ospedale, la centralità è data dalla parte malata. Dalla malattia e non dalla persona che ha quella malattia. E quindi di volta in volta il fegato, l'appendice se si doveva fare l'intervento chirurgico.



L'ospedale ha un meccanismo che sia psichiatrico o civile non importa, fermiamoci a quello generale. È strutturato con un meccanismo, con un ingranaggio che punta a mettere a fuoco il problema fisico di quella persona, ad emettere una diagnosi in un tempo sufficientemente breve, per poi indirizzare l'atto terapeutico.

Ma la persona, se ha il familiare se non lo ha, se vive sola se non lo vive, se lavora o se non lavora, se ha un reddito... se non lo ha. In quale tipo di casa torna, se è un cardiopatico che deve fare cinque piani di scale, o meno. Se vive in un ambiente umido o non umido, per una persona con artrite reumatoide o quant'altro. Tutto questo, sono segni, cenni che vengono raccolti nell'anamnesi, ma che non strutturano assolutamente l'intervento.

L'intervento è un intervento tecnico, semplice, diretto alla risoluzione di quel problema particolare.

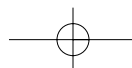
Quindi da una parte, la parte malata, dall'altra parte, la persona. La persona che ha anche un organo malato, non importa se è la testa che non funziona, se ha un delirio o di nuovo una broncopneumopatia cronica o qualcosa di simile, ma quando la centralità è data dalla persona, che vive in un determinato contesto, che è la sua casa, che ha relazioni o che non le ha, che ha una famiglia o che non la ha, che ha soldi o che non li ha: giocoforza il gruppo di lavoro che si fa carico di quella persona, non può prendere in esame questi che sono gli addentellati del vivere della persona.

Perché ripeto, lavorare con un cardiopatico e non interrogarsi su quello che è l'ambiente di vita di quel cardiopatico... o, lavorare con un giovane che ha un problema di handicap e non interrogarsi su quelle che sono le barriere architettoniche presenti o non presenti, sulla capacità o meno possibilità che ha avuto di un inserimento lavorativo, significa non occuparsi di quella persona.

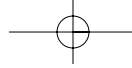
Quindi, il lavoro di équipe nasce con il processo di deistituzionalizzazione, con il passaggio dall'ospedale al territorio, dando per centrale l'attenzione sulla persona con tutte le sue caratteristiche, con tutti i suoi bisogni e con tutte le sue capacità.

Il secondo flash: da chi è formata l'équipe? Lo si diceva prima, l'équipe è formata di attori diversi, soggetti diversi, che nella salute mentale tendenzialmente sono stati medici e infermieri, con delle altre figure, sufficientemente marginali. Nei distretti sono sicuramente più composite, perché i medici sono molto pochi, gli infermieri sono di più, ma poi ci sta il fisiatra, ci sono varie sottospecialità: il fisiatra, il fisioterapista, l'assistente sociale.

Alcune équipe sono normate e doverosamente legate alla presenza di attori dell'ente locale, l'assistente sociale. Per esempio, l'unità di valutazione geriatrica ha degli operatori del distretto, l'assistente sociale del comune, l'équipe multidisciplinare per l'handicap, ha operatori del distretto, di varia disciplina, e l'as-







sistente sociale del comune.

Ma al di là delle diverse professionalità che vanno a comporre quella équipe, la regola diciamo generale, che è attribuibile a qualunque tipo di équipe è il fatto che questa è formata da soggetti operatori, che sono diversi gli uni dagli altri, non tanto e non solo perché hanno delle professionalità diverse, e perché esplicano delle funzioni diverse, ma tanto quanto, perché proprio sono soggetti. Cioè sono delle persone e quindi un po' si faceva il ragionamento prima, "quello non fa, io faccio". Sono persone differenti. Purché, anche se infermieri, sono persone differenti, anche se medici e via avanti così.

E l'équipe, da dove nasce questo lavoro di équipe che è il lavoro di squadra? Il lavoro di équipe nasce proprio dal lavoro d'insieme dei singoli soggetti che formano l'équipe, dalle singole professionalità, dalle singole funzioni, ma con una caratteristica che è legata al fatto, che il lavoro di questi soggetti non può essere ridotto alla sommatoria del lavoro dei singoli. Il lavorare in gruppo, il lavorare in équipe è qualcosa di più e spesso molto di più che la semplice sommatoria delle funzioni e delle professioni delle singole persone che stanno dentro l'équipe.

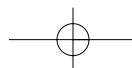
È in qualche modo un valore aggiunto. Il lavoro del gruppo è un valore aggiunto, che in qualche modo è speculare e si dovrebbe rispecchiare nel valore aggiunto che sta nella persona che abbiamo davanti. Che, non è solo la sua parte malata, non è solo la sua malattia, non è solo il suo organo malato, ma è una persona portatrice di particolari abilità, particolari desideri, con una storia eccetera, eccetera.

Noi diciamo, e questo secondo me nella nostra storia di de-istituzionalizzazione è stato molto importante ed è qualcosa che è vero nella salute mentale, è vero nella tossicodipendenza ed è vera anche nel distretto, che un gruppo è tanto più gruppo, quanto garantisce la singolarità dei soggetti che lo compongono. E un gruppo è tanto più gruppo, quanto rischia di omologare di meno e di appiattire di meno. Per questo il ragionamento che si faceva prima è: quando l'altro non fa.

Allora il gruppo deve essere una macchina, una macchina funzionante. Non tutti i pezzi della macchina hanno la stessa importanza, la stessa capacità, la stessa potenza, la stessa funzione, lo stesso sapere. Eppure, però una macchina funziona soltanto, se tutti gli elementi, ognuno in quel pezzettino, riescono a fare qualche cosa.

Quindi è fondamentale nel lavoro del gruppo tenere presente questa necessità di restituire soggettività e individualità a tutti gli operatori che lo compongono. Dirlo non è difficile, farlo è molto, è molto difficile. Vedremo poi quelli che possono essere i rischi di una soggettivazione estrema e invece i rischi che derivano dalla mancanza di una soggettivazione all'interno del gruppo.

Per fare la differenza, se voi pensate all'équipe di una sala operatoria, che pure si definisce l'équipe, con



vari ruoli ben codificati e invece l'équipe multidisciplinare dell'handicap, oppure l'équipe di un Centro di salute mentale, si coglie subito la differenza. Nella sala operatoria sono degli interventi ripetitivi, sempre gli stessi, grosso modo, a prescindere dalla persona rispetto alla quale bisogna operare. Ciascuno ha un compito ben preciso, i gesti sono ripetitivi, la ferrista sa che deve fare quel determinato movimento per prendere quel determinato strumento e quindi c'è una semplificazione estrema dei gesti, una mancanza totale di soggettivazione dell'operatore. La ferrista, l'infermiere, il medico che fa quell'intervento recita una parte tecnica che chiaramente ha un valore, ha una pregnanza, perché guai se no, insomma. Però, meno soggettività ci mette più si riferisce in maniera esemplare a dei protocolli di riferimento, a delle tecniche di riferimento precise, più si ha la garanzia che quel determinato intervento riesca.

Nella salute mentale, nel distretto, nel dipartimento delle dipendenze, laddove l'équipe territoriale ha come oggetto nel suo intervento, il soggetto, la persona: è esattamente l'inverso. Il massimo di soggettività degli operatori in un legame fra i soggetti che deve però andare a definire una strategia.

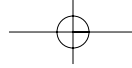
Ci ricordiamo tutti che l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute non più come assenza di malattia, ma come il benessere psicofisico dell'individuo. Quindi l'individuo legato al suo ambiente, valorizzato per le parti positive, valorizzato nel suo percorso, nella sua storia ecc. ecc.

Se l'équipe; ricordo questa cosa: perché? Perché, se l'équipe è un gruppo, una squadra, fatta di soggetti che al di là della professione, della funzione, sono diversi gli uni dagli altri, in quanto sono persone, non dobbiamo dimenticare che questa équipe ha come mandato istituzionale il lavorare con altri soggetti, che sono gli utenti, che sono a loro volta delle persone se pur con un problema, se pur malate.

L'interazione fra il soggetto-gruppo, formato da soggetti diversi e il soggetto-utente, non può prescindere dal fatto che essendo soggetto, l'utente partecipa nel percorso di cura. Partecipa di questo processo. Il cittadino che noi andiamo a seguire avrà una 'compliance' maggiore o minore. Avrà una preferenza maggiore o minore per quell'infermiere o per quell'altro. Per quel medico o per quell'altro. Avrà una modalità di esprimere la sua sofferenza e di aiutarci nell'individuazione della diagnosi e della terapia.

Mi diceva adesso Marisa, che nel progetto M. che è una cosa fenomenale, che poi se ha voglia lo racconterà, questo soggetto, che è una cosa incredibile, alle 9-10 della mattina è lui che telefona agli operatori, ricordando: "Sei dieci minuti in ritardo, perché non hai cominciato il tuo turno?"

Cioè, voglio dire con questo, che la partecipazione al percorso di cura, al processo di cura, della persona con la quale noi ci relazioniamo, diventa una parte fondamentale in questo processo. E dà un ritorno di senso al lavoro dell'operatore. Perché, la risposta che l'utente ci dà, la sua partecipazione o meno, la sua adesione, le modalità, le caratteristiche suggeriscono all'operatore di insistere su una questione piuttosto



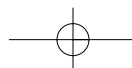
che sull'altra, su un'abilità, piuttosto che sull'altra, su un percorso piuttosto che sull'altro. Quindi il punto di vista dell'operatore: dieci operatori di fronte ad una persona-utente, vedranno almeno dieci cose diverse e la persona-utente, che a seconda dell'operatore con cui si trova a relazionarsi suggerirà, offrirà come elemento importante nel processo di cura, un elemento piuttosto che l'altro. Credo che M. a Marisa dirà delle cose, ma all'operatore dell'Agenzia sociale ne dirà delle altre, ma all'altro infermiere Marcocci di Via Gambini ne dirà delle altre ancora.

Tra l'altro la relazione con l'utente e la sua partecipazione al processo di cura ci rimandano anche ad un altro capitolo che accenno assolutamente, proprio schematicamente, ma che è molto importante e che sono le relazioni delle persone tra di loro. La relazione dell'utente con l'altro utente, la relazione dell'utente con la sua famiglia, con il vicino di casa, ne parlava anche Bruno prima, cioè questi rapporti di partecipazione ai percorsi di cura, questi rapporti di coinvolgimento dei cittadini, delle associazioni che li rappresentano, che in qualche modo facilitano alcuni percorsi, i percorsi di emancipazione, facilitano anche l'espressione di determinati problemi e aiutano il soggetto operatore nell'affrontamento del problema.

Esistono, credo che tutti voi sappiate, tra l'altro, dei percorsi particolari, non solo quelli della salute mentale, sui gruppi dell'autoaiuto, ma altri percorsi come quelli dei programmi Habitat radicati in alcune aree di forte degrado, di grande densità abitativa, di grande vulnerabilità delle fasce di popolazione iscritte in questi abitati, dove il lavoro dell'Azienda sanitaria, il lavoro del comune, e il lavoro dell'Ater e delle associazioni di volontariato, attraverso le sinergie, punta alla valorizzazione dei luoghi, degli ambienti, dei contesti delle famiglie, e punta alla valorizzazione delle possibili relazioni fra i condomini, fra i vicini proprio a riattivare dei percorsi persi nei secoli, quelli del piccolo paese, che sono poi percorsi di autoaiuto. Noi dobbiamo anche sapere e recitarcelo ogni giorno per quanto siamo lì a lottare con le nostre Amministrazioni perchè ci diano a disposizione le risorse di cui abbiamo bisogno, dobbiamo anche immaginarci che l'invecchiamento della popolazione e i grandi guadagni della medicina, fanno sì che avremo sempre più gente che ha problemi e che starà a casa. Sempre meno l'ospedale li ricovererà per le patologie croniche, grazie al cielo, sempre più l'ospedale si ridurrà ad un luogo per la crisi. E sempre meno noi avremo le risorse da destinare una persona ad una persona malata.

Quindi credo, che il nostro lavoro, parte del nostro lavoro, sempre più deve essere indirizzato ad attivare le risorse naturali dei rioni, dei condomini, dei quartieri; quelle risorse che oggi non ci sono più, ma che attraverso programmi d'intervento particolare, impariamo a saper leggere. Questa era una piccola parentesi che ho voluto però ricordare.

Quello che si diceva prima. L'utente, il cittadino, che partecipa del suo percorso di cura, che è attivo nel



suo percorso di cura, dà senso, dicevamo, al lavoro dell'operatore. Riconosce quell'operatore, ha confidenza con quell'operatore e restituisce all'operatore un potere che è proprio guadagnato sul campo. È guadagnato dalla fiducia che quell'utente gli dà piuttosto che ad un altro operatore. È guadagnato dalla conoscenza che l'utente fornisce all'operatore e qua si gioca il potere dell'utente e in maniera assolutamente speculare il potere dell'operatore.

Ma, terzo flash: soggetti-operatori che definiscono il gruppo, che compongono il gruppo, soggetti-utenti che partecipano al percorso di cura. Ma l'équipe, il gruppo: immaginatevi un'équipe del Centro di salute mentale o l'équipe dell'Area 1 del Dipartimento delle dipendenze o l'équipe multidisciplinare del Distretto 2. Comunque ha un mandato istituzionale. Deve rispondere ad un mandato che è quello di svolgere un compito, che è quello di arrivare a raggiungere un determinato obiettivo, che è quello di dare determinati prodotti, di fornire determinati servizi. E quindi se la soggettività all'interno del gruppo non si armonizza in un insieme che va a definire l'operatività strategica di quel gruppo, il rischio è che la macchina s'incepti. Perché quel soggetto va a destra piuttosto che a sinistra, quell'altro va in alto piuttosto che in basso. Quindi questo è un altro elemento molto importante da tenere presente.

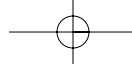
Ancora un flash. Credo, che molti di voi hanno nella storia, nella nostra storia, sentito parlare d'impresa, e d'impresa sociale. L'impresa sociale ha strutturato, in qualche modo, da un punto di vista concettuale, le cooperative sociali, ma non solo. Questo è un modo riduttivo d'intendere l'impresa sociale.

Quando noi parliamo d'impresa sociale, intendiamo una modalità di lavoro, che ha a che fare con l'imprenditorialità dei singoli, che quindi ha a che fare con quel di più che il singolo mette nel lavoro in conseguenza delle proprie capacità e delle aspettative che ha rispetto all'altro.

Cerco di spiegarmi meglio. Intraprendere, calato in una realtà del Dipartimento delle dipendenze, del Dipartimento della salute mentale, di un'équipe multidisciplinare per l'handicap o di altro, significa che il singolo operatore che è singolo, come dicevamo prima, e che legge le cose, che sa leggere lui in quanto soggetto, deve metterci del suo per trovare delle risposte particolari, che vanno bene alla soggettività di quell'altro. Non tutti gli handicap sono eguali, non tutti i malati della salute mentale sono eguali, non tutti i pazienti tossicodipendenti sono uguali.

Se l'operatore si attiene così come nella sala operatoria, a dei mansionari, a dei protocolli, a delle regole che vanno a sancire i comportamenti e che vanno a definire le modalità di lavoro omologandole le une alle altre, non andiamo lontano. Con questo non voglio dire che non devono esistere i protocolli, che non devono esistere le regole, che non devono esistere i saperi disciplinari, ma non bastano.

Accanto ai protocolli, accanto alle regole bisogna metterci quel qualcosa di più. Quel qualcosa di più che



nasce dalla storia personale di ciascuno di noi e che sarà quell'elemento fondamentale, che ci farà incontrare le caratteristiche soggettive e la storia dell'altro che abbiamo di fronte.

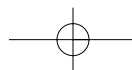
Allora noi parliamo d'impresa. Parliamo d'impresa quando il singolo e il gruppo riescono ad avere una capacità imprenditoriale che significa leggere al di là delle regole, che significa rispondere al di là dei percorsi noti. Significa metterci dentro del proprio, significa rischiare come stanno facendo con M., non voglio ripetere dei luoghi comuni, non rischiare perché M. è cattivo e violento e brutto, ma rischiare del proprio inventare, metterci delle proprie energie, della propria passione, i propri affetti, delle proprie caratteristiche, delle proprie abilità. Chi sa dipingere, chi sa leggere, chi è più paziente, chi è nemmeno paziente.

L'impresa sociale. Dobbiamo immaginarci che i nostri gruppi di lavoro in qualche modo devono assomigliare a quelli di una fabbrica, a quelli di un'impresa, perché devono erogare un prodotto e che questo prodotto è un bene. È un bene, un servizio, che noi diamo ai nostri utenti e che è la loro salute. Quindi, una macchina che deve avere delle capacità imprenditoriali, che devono derivare dalla sommatoria non semplice delle capacità imprenditoriali dei singoli.

Quando sono andata a vedere sul vocabolario la definizione di équipe ho letto: organismo, che coordina delle prestazioni di lavoro e degli strumenti, per conseguire delle finalità economiche.

In qualche modo ho detto, la nostra équipe non consegue delle finalità prettamente economiche, ma consegue un bene che è quello della salute psicofisica dell'individuo, che si traduce in valore economico per l'individuo e per la collettività. Ma sotto, sempre nel vocabolario ho letto un altro sinonimo: impresa. Per dire: "Che impresa! Com'è difficile!" E devo dire, che anche questa seconda accezione del termine mi sta proprio bene, quando la voglio riferire alle nostre équipes, che devono essere date dalla sommatoria dei soggetti non semplici, data dal massimo del rispetto dei soggetti, che allo stesso tempo però si armonizzano in modo da fare un insieme, che rispecchia e che riesce a produrre un disegno strategico.

Questo è qualcosa che se voi lo riferite ai vostri servizi, credo appaia effettivamente difficile. Diceva Bruno prima, che cosa, - lo riferiva al lavoro nel manicomio, ma è esattamente la stessa cosa anche oggi, in qualunque servizio dove noi lavoriamo - che cosa è garante di un processo di de-istituzionalizzazione nella nostra équipe? È la critica all'istituzione, che così nel territorio, come nel manicomio, è fatto esattamente dalle stesse categorie. Le gerarchie, i poteri, i ruoli rigidamente vissuti. È uguale nel manicomio, è uguale fuori. Noi possiamo ripristinare il manicomio in qualunque équipe lavoriamo. Seppure l'équipe, laddove non mettiamo in discussione le gerarchie, laddove non ci guadagniamo i poteri sul campo, laddove non c'è un confronto dialettico tra i poteri, laddove non usciamo ed entriamo dal ruolo, inventandoci dei ruoli, diceva bene prima Bruno in riferimento al ruolo in particolare dell'infermiere psichiatrico. Tutto



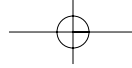
questo significa assumersi una bella responsabilità, perché è pur vero, che io il potere lo guadagno sul campo e che l'altro mi riconosce. L'altro-utente preferisce me piuttosto che l'altro, confida a me, è "compliant" rispetto al programma che io prevedo per lui. Ma, questo si accompagna necessariamente ad un livello di grande responsabilità, perché io non posso tralasciare l'altro, non posso dimenticare l'altro, devo garantire la continuità terapeutica di quel percorso, assumendomi sempre e comunque la responsabilità di tutto ciò.

In qualche modo, io dico, dicevamo con Marisa prima, questo significa sapersi sporcare le mani. Da parte di tutti. Da parte del medico, da parte dell'infermiere, da parte di chiunque altro. È facile criticare l'altro dicendo, che ha potere e non guadagnarselo questo potere, non assumendosene la responsabilità e quindi vivendosi il bello e il brutto di questa vicenda. E questo è qualcosa che succede, che succede spesso.

Vi faccio degli esempi senza voler offendere nessuno, ma è indubbio che nell'équipe di salute mentale, nell'équipe che lavora nelle tossicodipendenze, nell'équipe che lavora nei distretti, io che ho lavorato nella salute mentale, nella tossicodipendenza e nel distretto, intravedo delle differenze. Sono differenze legate proprio alla capacità, volontà, abilità, che c'è in alcuni posti e meno in altri, a mettere in discussione le gerarchie i ruoli e i poteri. In alcune strutture questo è stato fatto, in altre strutture questo ancora poco è stato fatto, e si fa fatica anche a riconoscere alcuni concetti generali, come diceva prima Paola.

Quando un infermiere che fa parte di un'ADI e va a casa di una paziente e mi ritorna con questa affermazione: "Ho fatto il mio". Che, era un intervento non particolarmente complicato, ma un intervento dedicato alla... un intervento infermieristico dedicato a quell'anziano. Un anziano che vive solo, che per i decubiti che ha e per le ulcere che ha, si muove con difficoltà, è assistito, chiede all'infermiere di portargli la mondezza, il sacchetto della mondezza al piano di sotto e l'infermiere si risente perché portare la mondezza non fa parte del ruolo, io devo dire la verità, che pur comprendendo da dove può nascere un'osservazione di questo tipo, credo che quell'infermiere ancora debba fare...

dott. ssa Cogliati (continua): Un medico assiste un anziano, che non è auto sufficiente, si sta scompensando nel domicilio o meglio si è già scompensato. Avrebbe bisogno di un ambiente protettivo. Noi abbiamo poche risorse, per quanto sarebbe anche bello poter fare una sorta di 24 ore al domicilio, non abbiamo l'energie per farlo e quindi o lo abbandoniamo a sé stesso o lo ricoveriamo, magari in RSA piuttosto che in ospedale, ma il vecchietto non vuole e il medico mi dice: "Non ho il suo consenso, quindi non ho fatto nulla, il vecchietto è rimasto là". Io credo che questo medico poco abbia capito della dialettica che deve intercorrere tra il soggetto-operatore e il soggetto-utente, perché si è fermato ad un'osservazione di primo livello. Ad un'osservazione che denota la paura di quel vecchietto di lasciare il proprio ambiente,



la sua difficoltà a lasciare le cose che conosce per quelle che non conosce.

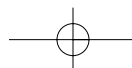
Dal mio operatore medico, io m'aspetto molto di più. Mi aspetto che si sporchi le mani, che si assuma la responsabilità di interloquire con l'altro, mettendo un pochino a rischio il suo essere rigidamente professionista e che quindi lo contatti oggi, lo contatti domani, gli porti qualche cosa, accalappi in qualche modo la sua fiducia e guadagni potere, guadagni spazio, per riuscire poi a fare l'intervento che in quel momento si reputa necessario fare.

Allora, proprio a partire dalla mia conoscenza del lavoro d'équipe nel Dipartimento delle dipendenze che è la più recente. A partire da una conoscenza datata ma, insomma, relativamente, nel senso che poi mi sono sempre confrontata con la storia del Dipartimento di salute mentale. E dall'attuale conoscenza che ho del lavoro di équipe del Distretto, mi pare, che come ultimo flash posso sottolineare due rischi del lavoro di équipe, che sono assolutamente estremi ma, speculari. E che secondo me sono presenti, uno di più nel Dipartimento di salute mentale e l'altro di più nel Distretto, se pur poi possono essere presenti in alcune fasi entrambi, sia nel Distretto, sia nella salute mentale, che nella tossicodipendenza.

Parlo prima del rischio presente nel Distretto, che è un po' quello che io vi dicevo prima. Nel Distretto esistono l'équipes, sono normate da leggi, la legge sull'anziano, la legge 10, la legge sull'handicap, la legge 104 nazionale, la legge 41 regionale, sono normate dagli accordi di programma con tutti gli enti possibili ed immaginabili, sull'anziano, sull'handicap, sul bambino. Abbiamo leggi e norme infinite, che non fanno altro che disciplinare il lavoro in équipe. Il lavoro in équipe è multidisciplinare. Ma il rischio che noi possiamo trovare a volte in un Distretto, non solo nel Distretto, adesso lo faccio in maniera un pochino caricaturale, è l'istituzionalizzazione del lavoro d'équipe.

Cosa voglio dire? Voglio dire, che ciascun operatore che sta all'interno di quell'équipe piuttosto che proporsi come un elemento soggettivo che utilizza la propria professionalità, che riconosce la propria funzione, ma che a questa accompagna il suo essere un individuo con delle peculiarità e delle soggettività, invece in qualche modo recita in maniera molto fedele ai regolamenti, alle norme, alle leggi, ai protocolli, la parte che gli spetta: che comincia qui e finisce qua. Non si preoccupa assolutamente di vedere che cosa farà dopo, che cosa ha fatto prima. Non interferisce minimamente con l'altro operatore della stessa équipe, non si problematizza sul prodotto complessivo della macchina, non va a definire quella che deve essere la strategia complessiva di quella macchina.

L'esempio dell'ADI che vi ho fatto prima, ancora un altro esempio, che è una discussione molto accesa nei distretti che è quella dell'infermiere di famiglia. Patrizia sa. Voi sapete, molto meglio di me, che l'infermiere di famiglia è un qualcosa che, diciamo, è la nuova tendenza, non so nemmeno se è tanto nuova



ma insomma sufficientemente nuova dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per quanto riguarda la professione infermieristica; significa che un infermiere ha particolarmente a cuore quel nucleo familiare. Significa che i pazienti sono seguiti in particolare da quell'infermiere, che conosce vita, morte e miracoli, relazioni, numeri di telefono, abitudini con l'obiettivo di ottimizzare il lavoro, valorizzando proprio la conoscenza della famiglia, la storia, i percorsi, le abilità dei singoli.

Ovviamente l'infermiere di famiglia deve essere a disposizione di quella famiglia, e quindi qualche volta potrebbe ricevere una telefonata da quella famiglia, a prescindere dall'orario di lavoro magari per un consiglio semplicemente.

Bene. Rispetto all'infermiere di famiglia che è cosa buona e giusta voluta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ci sono ancora dei rifiuti all'assunzione di questa modalità di vivere la figura dell'infermiere. Le motivazioni sono che: il carico di lavoro legato a determinati contesti, determinati rioni, per esempio il rione di San Giacomo che è un rione particolarmente complesso con molti anziani, molti anziani soli, molti anziani vulnerabili, è un lavoro che quindi è più defaticante, quello di un rione, piuttosto che il lavoro di altri rioni dove la popolazione è, tra virgolette, meno sfasciata, meno vulnerabile, meno ad alto carico.

E quindi alcuni gruppi di lavoro chiedono la rotazione: "per sei mesi lavoro su San Giacomo, per sei mesi lavoro...". Non prendete ad esempio proprio San Giacomo, dico San Giacomo perché è il rione dove sono io, "altri sei mesi lavoro a San Vito".

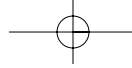
Questa rotazione permette di mantenere una distanza, neutrale ed asettica dalla famiglia e dall'altro.

È esattamente il contrario dell'infermiere di famiglia, sicuramente difende l'operatore, infermiere o medico che sia, lo difende dall'entrare troppo vicino nel rapporto, dall'essere troppo richiesto da quella famiglia, dall'essere logorato da domande che potrebbero essere sempre le stesse, sempre continue. Dall'altro lato, l'infermiere si preserva, il medico si preserva, però nello stesso tempo perde la possibilità di raggiungere con maggior incisività quegli obiettivi che proprio derivano invece dalla conoscenza di quel determinato contesto.

Quindi questo è un rischio, l'équipe esiste, perché esiste il lavoro di équipe, perché è normato da tante leggi, ma l'équipe è istituzionalizzata. E quindi in qualche modo è un'équipe manicomiale, che non c'interessa come valore aggiunto, che va a soggettivare la richiesta dell'altro e quindi va a soggettivare anche la possibilità di dare risposte.

Ok? Dall'altro estremo e io l'ho visto qualche volta quest'altro estremo nel lavoro di salute mentale o qualche volta anche nel SERT, l'estremo opposto. L'équipe non è istituzionalizzata, ma non esiste l'équipe come armonico, non esiste l'équipe come disegno strategico comune, esiste una somma di elementi





soggettivizzati al massimo, individualizzati al massimo, che lavorano ognuno per conto suo, che ci mettono anche del loro, ma senza collegarsi ad un insieme e quindi senza in qualche modo relazionarsi, armonizzarsi, fermarsi se l'altro è rimasto più avanti. Delle fughe in avanti, che qualche volta sono state molto importanti soprattutto nella storia della distruzione dell'ospedale psichiatrico, ma che spesso hanno comportato rischio di "burn out" in alcuni operatori e soprattutto non hanno ottimizzato il lavoro dell'insieme. Questo è un rischio che per esempio nei Distretti non esiste. Non c'è, è ancora da... lo vorrei vedere, ma ancora non l'ho visto, ecco.

Allora là, l'équipe deve avere la capacità di leggere questa fuga. Deve avere la capacità di trattenere quel singolo. Non riducendo la sua soggettività, non appiattendolo, ma in qualche modo riconducendolo dentro un lavoro d'insieme.

So che questo è difficile però è questo, quello che va fatto, perché è esattamente l'inverso dell'assunzione del ruolo rigidamente. Da una parte si assume il ruolo rigidamente, dall'altra se ne esce. Del tutto. Sono estremi, eguali e contrari. Mi può piacere di più l'uno perché è più creativo e fantasioso, ma poi il prodotto rispetto alla produzione del servizio, alla produzione del bene salute è, spesso, esattamente lo stesso. Vi ricordo un grande maestro che noi abbiamo conosciuto nei nostri corsi di formazione sulle tossicodipendenze, Franco Fortini, che ci diceva quella volta, grande poeta, grande scrittore, grande germanista eccetera, che è venuto nei nostri corsi per le tossicodipendenze e che ci diceva: "attenzione nei percorsi per la libertà a non fermarsi alla libertà *da*... ma, a costruire la libertà *per*".

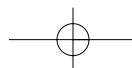
Quindi, non soltanto rompere le regole, rompere la rigidità dei ruoli, rompere le gerarchie, che sono tutti passaggi, assolutamente necessari, ma anche stare attenti alla libertà *per*... La libertà, che significa costruire quote di cittadinanza, che significa rispondere ai bisogni della persona, che significa attribuire potere a chi potere non ce l'ha eccetera, eccetera.

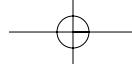
Quindi libero *da*... libero *per*, sono due percorsi, che devono andare di pari passo se vogliamo realizzare la de-istituzionalizzazione anche nei servizi di oggi.

Ecco, un'ultima cosa e poi passo alle parole chiave... no, agli indicatori.

Qualche volta succede che qualche operatore mi chieda o chiede al dirigente: "Dammi..." qualche volta viene usata addirittura questa parola: "aspetto una tua investitura. Mi devi attribuire questo ruolo. Devi definire pubblicamente per me, quest'attribuzione di potere".

È qualcosa che si può anche fare e anche si fa, ma non è sufficiente, perché l'attribuzione di ruolo da chi ha il potere di condurre la struttura, l'attribuzione, di fronte agli altri, di un mandato particolare, se poi non viene recepito e vissuto dall'interno, da quella persona e quindi fattualizzato, realizzato, concretiz-





zato; poco, poco, poco significa.

Ed ancora un'altra osservazione che viene fatta è: lavorare in équipe, affidando molto ai soggetti, poco alle regole, poco ai protocolli, instaura un clima d'incertezza, un clima che non dà sicurezza, all'operatore. Un clima che spesso è conclusivo.

Io rispondo sempre, è vero, ma è quello che voglio. Perché la certezza significa fermarsi. L'incertezza è un motore di ricerca. Significa, che vuol dire, che io mi devo cercare e insieme a me si devono cercare gli altri per andare a definire quel servizio a quella determinata persona, che io voglio fare.

Chiedere certezza in un percorso di de-istituzionalizzazione con una contraddizione in termini. Sto estremizzando, ovviamente. Un pò di certezza ci vuole: l'orario, il salario, il luogo dove lavoriamo. Ma, il lavoro ce lo dobbiamo inventare. Non è detto che dobbiamo sempre stare dentro alle strutture, non è detto che dobbiamo stare solo a casa dell'utente. Dobbiamo inventarci altri luoghi, altri modi, altre relazioni, altri soggetti del nostro percorso.

E quindi dobbiamo sapere che una certa quota d'incertezza per noi è pane quotidiano, è quel qualcosa che alimenta la ricerca di nuove soluzioni e di nuove strade.

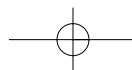
Mi pare che son troppo lunga... salto ancora... Un ultimo cenno ancora... quando vi parlavo prima della necessità della partecipazione dell'utente. Utente inteso in senso lato, la persona che sta male, ma anche la sua famiglia, ma anche i cittadini, al percorso di cura e di assistenza, voglio ricordare una cosa, si parla di "empowerment" che definisce il dare valore all'altro, sottolineare il suo potere, sottolineare dunque le sue capacità.

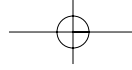
Ci sono più modi d'intendere questa parola e quindi poi, di metterla in atto.

Un modo, è una modalità molto diffusa, quasi inflazionata, ed è secondo me, una modalità di riconoscere, di dare significato alla parola "empowerment" e alle azioni che la sostanziano in maniera molto riduttiva e semplicistica.

"Empowerment": dare valore al cittadino attraverso l'informazione. Gli sportelli informativi al cittadino, di cui tutte le amministrazioni si fanno in qualche modo belle, sono qualcosa di doveroso, sono qualcosa di dovuto. Ma non possiamo scambiare il livello informativo, relativo ai servizi che noi diamo con gli sportelli, con il numero verde al cittadino, con il sostenere i suoi percorsi di autonomizzazione e di acquisizione di potere. Sappiamo per certo, che agli sportelli informativi vanno quelle persone che hanno già un sufficiente potere, che hanno già sufficiente autonomia, che sanno di potere andare in quel luogo, perché sanno formulare la domanda e si aspettano la risposta.

Quindi, l'informazione ha un livello fondamentale, ma non è assolutamente sufficiente nel percorso di





partecipazione e coinvolgimento dei cittadini.

Mentre invece è fondamentale, io credo, che qualcuno, penso a Dell'Acqua stamattina, ve l'abbia detto, nel percorso di coinvolgimento dell'altro, credo, che sia fondamentale ricordarsi questo assioma, questa frase: "Io m'aspetto qualche cosa da te". Io operatore mi aspetto qualche cosa da te, utente. Cioè, credo che tu attraverso il mio intervento puoi acquisire delle nuove capacità, posso sottolineare le tue attività, posso pensare che tu domani abbia un potere diverso.

Quindi anche di fronte all'ultimo, di fronte all'ultimo, io non mi fermo; perché rispetto a M. invento un gruppo particolare, un gruppo speciale, un gruppo, un'équipe, che quindi si sente fortemente valorizzata dall'attenzione che è stata posta sul suo essere équipe e riesce a tirar fuori il sangue dalle crape e per crape si possono intendere tutti i soggetti, sia quelli dell'équipe, sia il soggetto M., per non fare differenze fra gli uni e gli altri.

Bene, finisco. Ho parlato forse troppo. Gli indicatori di qualità.

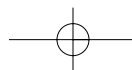
Allora, gli indicatori di qualità sono anche delle domande. La formazione continua dell'équipe. Che, però deve essere una formazione, secondo me, teorico-pratica. Non può essere solo una formazione teorica. E vi domando, quale ritorno voi della salute mentale che un giorno sì e un giorno no fate formazione, avete avuto dai vostri numerosissimi corsi di formazione relativamente alla vostra capacità di essere soggetti armonici all'interno di un'équipe?

Secondo: l'équipe per essere un'équipe di soggetti, è armonica, è de-istituzionalizzata, deve operare uno scambio continuo. Uno scambio fra soggetti, continuo. Tutti i giorni o quasi tutti i giorni, possibilmente, ci deve essere una breve riunione operativa in cui si puntualizzano i percorsi da fare rispetto a quell'utente, rispetto a quell'altro. Si definisce chi è, l'operatore chiave, si definisce qual è il percorso, grosso modo, si definisce chi è il "case-manager", si definisce, chi fa cosa.

Quando si parla di un singolo utente, molto spesso si puntualizzano dei percorsi tipo che poi possono valere anche in tante altre situazioni.

Domanda. Si fa sempre la riunione d'équipe tutti i giorni nei vari servizi di Salute mentale, Dipartimento delle dipendenze, Distretti che qua non ci sono?

Poi la stessa l'aveva già posta Bruno. Conoscono gli operatori della Salute mentale, dei Distretti e del Dipartimento delle dipendenze i programmi dell'Azienda sanitaria? Il responsabile di struttura, ogni giovedì quando viene fuori dal Collegio di direzione che puntualmente si fa tutti i mercoledì, restituisce le informazioni di quello che passa nel Collegio di direzione, in maniera puntuale sempre e comunque? Gli operatori conoscono gli obiettivi della struttura alla quale appartengono? Partecipano alla definizione



degli obiettivi? Li discutono con il responsabile della struttura semplice o complessa alla quale appartengono, prima che questi obiettivi diventino il piano aziendale? Sì o no?

Il singolo operatore si assume la responsabilità del carico di un certo numero di utenti o di un certo numero di percorsi? È definito che quegli utenti sono di quell'operatore? Che quell'operatore è il "case-manager" di quegli utenti, di quelle famiglie, di quei programmi, di quei percorsi? Il dirigente di quell'unità operativa o di quella struttura, delega all'operatore la responsabilità dei percorsi, assumendosi egli il rischio anche di qualche inceppo o anche di qualche fallimento? Perché, per lasciare il potere agli altri, per facilitare il percorso di guadagno di potere, bisogna che il dirigente si tiri un pochino da parte, e tirarsi un pochino da parte qualche volta significa anche rischiare, che quell'altro faccia anche qualche piccolo...

Intervento: incomprensibile.

dott.ssa Cogliati: *Il mio compito è solo quello di farvi delle domande, poi io me ne vado nel mio distretto, perché ho tanto da fare.*

Ecco. Quindi, l'operatore se la prende questa delega? Se la strappa questa delega?

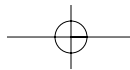
Qui la domanda è fatta a voi, non la faccio ai vari Mezzina, Norcio, Dell'Acqua e via avanti così. La potrei fare anche a loro. Però, oggi stiamo parlando di voi, c'è una reciprocità. Io mi prendo la delega, non è detto che l'altro me la debba dare, ma io me la devo prendere. Ve la prendete? Avete delle responsabilità che sono sancite? O, c'è una certa passività di quello che fa le ore in cucina, come in manicomio si stava in cucina, adesso si sta in farmacia o si sta seduti tra infermieri piuttosto che con gli utenti, piuttosto che inventare nuove cose da fare? Quanto è attivo l'operatore nel proprio ruolo? Quanto è propositivo? E quanto è passivo, lamentandosi poi che non ha spazio, perché non gli viene dato spazio, quando non propone niente per occupare quello spazio? E qua chiudo.

Ce n'è di materiale. Non volevo avvilirvi troppo...

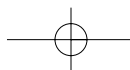
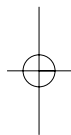
5 marzo 2003

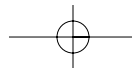
Trascrizione contributo teorico registrato

124



Fare, guardarsi fare.  
Fare insieme, guardarsi, fare insieme...





## Intervista al Signor D., utente dei servizi di salute mentale.

di Maurizio Costantino

Vorrei provare a ripercorrere la tua storia, quella che ti ha portato poi al Centro di Salute Mentale di Via Gambini: dovresti cominciare dal momento in cui pensi tutto è iniziato.

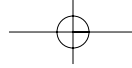
**Si può lasciare l'Inquisizione senza essere arsi, ma non senza essere scottati** [Anonimo]

Allora dal 1976. All'inizio dell'anno ero venuto in Italia, a Trieste. Vivevo e lavoravo in Svizzera. Ero venuto per cercare lavoro, ero saldatore specializzato, anche se avevo grosse discussioni su questo punto con mia moglie, lei è tedesca. Al cantiere dell'Arsenale, a Trieste, avevo avuto un colloquio che era durato più di due ore con il Direttore che mi aveva assicurato di assumermi con uno stipendio ottimo: allora cosa ho fatto? Sono tornato in Svizzera e all'inizio di giugno ho dato le mie dimissioni. E al 30 di giugno, esattamente all'ultimo giorno di lavoro, avevo preso una buona parte della mia indennità. Tornando a casa, nella cassetta della posta - erano precisamente le 11.30 - c'era una lettera dell'Arsenale di Trieste.

"Che strano - mi sono detto - che coincidenza, il 30 finisco e il 30 ricevo questa lettera!"

Ero praticamente convinto che questa lettera era della mia assunzione. Ma in questa lettera, scritta bene ovviamente, era scritto che non mi assumevano più!!!

Io, quando ho letto queste parole, non riuscivo a persuadermi che una cosa così potesse essere successa, che non mi assumessero, questo mi sembrava una cosa ridicola. Ed allora ho cominciato a bere. Bevvi, bevvi, bevvi: ho svuotato tutto quello che avevo in casa, e per finire anche una bottiglia di grappa di due litri. Fino a svuotarla e quando l'ho finita sono caduto... Cadendo ho sbattuto la testa, dietro l'orecchio contro un tavolino di cristallo. La mia fortuna è stata che a mezzogiorno quando mia moglie e mia figlia sono arrivate K. (mia figlia) vedendomi per terra ha cominciato a gridare. Mia moglie non so cosa abbia pensato, forse che ero morto, così ha chiamato i carabinieri. Sono arrivati subito, hanno chiamato l'ambulanza e mi hanno portato all'ospedale: lì, da quanto dicono, quando sono arrivato ero in uno stato di morte clinica. Vai a sapere fin dove era salito lo zucchero, però questo me l'hanno detto dopo e sono rimasto in ospedale per più di due settimane. Nel frattempo mia moglie mi aveva mandata mia figlia con



un biglietto dove mi diceva che dovevo concederle il divorzio. Era una cosa ridicola, praticamente una vigliaccheria.

Proprio in quel periodo... ma ho detto: "D'accordo, sono d'accordo comunque...". Ma i dottori le hanno detto che non era il momento. In seguito dopo essere uscito dall'ospedale, mi hanno mandato in convalescenza. In Svizzera ci sono veri hotel per la convalescenza...

Ma scusami, all'ospedale qual era la diagnosi?

Loro, hanno detto che lo zucchero era salito in modo incredibile, che praticamente ero stato in coma.

Vuoi dire un coma etilico, non causato dal colpo sulla testa?

Per causa dell'alcool, sì a causa dell'alcool; avevo una sonda di 40 cm nel braccio: poi mi hanno mandato in convalescenza in montagna, a circa 80 km da casa mia. Mia moglie i miei figli mi hanno accompagnato, ci sono rimasto un mese e mi sono ristabilito.

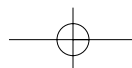
Ma come stavi?

Stavo benissimo, dovevo solo controllare le urine con dei foglietti di carta. In ospedale mi hanno detto che se fossi arrivato in ospedale cinque minuti più tardi, sarebbe tutto finito. Sarei morto... Ma lì, in montagna ero controllato dal medico e dovevo solo seguire una dieta. Non era male, ho fatto alcune amicizie, c'erano anche due italiani, ma era veramente un hotel per quelli che avevano bisogno di riposarsi.

Ma con tua moglie, dopo la sua richiesta di divorzio...

Aspetta, dopo sono ritornato a casa e insisteva per divorziare. Ma io non ne volevo sapere di questo divorzio. In quel periodo ero disoccupato! Eh sì! Ero disoccupato, sì! Prendevo 80% del mio stipendio, ma era lo stesso tanto, circa 2000 franchi Svizzeri: allora non avevo problemi economici, poi quando sono ritornato a casa i litigi hanno ripreso e lei voleva assolutamente il divorzio... insomma era così agitata, piangeva, le ho detto: "ascolta te lo do questo divorzio".

Praticamente abbiamo avuto un divorzio così stupido, completamente idiota, non so come definirlo! Allora si decide, si divorzia, ho detto, d'accordo, ma si fa fifty-fifty!!!". Pensavo che G. (il mio figlio più grande) sarebbe venuto con me a Trieste, ma alla fine... prenderlo con me per cosa? Primo non sarebbe venuto, e poi come potevo sradicarlo di là, la scuola e tutto il resto... Ed è a questo momento che mi sono accorto, andando alla banca che - vai a sapere da quanto tempo - mia moglie mandava i nostri soldi a



sua madre, che non ne ha bisogno, è dentista! Mandava questi soldi in Germania da sua madre che li bloccava, non potevamo toccarli prima di 10 anni. Abbiamo avuto un litigio fortissimo e mi sono deciso... era inutile insistere, non si può tenere legata una persona con la forza.

Allora le ho detto che se voleva il divorzio doveva occuparsene e che non le avrei dato un centesimo. Ma la tiravo per le lunghe! Lei ha anche portato un carabiniere a casa, come per minacciarmi, perché raccontava che aveva paura di vivere con me, io all'inizio l'ho ascoltato ma poi grande e grosso com'era l'ho spedito fuori casa. Alla fine, ho dovuto andare da un avvocato e gli ho detto chiaramente che non avrei dato un centesimo e che comunque non avevo più niente da perdere. Alla fine gli ho fatto capire, ed anche a mia moglie che dovevano stare attenti, che facevo sul serio.

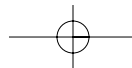
E poi te l'ho detto, come potevo tenerla legata se non voleva? Così ci siamo anche andati per divorziare e ho anche dovuto mentire, se no non si divorziava perché le ragioni non erano sufficienti, perché i litigi che avevamo erano normali, quelli che si fanno in tutte le famiglie, niente di più. Insomma, ho dovuto raccontare che ero... fare la parte del violento, ecco! In quel periodo era impossibile vivere in casa! Ma comunque avevo deciso che sarei tornato in Italia. Non ho mai capito quale era la vera ragione per avere il divorzio a tutti i costi, forse questa storia d'Italia. Ma se fosse stata un'altra donna mi avrebbe detto: "D'accordo, vai in Italia per sei mesi e vedi tu-stesso". Mi sarei bruciato le ali, sarei voluto tornare e forse tutto sarebbe finito lì. Ma da quello che capisco oggi, credo che ci doveva esserci qualcos'altro. Dunque il 12 ottobre il divorzio finisce e vengo a Trieste. Sono rimasto disoccupato due mesi e poi ho trovato un posto come guardia giurata.

E la tua salute? Conseguenze del coma?

Ma niente. Stavo attento a quello che mangiavo, ma stavo bene. Tutto è successo perché avevo bevuto tanto, capisci? Ho bevuto tutto quello che c'era, perché non m'interessava più niente, perché avevo letto questa lettera e mi sentivo in trappola porca miseria! Era completamente ridicolo. Allora ho cominciato a lavorare come guardia giurata e facevo 280/300 ore al mese. Un mese mi ricordo ho fatto 317 ore...

Poi mia moglie ci ha ripensato, non ne poteva più, ha avuto una crisi perché 18 anni assieme è una vita, non è un giorno! All'inizio non volevo, ma poi ci ho ripensato e avevo l'impressione che quello che avevamo fatto non aveva nessun senso. Mi mandava lunghe lettere in cui mi diceva che non poteva vivere senza di me, che i bambini devono avere un padre di famiglia e alla fine è venuta 15 giorni a Trieste. È venuta, ma le avevo detto che non sarei tornato in Svizzera. Mi aveva detto che non c'erano problemi e che avrebbe venduto tutto, che non c'erano problemi di soldi e che avremo potuto comprare una casa



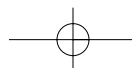


a Trieste, e infatti l'abbiamo anche cercata. Poi è dovuta ripartire, i ragazzi erano soli. Ma dopo 5 giorni mi manda una lettera dove mi dice che non ne vuole sapere più niente, che non vuole venire in Italia, che non mi ama... T'immagini come l'ho presa!

Poi mia madre si è ammalata. Una notte, alle due, ero di servizio in una banca, vengono a dirmi che mamma era morta... era il 20 aprile. Continuavo a lavorare. Non avevo nessuna idea, nessuna voglia di uscire, mi annoiava mettermi in contatto con qualcuno, un caffè ogni tanto con un amico, ma soprattutto lavoravo sempre... Quando c'era qualcosa da fare ero sempre pronto, l'idiota della compagnia praticamente, perché ero sempre io...

Quattro giorni dopo la morte di mia madre, mi è successo qualcosa di strano. Ero di turno di notte, erano circa le due. Dovevo andare in qualche condominio, qualche negozio e passavo in una strada che si chiamava "Chicago Street" perché non è ben frequentata, soprattutto di notte è triste... allora ho fatto il mio giro notturno e ho informato la base che stavo rientrando. Sanno che ci metto un quarto d'ora a rientrare. Per strada incontro un ragazzo e una ragazza che mi dicono di aver visto un tipo sospetto. Sul momento volevo lasciar stare, ma dopo ho pensato che poteva succedere qualcosa, così sono andato con loro a vedere ma non c'era niente. Allora me ne vado e quando passo vicino al mare penso di andare sul molo perché in aprile le seppie vengono sul bordo e volevo vederle con la mia torcia. Di colpo accendo la luce e vedo un giovane, blue jeans sfilacciati, giubbotto tipo militare, una testa più alta di me, barba lunga. Sto per chiedergli chi è e lui tira fuori il suo coltello! Senza dire una parola. Ho reagito automaticamente e l'ho colpito al viso con il calcio della mia pistola. È inciampato su una corda ed è caduto in acqua. Rimetto a posto la mia pistola e lo tiro fuori dall'acqua. E lì è stato il mio errore, l'aiuto a salire e gli dico che lo porto dalla polizia. Appena ha sentito la parola 'polizia' mi ha spinto bruscamente e ho sbattuto la testa contro una barca. Per un istante ho sentito il terreno sparire sotto i miei piedi, ho visto tutto nero, ma per un istante soltanto. Lui se avesse voluto poteva finirmi in quel momento... ma doveva essere un professionista. Ho ripreso le mie forze e le sono corso dietro. Ed ad un certo momento mi sono inginocchiato e ho puntato la pistola su di lui... ma nello stesso momento mi sono detto: "Se sbaglio l'uccido... e forse è soltanto un delinquente da quattro soldi". Se non ho tirato prima quando ha tirato fuori il coltello davanti a me... tiro adesso che ha la schiena girata? No, no". Allora ho cercato di raggiungerlo. Ma niente. Alla fine sono andato alla base in ritardo ma non ho detto niente. Un po' perché mi vergognavo di averlo lasciato scappare in questo modo e in più non mi sentivo bene. Mi sono sdraiato. L'indomani e per tre giorni di seguito non stavo bene e vomitavo, ma poi tutto è finito e non ci pensavo più...

Un mese più tardi circa, ho cominciato a ricevere delle telefonate anonime minacciose e siccome non



capivo perché, ho raccontato tutto quello che mi era successo pensando che forse questo tipo voleva vendicarsi... ah, sì, perché non ti ho detto che quando avevo tentato di seguirlo avevo visto delle macchie di sangue per terra, piccole, si vede che l'avevo ferito.

Ho ricevuto queste telefonate per più di un mese ed avevamo tutti i nervi tesi perché c'era stato un attentato in uno degli stabili dove uno di noi lavorava, allora eravamo sempre all'erta. Poi ho trovato un altro datore di lavoro, sempre come guardia giurata, ma lavoravo meno e guadagnavo di più!

Durante questo periodo ho incontrato A., finalmente dopo mesi e mesi era la prima donna che avevo il coraggio di avvicinare, praticamente mi difendevo contro qualcosa ma non sapevo neanche cosa.

Con A. c'era una certa armonia. Mi aiutava, veniva a casa mia, mi accompagnava al lavoro... ma un giorno scendendo le scale cado per la prima volta. Era nell'ottobre 1977. Mi rialzo, continuo a scendere e cado una seconda volta. Mi sostiene. "Stai attento a dove metti i piedi", mi dice lei. "Sì, sì, rispondo io".

Bene, ho pensato che poteva essere per via delle scarpe che avevano tacchi troppo alti. Mi sentivo ubriaco, ubriaco senza aver bevuto. Ottobre è passato, mi ricordo ancora di novembre poi... poi non so. Dopo era dicembre, no? Era dicembre e mi sono ritrovato dal neurologico (Ospedale Generale, Divisione Neurologica, N.d.A.) e da quel momento il calvario è cominciato.

Chi ti aveva fatto ricoverare?

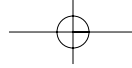
Lei, A.! aveva chiamato il medico, non stavo bene, mia sorella è venuta anche lei. Mi hanno portato al neurologico, mi hanno fatto un sacco di analisi, litri e litri di fleboclisi, fino al momento in cui un giorno... avrò ingurgitato centinaia di pillole, fatto elettroencefalogrammi e non trovavano niente, non sapevano cosa avevo e poi mi hanno fatto firmare una carta e mi hanno fatto la puntura lombare, non mi ricordo più quale mese era. Poi mi hanno mandato al "Sanatorio Neurologico" e lì...

No, no... aspetta un momento, perché così è un po' confuso. Sei caduto più volte nelle scale, hanno chiamato un medico e cosa ti ha detto il medico? Come stavi?

Non lo so neanche io cosa avevo. Niente. No, non avevo niente.

Come niente?

Niente, avevo soltanto delle vertigini. Cadevo all'indietro e siccome in ospedale c'era uno che cadeva sempre avanti, gli ho detto che potevamo viaggiare in coppia!



Un minuto, ma il primo medico che ti aveva visitato cosa ti aveva detto?  
No, in ospedale...

Vuoi dire che la prima visita che ricordi è all'ospedale?  
Ma non lo so io, mi sono ritrovato all'ospedale.

Vuoi dire che cadendo sei svenuto?  
Ho perso i sensi, forse. In un modo o nell'altro sono finito lì dentro!

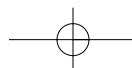
Insomma ti sei trovato all'ospedale.  
La situazione non migliorava, al contrario stavo sempre peggio. Non so cosa i medici dicevano su quello che avevo... comunque mi davano dei farmaci. Un sacco di farmaci.

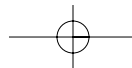
Quanto tempo sei stato ricoverato?  
Mesi.

Quanti?  
Molti, non lo so esattamente.

Ma, uno, due o sei mesi?  
Penso che tra dentro e fuori il tutto sarà durato un anno. Fino a quando mi hanno fatto firmare una carta dove accettavo... ma non stavo per niente bene, ho visto che le firme di quel periodo erano tutto un tremolio. Non sapevo quello che avevo, piangevo senza ragione, ero depresso, ero, come dire, stanco; pensavo che era tutto un'insieme, come si dice? I nervi a pezzi, perché anche con la relazione con A., una buona relazione, pensavo sempre ai ragazzi, alla famiglia. Devi sapere che dopo 18 anni di vita in comune con una famiglia, mi sentivo sradicato e portato in un altro mondo, solo tra quattro mura, capisci? Praticamente in solitudine, cioè ero con altri, ma ero un'anima sola. È questo che è successo, questo mi ha distrutto, più che altro. Niente altro. E tutte le pillole che mi davano, se invece mi avessero mandato in montagna...

Ma non avevi nessun controllo su quello che succedeva? E la famiglia?  
No, io no! Loro sì, si preoccupavano ma non potevano fare niente. Tremavo sempre di più...





Alle due del pomeriggio, dopo mangiato ero calmo, mi davano la terapia e cominciavo a tremare, a sudare... Insistevano. Il mio sedere era diventato come legno per colpa delle punture, gli aghi non entravano più, le mie braccia erano torturate, pieno di sangue per via delle fleboclisi, litri di fleboclisi. Ma non miglioravo, peggioravo. Di peggio in peggio, di peggio in peggio, di peggio in peggio.

Poi, mi hanno spediti al "Sanatorio Neurologico", e poi ancora da un'altra parte, non mi ricordo più. E poi A. mi ha portato a Padova, in una clinica di lusso. Ci sono rimasto 24 ore. Perché mi sono visto in questa clinica con le sbarre alle finestre e mi sono detto: "Ma sono in carcere!". Non ero libero. Come le bestie e lì mi deprimevo ancora di più.

Ti ricordi un po' quello che i medici ti hanno detto?

Ma i medici non dicevano niente, almeno io non ho mai saputo quello che avevo. Forse erano solo interessati ai soldi! Ho saputo solo poco tempo fa chiedendo al Centro di Via Gambini, cosa voleva dire "demenza senile precoce". Ebbene, dopo Padova, sono rimasto una decina di giorni in un'altra clinica privata, il "Sanatorio Triestino"... ma non erano specializzati in quello che avevo, "qualcosa di nervi". Lì, si davano il turno per non lasciarmi solo.

Cosa vuoi dire con "qualcosa di nervi"?

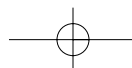
Perché da quello che ho capito i miei nervi erano completamente a pezzi. Non avevo nessun male. Non avevo niente. Un collasso di nervi con tutto quello che era successo durante gli anni precedenti... anche l'emigrazione all'inizio era dura sai... per gli italiani. Per tutte le ore che facevo per economizzare, il disaccordo familiare e da un'altra parte volevo bene a mia moglie, ero molto legato ai miei bambini. È tutto l'insieme che mi ha provocato questa cosa. Poi non devi dimenticare che lavoravo dalle 10 ad un massimo di 15 ore, qualche volta 16 ore al giorno. Con un pasto solo, dormire poco.

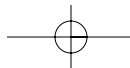
Perché lavoravi così tanto?

Non tanto per i soldi, ma perché pensavo che un uomo senza lavorare diventa... niente.

Ma allora non stavi mai a casa tua?

A casa mia? A fare cosa? Sto parlando di quando ero qui, a Trieste, ero solo. In Svizzera restavo a casa, e come se ci restavo! Era qui che lavoravo in maniera esagerata. Qui non facevo neanche feste. Ho lavorato a Pasqua, a Natale. La notte di Natale ero chiuso in una banca. Sempre solo, solo con me stesso.





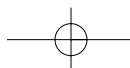
Ma, scusami, se parli di collasso nervoso questo significa che le vertigini erano associate a questo collasso? Sì. Cosa poteva essere? Secondo me, sì. Ma semplicemente mi curavano con le droghe. Mi davano dei farmaci per la malattia mentale e praticamente mi uccidevano. Infatti sono finito due o tre volte alla terza divisione di medicina. Ero morente.

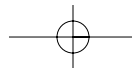
Come morente?  
Per avvelenamento del sangue.

Ne sei certo?  
Come ne sono certo? Scherzi? D'urgenza in più, perché stavo per morire.

Ti chiedo ancora se eri cosciente di quello che ti succedeva e cosa ne pensavi?  
L'unica cosa che sapevo è che non stavo bene, ma non ragionavo molto bene. Vivevo nella speranza che questi farmaci mi facessero del bene, che mi servissero, mi tirassero su. Ho anche creduto che esistesse un servizio dove avrei potuto stare bene. Ero drogato, drogato dai farmaci. Mi hanno fatto la puntura lombare... sono andato in coma... ho fatto un orribile sogno. Ho avuto un terribile incubo. Mi sono alzato e sbattevo dappertutto, così mi hanno raccontato. Ogni medico faceva la sua terapia! Durava un'eternità. Non finiva mai.

Ma eri cosciente?  
Ero cosciente sì! Perché era come un sogno. Sentivo qualcosa in tutto il mio corpo di cui non mi potevo liberare. Ero... non so neanche... qualcosa di spaventoso, non lo auguro a nessuno, non lo auguro... Poi, sono scappato da lì in accappatoio e pantofole... È quella volta in cui ho buttato giù il guardiano. Sono andato da amici, loro mi hanno capito. Ho fatto una doccia, mi hanno dato dei vestiti e sono andato a casa mia. Hanno chiamato la mia nuora perché avevano paura che mi succedesse qualcosa... era in luglio, faceva molto caldo. Certo sono arrivato a casa mia e non avevo le chiavi, mio cognato voleva riportarmi in ospedale. Volevo restare a casa mia per farla finita, perché ero troppo tormentato, non ce la facevo più... non ce la facevo più... Poi mi sono deciso e sono tornato in ospedale con lui. Sono rimasto lì, alla terza Divisione due o tre settimane. Lì mi hanno legato le mani perché dicevano che ero cattivo, non so cosa non volevo lasciarli fare. Non mi ricordo delle terapie, ma ricordo bene i braccialetti. Degli amici che mi hanno fatto visita, hanno





visto che ero legato, ho ancora le cicatrici.

Al punto in cui ero, credo che nessuno voleva sapere più niente di me, in fin dei conti dopo tutti questi vai e vieni dai ricoveri, se ne fregavano, nel vero senso del termine. Allora, una sera, ero quasi addormentato, mi hanno portato in ambulanza ai lungodegenti. E anche da lì sono scappato.

Non ci sei mai andato lì dentro? Mamma mia! Vacci, vacci una volta. Ma di giorno, perché di sera prendi paura!

È una stanza enorme, due file di letti, un odore di muffa e di cancrena. Sono tutti vecchi 70/80 anni. Li portano lì a morire. Li portano lì e muoiono, e non ti fanno niente. Mi hanno fatto una puntura per dormire, chiedevo sempre le punture, non potevo... non potevo vivere senza, perché non riuscivo più a dormire. Al mattino presto mi sveglio e comincio a vedere delle ombre. Dio mio... alcuni erano senza gambe... ma Dio mio dove sono? Sono morto allora? Ho pensato che ero morto. Vedevo dei fantasmi, questa puzza. Poi mi sono reso conto dove ero e ho deciso di andare via...

Non avevi visto nessun medico? Te ne ricordi? Anche prima di essere trasferito ai 'lungodegenti'?

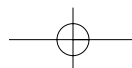
Nessuno, nessun medico, nessuna spiegazione

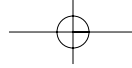
Quanto tempo ci sei rimasto?

Quanto tempo? Quella notte, e poi sono filato via! Scherzi! Ragionavo sai! Non ero cretino! Ho detto: "A questo punto no!". Allora con la scusa del telefono sono riuscito ad andare nel giardino. Per controllare dove ero, perché non sapevo nemmeno dove ero! Era un posto completamente diverso per me. Ti ho detto che mi hanno portato in ambulanza. Ho visto la strada dopo il giardino.

Ho aspettato un po', sempre in accappatoio e pantofole. Sono arrivato sulla strada, ma lì nel parco, anche in accappatoio nessuno faceva attenzione. Poi ho visto il portone principale e ho deciso di buttare giù il guardiano, pensavo che non mi dovevo lasciare bloccare da nessuno. Ho avuto fortuna e sono arrivato a piedi a casa di mia sorella e le ho raccontato, le ho parlato di questo posto... lei ha capito.

È andata all'ospedale, ha preso le mie cose, c'era una sua amica infermiera, perché mi ero procurato del "Talofen", e veniva a farmi le punture. Avevo una vecchia ricetta medica. Ma ero così saturo che una puntura non bastava... ma questa infermiera non poteva prendere la responsabilità di farne più di una al giorno. Aveva paura che potessi morire! Non ne avevo mai abbastanza. Alla fine sono riuscito a convincere mia nipote di procurarmi delle siringhe e me le facevo da solo, anche sul petto e le cosce perché sul culo gli aghi si piegavano!





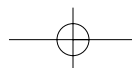
Volevo soltanto dormire, solo dormire. Poi mi sono ripreso pian piano, per modo di dire. Il primario del Centro è venuto a casa e mi ha detto di andare al Centro. Sai, voi fate attenzione che nessuno scappi. Ma mia sorella mi ha detto che un giorno mi ha visto che camminavo vicino al Centro, vestito ma senza scarpe. Puoi immaginarti? Ero completamente rincoglionito dai farmaci, così non sapevo neanche come mi vestivo. Non sapevo. Non me lo ricordo, è mia sorella che me l'ha detto. E poi sinceramente ho un sacco di vuoti di memoria, cose di cui non mi ricordo più. Poi un giorno mi sono messo in testa che volevo andare in Svizzera, perché un giorno ho avuto una crisi di pianto a casa di mia sorella e le ho detto che volevo vedere i miei figli. Avevo una grande nostalgia, volevo vederli a tutti i costi. Eravamo circa nel mese di ottobre 1978. Allora mia sorella ha parlato col primario del Centro e lui ha detto: "Sì, andrai, aspetta ancora un po'...", perché una volta ero stato legato, avevo una tendinite, zoppicavo, camminavo male, dovevano curarmi e allora il primario ha detto: "Aspetta che passi... mettiamo una macchina a tua disposizione", e c'era un'infermiere che mi ha detto che mi avrebbe accompagnato in macchina. Perché avevano paura di lasciarmi partire da solo, che mi succedesse qualcosa, il primario era lui stesso intimamente convinto, come gli altri, che avevo questa famosa demenza senile precoce, questa diagnosi. Insisteva. Era la fine di novembre, ho comprato un biglietto e sono partito. Ho buttato tutti i farmaci nell'immondizia e dal momento in cui ho smesso di prenderli mi sono accorto che tremavo di meno e che mangiavo di più, sudavo di meno, fino a quando il tremolio pian piano è scomparso. Allora ho capito che erano i farmaci che mi avevano provocato questi effetti e ancora oggi se ho mal di testa non prendo nessun farmaco, perché mi dico così come è arrivato dovrà andarsene ed è così. Praticamente quello che ho avuto sono solo diagnosi false, niente altro, perché se mi avessero mandato in montagna due mesi... mangiando, curandomi un po' i nervi, sarebbe andato, sarebbe finita. Invece cosa hanno fatto? Mi hanno fatto delle cure del sonno e ognuno faceva la terapia che voleva, ad ogni medico la terapia cambiava.

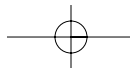
Ascolta, ma durante questo periodo di ospedalizzazione di più di un anno non c'è mai nessuno che ti ha chiesto chi eri, la tua storia?

Sì, un medico me l'ha chiesto e l'ha anche scritta e poi l'ho letta e secondo me c'erano un sacco di bugie che avrà inventato...

Per esempio?

Per esempio che soffrivo di impotenza, non so se glielo detto, ma in verità è che non volevo... ero trop-





po triste... poi ho qualche cartelle cliniche, le puoi vedere...

Allora possiamo dare degli estratti delle cartelle cliniche senza menzionare i Servizi ed i medici...  
Va bene.

### Estratti delle cartelle cliniche

Diagnosi di accoglimento: Sindrome depressiva.

**03.01.1978**

Parere del medico: La descrizione fatta dei suoi disturbi è teatrale. Racconta dettagli della sua vita per attirare l'attenzione. Evidentemente è marcata un'ipertrofia dell'io, tendendo a nascondere i suoi insuccessi e le sue frustrazioni. Esami neurologici ed obiettivi negativi. Lo lasciamo uscire consigliando una psicoterapia ambulatoriale.

Diagnosi all'uscita dell'ospedale: Crisi di ansietà in personalità abnorme. Somatizzazione dell'apparato digerente. Tachicardia parossistica. Sensazioni di vertigini, parestesia.

**12.01.1978**

Diagnosi all'accoglimento: Allucinazioni e confusione.

**15.01.1978**

Diagnosi all'uscita: Conferma della diagnosi precedente su probabile base organica.  
È mandato a... (un altro Reparto).

**15.01.1978**

Diagnosi all'accoglimento: Sindrome psico-organica evolutiva.

**03.02.1978**

Situazione ed esami in ricovero: Aggravamento astenia, abulia, anoressia. Rallentamento psico-motorio. Cefalea e nausea. Pneumoencefalografia: atrofia cerebrale presunta.

Diagnosi all'uscita: Supposta epi-sintomatica. Sindrome depressiva-ansiosa con aspetti di somatizzazione ed atipiche.

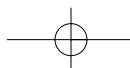
**22.02.1978**

Diagnosi all'accoglienza: Segno di sofferenza encefalica diffusa con modifiche elettroencefalografiche in atrofia cerebrale (dimostrata alla Tomografia computerizzata e alla pneumoencefalografia).

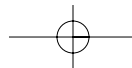
**07.03.1978**

Epi-sintomatica? Sindrome depressiva con aspetti atipici con una personalità abnorme.

**136**







**22.03.1978** Diagnosi all'accoglimento: Grave stato di confusione mentale e crisi depressiva.  
Parere del medico durante l'ospedalizzazione: Tomografia computerizzata e pneumoencefalografia avrebbero senza equivoci (sottolineato da me, N.d.A.), messo in evidenza una atrofia cerebrale diffusa dovuto a causa per il momento sconosciuta.

**29.03.1978** Diagnosi all'uscita: Atrofia cerebrale. Demenza senile precoce.

Esaminando le cartelle cliniche è molto difficile poter dire quali sono i farmaci, tra quelli prescritti normalmente, che non sono stati amministrati al paziente.

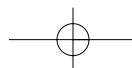
Ci eravamo fermati al momento in cui eri venuto per la prima volta al Centro di Salute Mentale, se non sbaglio verso la fine del 1978, comunque i medici del Centro ti conoscevano già perché erano stati chiamati all'ospedale per avere un loro parere. Volevo chiederti che tipo di attitudine ha avuto il Centro nei tuoi confronti?

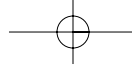
Mi facevano delle piccole flebo, ma se ho capito bene erano soltanto vitamine e c'era il primario che si occupava di me ogni tanto. Mi ricordo che un giorno c'era una festa (teatro di strada, organizzato dal Centro, N.d.A.) e il primario mi ha detto: "Dai, D. vieni con me, andiamo a vedere la festa. Ci andiamo tutti e due insieme". "No, no"; ho detto io. Ma poi sono sceso. Non restavo mai tranquillo non avevo mai un momento di tregua. Ero incapace di restare tranquillo, seduto, così come adesso per parlare con te. Restavo due minuti e ripartivo. Restavo o sdraiato o sempre in movimento. Ma posso dirti che all'ospedale sono stato torturato. Torturato in tutti i modi possibili.

No, un minuto, parliamo di come stavi al Centro. Ti ricordi?

Non so... mi ricordo della volta in cui volevi che andassimo a comprare delle calze pesanti e io ti ho detto che non volevo e dicevi che avevo ragione, che non tremavo sicuramente per via del freddo, ma che comunque era già inverno e che non potevo andare in giro vestito così poco... poi non so cosa dicevate su di me... durante le vostre riunioni.

Ebbene, eravamo piuttosto imbarazzati perché eri arrivato al Centro con questa diagnosi. Parlavamo molto di te perché in quel periodo eri forse il caso più delicato. Il primario ci ha spiegato che c'era una diagnosi...





senza speranza, che tu a 40 anni era come se avessi avuto 70 anni, che era soltanto questione di tempo. Cioè?

Bene... quanto tempo... saresti vissuto.  
Nient'altro?

Una questione di tempo. Malgrado tutto vedevamo una persona... era una diagnosi che diceva che non c'era più niente da fare, ma c'era la persona concreta e vedevamo il tremore, l'inquietudine, la difficoltà di concentrazione, la tristezza, la solitudine... Un giorno abbiamo capito... deciso... che se avessimo pensato sempre alla diagnosi... e così abbiamo deciso di ripartire da zero... di occuparci di te come se la diagnosi non esistesse. Allora c'è stato una progressiva riduzione delle medicine, abbiamo parlato con te e abbiamo cominciato a scoprire la tua storia, ti abbiamo dato le vitamine...

Sì, non dai le vitamine ad una persona per la quale pensi che non ci sia più niente da fare!

Sì, ma eri anche fisicamente in un pessimo stato. Dovevamo darti delle energie... fisicamente anche. Comunque in quel momento eravamo arrivati a due fiale di Valium soltanto al giorno...

Sì, mi ricordo, ma poi quando ho detto che volevo partire avete avuto paura che morissi per strada?

Beh, oggi è facile dirlo! Al contrario, la tua idea di partire ci è sembrata buona, era un segno di vita. Insomma abbiamo tirato un po' per le lunghe fino a quando abbiamo avuto l'impressione che saresti potuto partire...  
... e ti ricordi quando ho telefonato dalla Svizzera e che tutto andava bene?

Certo! Eravamo veramente contenti.

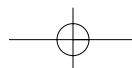
Non c'è stato un miracolo. Ai miracoli le scienze non devono crederci, no? Qualcuno ha sbagliato.

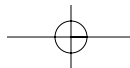
Si sono sbagliati all'ospedale.

Vorrei rifarti una domanda. Molta gente ha esaminato la tua malattia, ma nessuno ti ha chiesto delle ragioni del tuo star male?

No, nessuno me l' ha chiesto.

Ecco, non credi che è una questione importante?





Certo che è una questione importante. Penso che questo dovrebbe essere una delle prime cose da fare. Chiedere.

Pensi che saresti stato capace di dirlo, di rispondere?

Penso che lo sarei stato. Penso di sì. Perché no? Avrei esposto i miei problemi veri, come te li ho raccontati. Ero disperato. Dentro di me soffrivo. Vedi A., così come mia sorella, i miei fratelli e qualche raro amico, perché era da 20 anni che non ero più a Trieste, loro si sono resi conto della solitudine che avevo dentro, capisci? Non sono riusciti, non sono stati in grado di tirarmi fuori da questo conflitto che avevo dentro.

Ma tu non gliene avevi mai parlato?

Come potevo fare? Con chi? Non avevo fiducia in nessuno.

Ma prima di star male?

Non ne ho parlato con nessuno. Al contrario, ti dirò che a volte quando ero con A. la chiamavo R. - come mia moglie. Quando stavo male, male, male dentro di me la chiamavo con il nome di mia moglie!!!

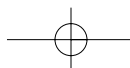
Ma perché non parlavi con nessuno?

Non so, spesso camminavo in mezzo a migliaia di persone, ma ero solo, solo.

Cosa ti ha insegnato questa storia? Scusami per la domanda, ma...

Ho imparato a vivere e a guardare con maggiore rispetto gli altri, quelli che non stanno bene. Cercare di capire il mio prossimo. È tutto. Cercare di capire e se puoi dare una mano, non dire: "Ho la pancia piena e me ne frego di chi ce l'ha vuota". Senza contare che chi ha la pancia piena non pensa mai che qualcuno l'abbia vuota! Ma se avessi veramente questo tipo di male... sarei come un bambino, come un matto. Credo che quello che mi ha salvato è l'ostinazione, l'idea dei miei figli, la forza che mi ha permesso di capire che c'era qualcosa che non funzionava, non andava.

Avevo il terrore di quest'ospedale, di questi uomini in bianco che venivano a prendermi e farmi fare avanti e in dietro. Non capivo quello che mi facevano. Non riuscivo a capire perché me lo facevano! Quando mi legavano, perché mi legavano? Era questo il problema, che sotto pretesto di volermi curare, loro forse facevano delle esperienze, come si dice? Degli esperimenti, ecco! Vivevo in una speranza ridicola con questi farmaci! Il più strano è che con tutto quello che ho avuto non ho mai pensato di avere un tumore.



Ho pensato a tutto, ma non a un tumore.

Mi dicevo che me la sarei cavata. Un giorno a casa ho preso tutti i farmaci e gli ho schiacciati sotto i piedi. "Non ne voglio, basta" Credimi era dura sai!

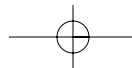
Una volta volevo fare un bagno, ma sapevo che c'erano questi attacchi di tremori. Le mie gambe si bloccavano, non riuscivo più a smuoverle. Allora per fare un bagno sapevo che dovevo fare presto perché avevo questi attacchi, era terribile se per strada sentivo i primi segni, dovevo correre da mia sorella ed distendermi per un'ora prima di stare meglio. Dunque esco dal bagno, avevo quasi finito di asciugarmi e... non so quanto sono rimasto lì, fino a che la polizia ed i pompieri sono arrivati.

Come hanno fatto per sapere che non stavi bene?

Sono io che li ho chiamati, ascolta come! Dopo essere rimasto per terra non so quanto tempo, cadendo e ricadendo, trascinandomi... volevo arrivare fino al letto ma alla porta della stanza sono crollato su un mobile dove c'era la radio, la televisione e il gira-dischi. Nel frattempo cominciava a fare buio. Lungo tutta la schiena avevo un forte dolore, indescrivibile. Ebbene, sono arrivato fino alla cucina e con una scarpa ho cominciato a battere per terra. Tutto questo senza riuscire a camminare, trascinandomi, perché ogni volta che provavo ad alzarmi, cadevo.

Allora ho cominciato a battere, battere, battere con questa scarpa. Niente, niente. Allora sono riuscito a sedermi su una poltrona, di colpo ho aperto gli occhi. C'era della luce e due agenti della polizia mi guardavano, c'erano i pompieri, erano riusciti ad aprire la porta. Quelli al piano di sotto li avevano chiamati. Poi mi hanno portato via in ambulanza... mi sono successe delle cose che non stanno in piedi, non è possibile che un essere umano possa sopportare tanto. È un contro senso. Senti, quello che mi hanno fatto non te lo puoi neanche immaginare perché non lo sai nemmeno se leggi le cartelle cliniche, vedi soltanto dei numeri, delle parole strane... solo questo, è tutto.

Insomma volevo dire la cosa più strana che mi è successa. C'era una suora che mi ha detto: "D. perché non vai fino a questa piccola chiesa qui nell'ospedale, passi per il giardino, ma stai attento al sole che ti può far male!". Ho deciso di andarci e camminavo da un lato del giardino, sotto gli alberi ed a un certo punto, quando ero quasi arrivato un tremore mi ha invaso la testa... Dio mio, non sapevo da che parte girarmi, avevo appena preso i farmaci, non ricordo più cosa mi avevano dato, un altro tipo di farmaco, una nuova puntura anche, sono riuscito a rientrare, ero tutto sudato, ero come pazzo. Pensavo. "Basta, non ne posso più, è la fine, cosa mi succede?". Mi hanno messo a letto, ci sono rimasto una settimana e hanno capito che era il nuovo farmaco. Mi ricordo molto bene che la suora mi aveva detto di prendere i



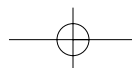
farmaci prima di andare in chiesa, "che spesso fanno miracoli", mi aveva detto. Che attacco quella volta. Senti, ho avuto una paura incredibile, non puoi immaginarti! Elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, aghi nella testa e non finiva mai. Una volta anche a Udine. Lì mi hanno fatto la tomografia, mi hanno messo la testa in una specie di scatola di vetro o di plastica, credo che mi hanno fotografato la testa, il cervello... penso, non ne sono sicuro. Ma mi ricordo di tutto quando mi hanno fatto la puntura lombare, per qualcuno che aveva la demenza senile precoce ho una memoria incredibile! Posso raccontarti tutti i dettagli! Dunque c'era una grande sala quadrata e c'era una specie di fosso e una macchina, sai perché me ne ricordo? Perché assomigliava molto a una tavola girevole che si utilizza per saldare, ma al posto del tubo e del pezzo di ferro ci mettevano un uomo. Ascolta! Ero legato e non potevo muovere neanche il mignolo, la testa tra le gambe e tutto questo su uno strano apparecchio che si muoveva e loro girandolo potevano metterti come volevano. Poi, due punture laterali sulle anche, non so cos'era... e poi quest'ago tra le costole e alla seconda non ho potuto resistere. Sono svenuto, in coma, mi hanno messo su una barella. La prima volta, dopo che l'ago è entrato nelle schiena non è stato doloroso, qualcosa di forte ma..., la seconda volta sono caduto in coma, quando ho riaperto gli occhi non so quanti giorni erano passati. Mi ricordo molto bene di questo. Non paura, qualcosa di molto peggio. Una paura come se per esempio sei ancora in vita e credi che stai per morire, ma sei ancora vivo... questo era veramente peggio, diverso, veramente peggio. Un incubo che ancora adesso...

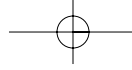
Aspetta, non sei obbligato a parlarne...

No, comunque le parole non potrebbero mai spiegare... andavo in una specie di galleria, ero in un posto scuro e freddo, pieno di croci. Pensavo di essere già morto, capisci? Questo posto era orribile, non potevo fare assolutamente niente, come una specie di nebbia... croci di ferro... E questo incubo è durato più di una settimana, anche quando ero sveglio; insomma da quello che mi hanno raccontato, ero legato e mi agitavo, oppure mi alzavo e mi rimettevo a letto e non parlavo di altro che di questo posto e di Mister Briggs. Più tardi ho letto una cartella medica: "Non capiamo assolutamente niente, delirante - qualcosa così - Parla sempre con un certo Mister Briggs". Ma sai che forse è questo Mister Briggs che mi ha salvato! Sai chi era questo Mister Briggs?

No, mai sentito parlare!

Era il personaggio di un film che avevo visto in Svizzera. Un personaggio - come si dice? - immaginario!





Insomma, c'era un nonno e suo nipote in questo film e Mister Briggs, con una giacca a quadri, un tipo dolce, compariva all'improvviso scendendo da un albero davanti al nonno e gli diceva che presto sarebbe venuto a prendere il bambino. Lui in realtà era morto. Allora il nonno si disperava, ma poi siccome non c'era più molto tempo, cercava di restare con il suo nipote. Poi Mister Briggs viene a prendere il bambino, ma il nonno non era disperato perché aveva capito che Mister Briggs non era cattivo. Hai capito? Allora quando pensi che lui era nel mio incubo! Immaginati, sette giorni così! E questi sempre con i loro farmaci! Non capivano. Poi mia sorella mi ha raccontata che erano sempre vicino a me: ma ero morto... e loro sulla cartella scrivono che parlavo con un inesistente Mister Briggs, come per insinuare che ero matto...

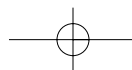
Ascolta, riprendiamo da meno lontano, quando stavi già meglio, cioè in Svizzera.  
Quando sono partito per la Svizzera, sono partito con delle provviste... ma di farmaci! Sonniferi ed altri contro il tremore e delle vitamine, ma ho tutto a casa perché non ne ho preso neanche uno, vedi...

... ma tua moglie e i tuoi figli non sapevano quello che ti era successo?

Sapevano che non stavo bene, ma non sapevano quello che avevo avuto. Erano due anni che non li vedevo. Ebbene, ci sono andato ed ero ospite a casa di un amico tedesco, avevamo lavorato anni assieme, era avventista. La prima volta che ho visto mia moglie ed i miei figli era a casa di questo amico che li aveva invitati a pranzo. Lei era un po' aggressiva... ma in fin dei conti poi ci vedevamo ogni giorno, mangiavamo qualche volta insieme a casa sua. Poi è arrivato il giorno in cui avevo dato fondo ai miei soldi e dovevo dunque ritornare in Italia. Poi, il giorno della mia partenza è arrivato e anche se ci eravamo già salutati, è venuta all'uscita della fabbrica dove ero andato per rivedere e salutare M., mio figlio. E chi trovo lì? Lei, con la macchina. E mi dice che non devo dimenticare che ho due figli e mi dice: "Non penserai di andartene così facilmente!". "E chi me lo vieta?" dico io.

Nello stesso momento M. arriva e dice sorridendo: "Ecco le mie due colombe". E lei dice "Ecco i miei due uomini". Alla fine è finita che siamo andati tutti e tre al ristorante e l'atmosfera era distesa.

E per strada eravamo tutti e tre a braccetto, lei dice: "Sai cosa faremo adesso? Andiamo dal tuo amico, prendi le tue cose e vieni a casa. Non hai bisogno di vivere a casa di stranieri, hai una casa". Allora l'ho avvertita di non scherzare, di pensarci bene. Ma lei ha insistito. "Non ti darò fastidio" ha detto lei. Anche M. mi ha dato una gomitata, come per dire "accetta" ed è stato proprio così. Sono andato a casa e avevo una camera per me. Il secondo giorno, tardi nella serata, è venuta nella mia stanza e mi ha detto: "Sai non ho sonno, mi fai un po' di posto?". Il letto era per una persona sola. "Sai, ti devo parlare". E così abbiamo



parlato e qualcos'altro anche, hai capito insomma! E così le giornate cominciavano ad andare meglio, almeno è l'impressione che avevo, mia figlia si riavvicinava a me, andavamo a passeggiare, fare la spesa, uscivamo di sera. Ma poi, un giorno mia moglie si ammala, ha una crisi depressiva e pensavamo che ero io la causa della crisi. Ma il suo medico che la curava da tanto tempo mi dice che le cause risalgono a molto tempo addietro, perché mia moglie, quando aveva circa tre anni - nel 1943 - si erano sbarazzati di lei perché mia suocera lavorava, aveva sei figli e allora l'aveva data a una famiglia di contadini che viveva in un villaggio ed era rimasta lì quasi un anno. Dopo un anno è tornata a prenderla, ma lei restava nelle braccia dell'uomo che le aveva fatto da padre. E questi sono ricordi che ti rimangono perché dicono che lo sviluppo della sessualità è... come dire? disturbato, perché la tolgono dalle braccia del padre, questo resta nella tua psiche e delle crisi ti vengono anche dopo 20 o 30 anni.

Ero contro il fatto che andasse in una clinica perché pensavo che restare a casa circondata da un poco di amore, questo sarebbe stato meglio, ma un giorno il suo medico mi ha detto di convincerla... non pensavo che questo potesse farle del bene ma l'ho lasciata decidere da sé e ha deciso di andarci. L'ambulanza è arrivata, due uomini, avresti dovuto vederli, con questi lunghi capotti, sembravano della Gestapo. Mancavano sei giorni a Natale e ho dovuto organizzare tutta la vita di casa, ma era bello comunque perché così ho ripreso un rapporto diretto con i miei figli, per insegnare loro ad arrangiarsi, a non essere serviti in tutto e per tutto.

Ascolta, ma eri andato in Svizzera con un obiettivo preciso?

No, l'unica ragione era che avevo una grande voglia di vedere i miei figli, basta. Non pensavo affatto di vivere con lei, dopo l'ultima porcheria che mi aveva fatto, come avrei potuto immaginare una cosa simile! Era nella clinica, un luogo chiuso come una prigione e sono andato a trovarla a Natale e le ho proposto di rientrare a casa perché lì, il suo stato non era cambiato e pensavo che le avrebbe fatto bene passare il Natale con noi. Era d'accordo, i medici no, penso che era soltanto una questione di soldi. Perciò ho dovuto minacciarli di chiamare la polizia, perché il nostro divorzio valeva per la Svizzera, ma non per l'Italia e di fatto prendevo su di me la responsabilità di farla uscire dalla clinica. E così abbiamo passato il Natale assieme, una festa come gli altri anni quando vivevamo in buona armonia, uguale. Ci siamo fatti dei regali, non è cambiato niente, come in tutte le famiglie, un albero fino al soffitto!

Poi siamo partiti, lei ed io in gita per qualche giorno e al ritorno ha cominciato a dire che non doveva partire, ma la situazione non era semplice perché al Consolato mi avevano detto che potevo tornare in Svizzera quando volevo, come padre di famiglia ma che avevo perduto i miei diritti e che se tornavo a

vivere in Svizzera avrei potuto fare soltanto i lavori più umili e i più mal pagati. Ma, ma c'era una soluzione! Il capo della polizia ci ha detto: "Basta che vi sposate nuovamente e lei Signor D. riprende i suoi diritti e dopo un anno può riprendere il suo lavoro".

Allora lei ha detto: "Molto bene ci sposiamo subito! Siamo andati al Bureau della municipalità di W. E puoi immaginarti la confusione. Per potersi risposare in Svizzera dovevamo prima divorziare in Italia, e lo sai non è così facile divorziare e poi costa! E così due mesi erano già passati e ritorno in Italia..."

Un momento, ma sei rientrato convinto che avresti nuovamente riunita la tua famiglia?

Certo, ne ero sicuro! Sono rientrato per sapere come si poteva fare questo divorzio in Italia per risposarci poi. Ci sentivamo per telefono ogni giorno e qualche tempo dopo lei ha cominciato a esitare ancora una volta. Ma devo dirti ancora una cosa. L'anno in cui ero partito era entrata in una setta, sono degli Evangelisti che sono usciti dalla chiesa madre, un ramo a parte, se li vedessi, sono come deficienti, suonano la chitarra con gli occhi chiusi, le mani per aria, bevono del tè, mangiano dei dolci, fanno delle feste nella chiesa stessa. E durante questi due mesi mi aveva portata più volte con sé e mi era sembrato un vero manicomio! E poi, poi mi ha scritto che non voleva più saperne niente, neanche per telefono, niente da fare.

Ma quale ne erano i motivi?

Non so. Nessun motivo. Allora ho visto chiaro nel suo gioco e ho capito che c'era qualcosa sotto e adesso so anche chi... ma adesso non frequenta più questa persona... poi a Pasqua ci sono tornato.

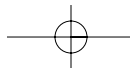
Perché ci sei andato?

Ma per vedere i miei figli! E lei avrebbe avuto un'altra possibilità di riavvicinarsi. Il nostro figlio non viveva più con lei e sono andato a vivere da lui. Lei mi faceva incontrare nostra figlia. Ci siamo visti soltanto due volte e ogni volta ha soltanto chiesto soldi, nient'altro che soldi. Da parte sua non pensava ad altro.

Ma cosa facevi nel frattempo in Italia? Perché continuavi ad andare al Centro. Non stavi meglio?

Beh... non stavo bene, non come prima. Ma sopra ogni altro problema non avevo lavoro, l'insonnia, la stessa che ho ancora oggi, la conosci, no? Comunque quando sono andato in Svizzera i nostri rapporti sono stati freddi. Già al primo incontro mi ha chiesto dei soldi e le ho detto di sparire perché mi faceva schifo, è tutto, basta. Penso che dura come è lei, avrà una vita ancora più dura della mia.





Ascolta, ma queste parole di... di ridiventare quello che eri prima, il diritto al lavoro...  
Voglio essere quello che ero prima, capisci? Non dipendere da nessuno.

Ma allora cosa è successo? Tutto andava bene dopo questo viaggio in Svizzera, hai pensato di rimetterti a lavorare?

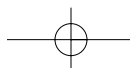
Sì, ho cominciato a stare bene, sempre meglio, ma prima di tutto dovevo mettermi in regola, perché durante la malattia mia sorella aveva chiesto la pensione come se non potevo più lavorare, l'avevo chiamata perché bloccasse le pratiche di questa messa in pensione. Sono giovane, insomma a 44 anni non si va in pensione! Adesso bisogna vedere se possono reintegrarmi di nuovo completamente, come ero prima.

Cosa è successo precisamente? Come e quando ti sei accorto che non potevi, che non ti lasciavano riprendere il lavoro?

È semplice, perché quando sono andato a cercare un impiego, sono andato a trovare il Prefetto per vedere se avevo qualche possibilità, ma mi ha detto che visto la diagnosi indicata non avrei potuto fare nuovamente la guardia giurata che ha le stesse funzioni di un normale agente di polizia e non potevano restituirmi il porto d'armi. Mi ha anche detto che se un agente di polizia avesse avuto una diagnosi come la mia l'avrebbero sospeso. Eravamo già in aprile 1979. Mi sono fatto fare un certificato dal Centro di via Gambini e l'ho portato al Prefetto, ma mi ha detto che non bastava, che vedeva bene che ero sano ma che non poteva assumersi la responsabilità di ridare un arma a qualcuno che aveva avuto una diagnosi come la mia. Insomma non mi ha detto che ero matto, che ero fuori di testa, ma me l'ha fatto capire... Insomma se la pistola mi scappava e se un colpo partisse, se succedesse proprio a me, avrebbe dovuto andare lui stesso in carcere! Non aveva tutti i torti. Così mi ha detto che se quelli dell'ospedale si erano sbagliati di diagnosi dovevano ammetterlo e darmi un certificato in cui dicevano che potevo portare un'arma senza pericolo per me e per gli altri.

Attestare che ero veramente sano al 100%. Ed è così che la caccia ai certificati è cominciata!

Ma devo dire che quelli dell'ospedale sono rimasti di stucco quando mi hanno rivisto in giro, tutto contento, e un giorno ho anche incontrato per strada un medico che mi aveva curato al Servizio Neurologico, credo. Mi ha fatto un sacco di complimenti e mi ha anche detto di fargli visita all'ospedale, per una visita di controllo! Puoi immaginarti! Questi qui pensavano ancora di potermi mettere le mani addosso. E io sorridendo ho detto che ci sarei andato e che sarei stato felice di discutere con lui, ma che non pensassero di farmi degli esami.



Bene, prosegui in ordine questa storia di certificati.

Sì, i certificati del Centro, anche quello del primario, per la polizia non erano sufficienti perché il Centro era entrato per ultimo nella mia storia. Erano certificati del Servizio Neurologico che mi erano necessari. Ebbene, ti racconto che questa storia è cominciata nel mese di aprile 1979 e adesso siamo a giugno 1981 ed è soltanto adesso, dopo numerosi appuntamenti, spiegazioni, lavoro raffinato su ogni parola, che finalmente sono riuscito ad avere due certificati. Sono andato con il primario del Centro alla Clinica Psichiatrica, perché il Direttore mi voleva vedere e quando mi ha visto... "È impossibile che abbia avuto questa malattia, è ridicolo!", ha detto e mi ha dato un certificato molto... veramente buono.

Poi il Prefetto ha detto al primario del Centro che i certificati dovevano smentire la falsa diagnosi, ma che anche lui doveva dire che potevo portare un'arma senza pericolo per me e per gli altri e il primario ha detto di sì! E loro sono rimasti un po'... sorpresi, perché non si aspettavano che il medico potesse garantire fino a questo punto... insomma dovevo veramente essere idiota per pulire la mia pistola quando era carica, che mi scappasse, partisse un colpo, uccidere quello che passa... e poi vedremo come si concluderà.

Poi sai cosa ti dico, ci sono due soluzioni. O sono invalido, malato ed allora ho diritto alla pensione di invalidità, o sono sano e ho il diritto di lavorare e se questa cosa non si risolve vado in Tribunale perché non è possibile...

Vorrei che mi spiegassi meglio cosa significa per te "essere come prima", questa decisione di voler essere riconosciuto "come prima".

Per riprendere la mia personalità, il mio, porca miseria! come c'è l'hai tu! Non essere più considerato malato, un handicappato, qualcosa così. Capisci? Sono qualcuno, un uomo qualunque della strada, mio Dio... ecco cosa voglio essere. Voglio arrivare a questo. Hai capito?

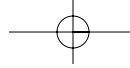
Questa pistola per me è un simbolo, è una cosa di principio... forse quando l'avrò ottenuta lascerò perdere, ma così come io ho fiducia in te al 100%, anche tu puoi avere fiducia in me... ma come faccio a darti fiducia se so che lì nella tua testa c'è qualcosa che non funziona?

D'accordo ma non è scritto sulla tua faccia che...

... È SCRITTO DAPPERTUTTO E TU LO SENTI CHE HAI QUEST'ETICHETTA... ECCO COS'È.

**Intervista rilasciata dal Signor D. a M. Costantino.**

**Trieste, 22-23-24 giugno 1981**



### **Nota dell'intervistatore**

Quest'intervista fa parte della mia tesi alla Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales di Parigi (1985).

Il titolo era: *"Pericoloso per sé e gli altri. La trasformazione delle risposte organizzate nel processo di deistituzionalizzazione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Trieste. 1971-78."*

Nell'Introduzione, così spiegavo perché avevo accluso questa intervista:

"Come testimonianza ulteriore dello sviluppo contraddittorio di questo processo ho pensato di accludere in appendice un'intervista che ho realizzato nel marzo 1981, con un utente dei nuovi servizi psichiatrici. Un'intervista così esemplare da non poter essere considerata esemplare, più semplicemente un'intervista significativa.

Significativa perché consente di cogliere lo stretto rapporto tra un'organizzazione sanitaria e la sua capacità di produrre malattia, non tanto e non solo come errore diagnostico, ma come incapacità ed impossibilità di rapportarsi alla complessità di una situazione di sofferenza.

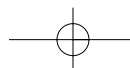
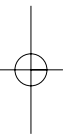
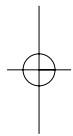
Significativa perché la soggettività che appare non nasconde i suoi aspetti contraddittori, la sua essenza in un certo senso istituzionale. E ciò mette, almeno in parte, al riparo da qualunque ideologismo fondato su una contrapposizione semplificatrice tra sofferenza individuale "buona" ed istituzioni "cattive".

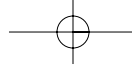
Significativa perché, in un certo senso, rivela la nuova istituzionalizzazione dei Centri di Salute Mentale ed il caso, la casualità, che ha fatto considerare e trattare questa persona come persona, e situazione, e storia, piuttosto che esclusivamente a partire od attraverso la diagnosi che la definiva.

Significativa anche perché testimonia di come un passaggio nelle istituzioni psichiatriche, anche deistituzionalizzate, possa alimentare nuove forme di esclusione, e di conseguenza, re-integrazioni nel sociale molto difficili."

Ho incontrato casualmente alcune volte il signor D. in questi 22 anni: basti qui dire che, insieme alle "normali" vicissitudini della vita, ha svolto il suo lavoro di guardia giurata fino alla pensione, nel 1998.

Trieste, febbraio 2003





## Curare e/o guarire: il ruolo dei servizi e degli operatori

Trascrizione del contributo  
di Franco Rotelli

Bene... buon giorno. Evidentemente i temi, quando sono troppo generali sono anche molto a rischio di genericità. Quindi, io... sono un po' imbarazzato e sarò sicuramente, in qualche modo generico.

Spero di poter dare, comunque, qualche suggestione, che possa servire a dibattiti... o a confronti.

Sì... il tema è anche provocatorio. Nel senso, che dire: curare o guarire, e guarire, pone una dicotomia, cioè, pone immediatamente una distinzione tra le due cose, come se, appunto guarire non voglia dire curare, come se curare non debba porsi come obiettivo il guarire.

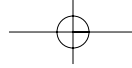
Di fatto, però questo è il riconoscimento di una questione: curare e guarire effettivamente sono due cose diverse.

Guarire, intanto ha sicuramente a che fare... come dire?... rigorosamente, con un sapere medico, ha a che fare rigorosamente, con un concetto di malattia. Ha a che fare rigorosamente, con un concetto di un qualcosa che deve essere rimosso, da cui appunto si debba, auspicabilmente guarire.

La parola 'curare', non credo che alluda direttamente, necessariamente a tutto questo. La parola curare in italiano viene usata in tante questioni: si cura l'educazione di un bambino, si cura... la propria famiglia, si curano i propri affari, si cura il proprio negozio, si cura la propria casa, ed in qualche modo quindi la parola 'cura', come da sua etimologia, allude al preoccuparsi di... a farsi carico di... all'avere una preoccupazione positiva rispetto ad un qualche cosa, che va tenuto bene.

E quindi, non identifica immediatamente un danno presente, non identifica immediatamente una lesione da rimuovere. Identifica un'azione positiva complessa per... produrre e riprodurre una positività di qualcosa. Nell'organizzazione sanitaria, nei servizi sanitari, non c'è dubbio, che il concetto di cura è diventato qualcosa di... o incomprensibile o inesistente o invece, riduttivamente, elemento di un processo che si... è quello vero, sì... attiene al compito vero della sfera sanitaria e che è, appunto, il guarire.

La parola 'cura' o è funzionale alla parola "guarigione" o non ha senso nell'organizzazione sanitaria così come essa è strutturata: oggi, ieri e probabilmente domani.



In qualche modo, credo, che coloro che hanno posto all'attenzione di questo Corso queste due parole in termini in qualche modo antitetici, abbiano voluto proporre appunto questa preoccupazione, del se nel sistema sanitario la parola "curare" debba essere ripresa nella sua pienezza o se debba continuare ad essere un elemento servile del concetto di guarigione.

Una questione sussidiaria ed ancillare, così com'è la questione del curare dentro il sapere medico, deve essere rivoltata, deve essere rivisitata, perché probabilmente c'è il ragionevole sospetto che far sì che la parola 'curare' sia soltanto una parola serva del concetto padronale 'guarire', allude in qualche modo ad una riduzione di tutto quello che si fa dentro l'organizzazione sanitaria, che poi sappiamo che cosa è: è sempre qualche cosa d'ancillare, di servile rispetto al vero potere, che nell'organizzazione sanitaria si esplica: il potere medico.

E quindi, in qualche modo, se tutta l'organizzazione sanitaria dev'essere in qualche modo ancillare, servile, funzionale alla luminosità del potere, del sapere medico, anche il curare o è funzionale ed è servo del guarire - sovrana attività propria del medico - o non ha ragione d'essere nel campo sanitario...

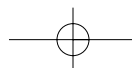
In qualche modo, credo, che gli organizzatori del Corso vogliano dire: un momento, forse è tempo - non solo da oggi, ma è ancora tempo - di riflettere sul fatto che nell'organizzazione sanitaria non tutto debba essere necessariamente ancillare al potere-sapere medico, ma ci sono mille altre cose da fare, che non necessariamente sono o devono essere ancillari rispetto al sapere-potere medico.

In qualche modo, quindi, vogliono farci riflettere su che cosa, appunto, può e deve non essere servile rispetto a questo. Che cosa può e deve essere non servile rispetto a questo?

Io credo che evidentemente si mette in campo una concezione di ciò che è auspicabile, di ciò che è desiderabile, di ciò che è atteso, di ciò che si desidererebbe che l'organizzazione sanitaria facesse, che è una concezione che rimanda ad un mucchio di guai... In altre parole, credo che, se noi ci mettiamo su questo percorso - approfondire questi temi - ci mettiamo su un terreno ricco di guai!

Primo guaio è che, se noi usciamo dal concetto di guarire come la principale teologia... principale finalità di tutto quello che noi facciamo, rischiamo di perderci. Cioè, rischiamo di metterci in un campo illimitato in cui non si sa più quali sono i confini del nostro ruolo, i confini del nostro fare, i confini di ciò che ci si aspetta da noi, di ciò che noi ragionevolmente ci mettiamo a fare.

E questo, è un rischio mortale. Ma, perché cercare di correre rischi mortali? Chi ce lo fa fare? In nome di che? "In nome di che?" probabilmente viene da una lettura di quello che accade. Sostanzialmente, siamo invitati a rileggere quello che accade attorno a noi e cercare di capire cosa abbiamo di fronte.



Cosa abbiamo di fronte? Abbiamo di fronte una realtà per cui... prendo per esempio Trieste, ma questo vale più o meno dappertutto. Una città di 250-240.000 abitanti: cosa abbiamo di fronte? Abbiamo, di fronte, per esempio 11.000 diabetici; malattia da cui non si guarisce. Abbiamo di fronte 1000-1500 dipendenti da sostanze illegali. Abbiamo di fronte 2-3.000 persone con importanti patologie psichiatriche. Abbiamo di fronte, oggi come oggi, circa 700 portatori di tumori non curabili. Abbiamo di fronte 3.000 persone ospitate in case di riposo, in quanto nella buona parte, giudicate non-autosufficienti a se stesse. Abbiamo di fronte una situazione di circa 21 miliardi all'anno spesi per persone che muoiono in ospedale. Abbiamo di fronte una situazione in cui circa 17.000 ricoveri ospedalieri in un anno vengono determinati per persone che hanno più di 75 anni e per le quali, molto spesso il ricovero ospedaliero è, già all'atto dell'ammissione, dichiarato 'non proprio' rispetto alla necessità del paziente. Ed abbiamo di fronte un numero imprecisato - perché, non è stato fatto ancora un vero registro delle disabilità - imprecisato di, diciamo con parola che non significa ormai più niente, ma in attesa di trovarne di meglio, continuiamo ad usare questa, un numero imprecisato di portatori di handicap gravi. E possiamo andare avanti così. Credo, che potremmo andare a definire - come dire? - l'oggetto della popolazione, per esempio, che serviamo a Trieste. So, che alcuni di voi vengono da altre città, ma... ecco, l'oggetto, quindi, dell'organizzazione sanitaria, ciò che l'organizzazione sanitaria ha di fronte è questo e altro, che assomiglia a questo in sempre maggiore misura.

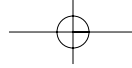
In altre parole: le cosiddette - per intenderci, per semplificare - malattie, cosiddette cronico-degenerative, le malattie non risolvibili in una situazione di... "trovo la causa, rimuovo l'effetto", malattie ad alta complessità o malattie comunque, ripeto, non destinate a risolversi in un tempo ragionevole, sono ormai la stragrande parte di ciò, di cui l'organizzazione sanitaria è chiamata in qualche modo a farsi carico.

In altre parole, di fronte a questa situazione, l'ideologia della guarigione si rivela per quello che è: un'ideologia e non una realtà.

In altre parole, già per definizione, buona parte di queste patologie non prevedono una guarigione. Oggi come oggi, allo stato quantomeno delle conoscenze scientifiche, buona parte di tutto ciò non prevede assolutamente una guarigione possibile.

Tuttavia, la cosa curiosa è che di fronte a questo, le tecniche messe in campo, continuano a riferirsi ad un obiettivo che è già dichiaratamente negato - la guarigione.

Le tecniche messe in campo sono finalizzate ad un qualche cosa che resta come ideologia e che è irrealizzabile come obiettivo concreto - la guarigione. Terapie, protocolli, modalità d'intervento sono finalizzate ad un qualche cosa che si sa già che non si avvererà mai. E questo è curioso. E questo comunque pone



degli interrogativi. Pone delle questioni.

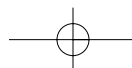
Credo che poi una delle questioni centrali, una delle sotto questioni centrali dentro questa questione, sia che noi, di fronte ad un immenso prevalere di malattie appunto cronico-degenerative o cronico-croniche o comunque non destinate a guarigione, noi ci troviamo ancora rispetto a questa sproporzione immane tra bisogni riferiti a stati che non prevedono guarigione... ed una situazione nella quale ancora il 50% delle risorse vengono destinate agli ospedali. I quali ospedali per definizione, per definizione propria, non sono funzionali se non ad un tentativo di guarigione. Non sono funzionali, se non alla gestione di malattie acute. Non sono funzionali alla gestione di malattie cronico-degenerative. Non sono funzionali alla gestione di malattie non guaribili e non risolvibili. Tuttavia, la gran parte delle risorse vengono destinate lì.

Ed anche questo apre dei problemi. Apre dei problemi rispetto a come siamo utilizzati come operatori sanitari a qualunque livello. Dal direttore generale di un'azienda... ai secondi o terzi livelli di un'azienda. Come siamo utilizzati e se siamo utilizzati in modo ragionevolmente orientato rispetto all'oggetto che abbiamo di fronte, rispetto al problema, che teoricamente o ideologicamente dovremmo essere chiamati ad affrontare, per cui, teoricamente ed ideologicamente siamo pagati, cioè occuparci della salute, con, evidentemente, priorità: occupandoci di coloro che di meno salute hanno e che quindi maggiori bisogni hanno di, appunto, supporto, intervento, aiuto, sostegno, cura da parte dell'organizzazione sanitaria medesima.

E quindi, c'è da ripensare l'allocazione delle risorse, come si suol dire - l'investimento che l'Azienda Sanitaria globale, italiana, regionale, locale, fa - se l'allocazione risorse è ragionevolmente orientata, ragionevolmente impostata, ragionevolmente distribuita, ragionevolmente indirizzata a quelle che sono le macro-aree di bisogni e la vastità dei bisogni prevalenti e le aree prevalenti di bisogno o sono orientate a tutt'altro rispetto al punto: alle macro-aree di bisogni prevalenti. E non siano invece orientate ad aree subalterne, in termini quantitativi, in termini qualitativi... però aree presidiate fortemente da poteri arroganti, da poteri violenti, da poteri totalitari... e quindi capaci di egemonizzare risorse importanti a fini che sono tangenziali rispetto alle prevalenti necessità di una popolazione determinata.

Costruendo poi, a tal fine, ideologie, saperi, poteri, sistemi, meccanismi, istituzioni, regole del gioco, forme di micro-organizzazione sanitaria proprio deputate a presidiare il mantenimento di questo governo di aree minoritarie di bisogni in funzione della negazione di una corretta allocazione delle risposte rispetto alle aree di prevalente bisogno, di più drammatica necessità, di più esteso... 'vulnus', di più estesa ferita vera.

Ma, io sono un piccolo infermiere, cosa c'entro io rispetto a tutto ciò? come nella mia pratica io posso in qualche modo 'entrarci' con queste questioni? Io sono chiamato a svolgere delle mansioni, applicare



ragionevoli protocolli di comportamento, a prestare determinate attività. Come posso entrarci in questo scenario, dato e non concesso, che questo scenario sia proprio come dice Rotelli?

Non ne ho la più pallida idea... perché, non faccio l'infermiere. E, siccome non sono un infermiere, non ho la più pallida idea. Ho già dei problemi a cercare di collocarmi in questo scenario come direttore generale di un'azienda. Nel senso che un direttore generale di un'azienda appena tenta di porre questioni di questo tipo... si trova per esempio, reazioni di questo genere: 'Ma, scusi, lei dice che non è mica tanto ragionevole che 16.000 persone all'anno che hanno più di 65 anni vengano ricoverate in un ospedale, perché, che cosa vuol fare lei, vuole che vadano direttamente al cimitero?'

Dico, ma, tra cimitero e ospedale, è mai possibile che noi non immaginiamo nessuna alternativa rispetto a queste due? Ma, le alternative non sono credibili, ci rispondono. O, c'è l'ospedale o c'è il cimitero. Cosa diavolo vuole che ci sia in mezzo?

E, probabilmente hanno ragione costoro! Perché, nella situazione data: o c'è l'ospedale o c'è il cimitero. In mezzo non c'è proprio niente.

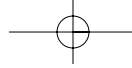
Trieste, per chi non è di Trieste, è una città che ha tra questa popolazione di ultra settantacinquenni, ha circa 12.000 persone che vivono da sole. E quindi se mi ammalo, se sto male, o c'è l'ospedale o c'è il cimitero:

E va beh, lo stesso discorso vale per le case di riposo. Ogni paese, in questi 20 anni.. l'Italia è una nazione in cui ogni piccolo paese, ogni municipio si è fatto orgoglio di costruirsi la sua casa di riposo. Se un paese, un municipio, un comune non ha fatto la casa di riposo, beh insomma, è un comune che non vale niente. È un orgoglio nazionale, quello di fare in modo che ogni piccolo paese abbia la sua casa di riposo. Ecco, perché se no, il vecchietto dove va?

Quindi, noi... noi ci muoviamo così. In qualche modo noi siamo ancora dell'idea che vada bene così, anche se è dimostrato, che durante il ricovero, il medico - se il reparto medico funziona bene - vede per circa sei minuti e mezzo al giorno il paziente. E l'infermiere complessivamente per attività effettivamente terapeutiche (poi c'è il problema ovviamente delle attività - come dire? - ausiliarie: cambiare il letto, lavarti...) per attività squisitamente terapeutiche d'infermiere poi ci dedicherà mediamente 4/5 minuti al giorno.

E quindi, in totale in una giornata di ricovero, tu riceverai prestazioni effettivamente, rigorosamente sanitarie per non più di undici minuti nella giornata... però noi siamo ancora convinti, che i ricoveri, perlomeno quelli appropriati, cosiddetti appropriati - perché quelli non appropriati o.k., no, ma quelli appropriati o.k. sì - siamo ancora convinti che per i ricoveri appropriati l'ospedale è appropriato. Quindi, tu stai 24 ore in un posto, in funzione di circa 11 minuti di risposta pertinente. E siamo ancora convinti che





questi 11 minuti siano non trasferibili altrove. Che questi 11 minuti debbano essere sacralmente spesi in quel sacro luogo, come ovviamente, una messa non può essere recitata se non nel deputato luogo che è la chiesa.

A partire da queste questioni, io credo, che significhi molto poco il tema che c'è stato dato. Curare o guarire. Credo che il problema vero non sia né di curare, né di guarire. Il problema vero è di continuare a recitare i sacri riti di un qualche cosa che non ha ragion d'essere, non ha ragioni di essere in questo modo. Ma, che ciò nonostante, in questo modo si deve continuare a recitare.

Gli 11.000 diabetici che abbiamo in questa città, ovviamente, hanno bisogno di ben altro. Hanno bisogno di un sostegno rispetto alle abitudini di vita, che come tutti sappiamo sono importanti quanto l'insulina. Tutti lo sappiamo. Ma a me non risulta che rispetto a queste abitudini di vita si spenda un solo quattrino in questa città.

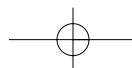
Cioè, ad aiutare persone, che magari possono avere qualche difficoltà di varia natura, ad avere i cosiddetti stili di vita appropriati, riferiti a una situazione non guaribile come quelle del diabete, che però appunto, può comportare ingravescenze e complicanze molto più probabili e molto più ampie, molto più gravi in presenza di non appropriati stili di vita... alimentazione e quant'altro... nulla è disponibile in termini di risorse per sostenere politiche che aiutino queste persone quando non ci arrivano da sole, quando non abbiano tutti gli strumenti... economici, culturali, famigliari... ecc. per avere appunto... essere sostenuti nell'avere stili di vita appropriati; non c'è nulla che ci aiuti ad aiutare le persone che possono avere difficoltà ad assumere stili di vita appropriati e funzionali ad una buona gestione del proprio diabete, non c'è nulla che ci aiuti a.

E poi, sappiamo che questa malattia è grave in funzione delle complicanze che può determinare. È grave in funzione del percorso e degli esiti a lungo periodo. È grave in funzione di ciò che porta con sé, più che grave in se stesso...

In qualche modo quindi il curare ed il guarire, qui si associano ad un guarire impossibile che però viene ridotto a curare solamente ciò, che teoricamente, metodologicamente sarebbe nella catena semantica del guarire. Cioè: gli do la medicina. Gli do quella cosa che, in qualche modo, per definizione, dovrebbe guarire, ma che sappiamo benissimo che non guarisce, perché non può farlo. Il resto non mi appartiene. Il resto non mi compete. Il resto non è affare mio.

Di chi sia e perché sia di non si sa chi... questo non lo sa nessuno. Nessuno sa rispondere a questa domanda.

Allora, io credo che quello che è accaduto nella psichiatria, ci abbia dato alcune indicazioni. Dentro l'ide-



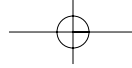
ologia del guarire è stato costruito un ospedale. Si è visto, che quest'ospedale non guariva e qualcuno ha detto: "Beh, allora per curare forse bisogna fare un'altra cosa". Perché per curare una persona che ha uno stato di sofferenza psichica anche molto grave, probabilmente abbiamo bisogno di ben altri strumenti, più ampi, più articolati, più ricchi, più vasti, molteplici. E dobbiamo smetterla d'immaginare che tutto questo si possa ridurre ad un percorso anamnesi-diagnosi-prognosi-terapia-cura e guarigione.

Ed abbiamo detto: curiamoci, curiamoci dalla gente. Preoccupiamoci della gente. Occupiamoci della gente. Prendiamoci cura della gente. E cosa vuol dire prendersi cura? Vuol dire evidentemente allargare, allargare, allargare... perché vuol dire mettere in moto molti altri soggetti. Perché diagnosticare e guarire è compito del medico, ma curare può essere compito di tanti. In cui l'organizzazione sanitaria mette un pezzo. Partecipa, può partecipare. Può dire delle cose, ma non è il re che governa questo processo. Ma, è difficile non essere il re, è difficile non mettersi al governo delle questioni. È difficile per i professionali di qualunque natura non dire: 'qui governo io'. È difficilissimo dire: 'no, io non governo, non voglio governare. Però, non per questo io mi dimetto. Non per questo io mi allontano. Non per questo io declino la responsabilità. Io sono responsabile e non governo'.

È difficilissimo per qualunque professionista. Qualunque professionista vuole governare la sua materia. Vuole essere il re in quel campo e vuole dominare il campo.

E gli hanno insegnato che è attraverso questo dominare il campo che lui eserciterà i suoi saperi, eserciterà la sua professione. E che in questo si esplica la sua professione: in questa capacità di dominare il campo. Quanti decenni ci vorranno perché i professionali possano essere educati ad essere responsabili senza governo, senza governare? A sentirsi parte di una catena in cui possono dare un contributo, ma non governano loro la situazione? Che siano infermieri, che siano medici, che siano primari, che siano chicchessia... ad essere elementi che sanno che il loro compito è portare un contributo ed attivare altri contributi. Portare un contributo ed attivare altri contributi. Non lo sa fare quasi nessuno. O, è affare mio o non è affare mio. O è competenza mia o non è competenza mia. Che la mia competenza si eserciti nello svolgere un pezzo del ciclo lavorativo, necessario, e contemporaneamente nel mio sapermi attivare affinché altri svolgano il 'res' del ciclo lavorativo necessario è il massimo della professionalità possibile, ma è ciò a cui nessuno viene normalmente addestrato: né nelle scuole, né nelle università, né nei corsi, né nel modo stesso in cui viene invitato a pensare al proprio ruolo, alla propria professione, al proprio essere, alla ragione stessa per cui è chiamato ad operare.

E poi, appunto, questo concetto di cura evidentemente non può essere che intersettoriale, interdiscipli-



nare, pluriprofessionale... e non solo pluriprofessionale, ma deve essere anche collegato alle risorse dei soggetti, che ormai tutti sanno essere parte non asportabile nel processo di costruzione di una cura di sé. E quindi il valore dei soggetti, il valore dei residui, di capacità, di possibilità delle persone come strumento essenziale di qualsiasi processo terapeutico.

E quindi, il valore delle famiglie, il valore delle risorse quand'anche distrutte, semidistrutte che esistono nei territori come valore da recuperare dentro un progetto di cura.

E quindi, il valore del rapporto tra enti ed istituzione diverse nel giocare rispetto a competenze diverse, che restano diverse, ma che devono essere messe in comune per raggiungere obiettivi.

E quindi politiche d'integrazione vera, non di protocolli d'integrazione scritti sulla carta e poi mai attivati nell'operatività costante, quotidiana, dei servizi.

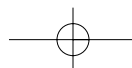
E quindi, quello che si è chiamato per tanti anni processo di de-istituzionalizzazione. Il processo di de-istituzionalizzazione oggi, secondo me, nel campo sanitario, passa attraverso un rischioso percorso. Il percorso in cui attualmente tutti gli operatori sono in qualche modo fiondati, è un percorso che possiamo chiamare di protocolizzazione dell'operatività.

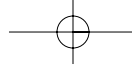
Ogni operatività, oggi ormai, viene trasferita in un protocollo, che dice cosa va fatto, e dice cosa non va fatto.

La questione vera è che oggi noi viviamo di protocolli e ci 'aderiamo', ci adeguiamo ai protocolli, invece di adeguare i protocolli al nostro sguardo, alla nostra esperienza clinica, alla nostra esperienza operativa. Il problema vero è che, se tu parli con qualunque infermiere o qualunque medico, lui ti restituisce un protocollo. E questo va bene, perché è bene uscire da pratiche selvagge in cui non si sa né che cosa si è chiamati a fare, né si è capaci di dar conto di quello che si fa, né si è trovato un minimo di linguaggio per comparare ciò che io faccio con quello che tu fai. Né si è trovato un minimo di modalità per stabilire appunto, che un certo numero di cose non vanno fatte, ed un certo numero di cose, vanno fatte.

Tutto ciò va benissimo. Ed è un passo avanti, notevole, rispetto all'arroganza dei medici, che pensavano un tempo di dire: 'Io so quello che va fatto e non sono tenuto a dire quello che faccio, perché tanto io lo so. E quindi tu infermiere, fa quello che io ti dico, perché io so che cosa è giusto, e la cosa comincia e finisce lì.' Grande passo in avanti nella modernizzazione, nella protocolizzazione dei comportamenti, nella definizione di percorsi e nella costruzione di evidenze di ciò che va fatto e di ciò che non va fatto.

Non è nuovo, ma è un tragico pericolo che a me sembra di vedere, che trasforma questo, che è uno strumento di lavoro, che è un utensile del lavoro, nel lavoro medesimo. Cioè, si trasformano gli utensili, i protocolli, nel lavoro. Sembra, che ciascuno di noi sia al servizio di un protocollo, non al servizio di un





paziente. E che quindi il rispetto del protocollo coincida con il rispetto del paziente, e coincida con l'obiettivo e con tutto ciò che io devo fare.

È una fase difficile, però... dobbiamo farla finita. Cioè, dobbiamo farla finita con una comunicazione che si protocollizza e finisce come tale.

Dobbiamo recuperare le storie critiche dell'esperienza clinica e di cura che facciamo.

Cosa vuol dire? Vuol dire, che dobbiamo recuperare la capacità anche di usare un linguaggio, un linguaggio che descriva le situazioni che incontriamo nella loro articolazione, nella loro ricchezza e che si faccia carico della storia reale, concreta, materiale, quotidiana del paziente che incontriamo, del suo contesto, della sua famiglia, dei suoi vicini, del suo medico di base... di quant'altro abbia a che fare con lui. E, lo facciamo attraverso quello che è lo strumento principe della nostra comunicazione con il mondo e della nostra conoscenza ed esperienza del mondo, che è il *linguaggio completo* di cui disponiamo.

E non quel sub-linguaggio, pseudo-demenziale o quasi demenziale che è il linguaggio del protocollo.

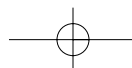
Perché, il linguaggio nella sua articolazione è conoscenza, è consapevolezza, è arricchimento culturale, è professionalità. Mentre la scarnificazione degli 'item' utilizzabili in un protocollo, se non è mero strumento di lavoro, è stupidificazione per sé.

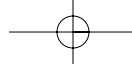
Non possiamo scambiare uno strumento con *lo strumento*.

Non possiamo scambiare la nostra capacità di conoscenza a tutto campo delle questioni, con la riduzione a strumenti informatici, informatizzabili, che hanno altro scopo ed altra utilità. Ed hanno parziale utilità, vera, rispettabile, ma solo se parzializzata e se non vengono assunti a "il" modo della comunicazione.

Perché, dico questo? Perché, il concetto di cura è un concetto intersoggettivo.

È un concetto che chiama in causa me, ma chiama in causa il paziente. E chiama in causa non soltanto il rapporto con un organo malato. Perché tanto, di quell'organo malato, io più di tanto non posso fare... ma, il fatto che io su quell'organo malato possa fare non più di tanto perché magari è inguaribile, per quella persona non significa affatto che io abbia finito i miei compiti di cura, ed allora i miei compiti di cura si giocano sull'intersoggettività, si giocano sulla mia capacità di ridurre il danno che questa persona riceve dal suo essere ammalato. Significa ridurre i rischi, che questa persona riceve dal fatto d'ingravescenze frenabili nella sua malattia, significa ridurre i danni sociali che la sua malattia produce, significa non rad-





doppiare con istituzioni nocive i danni che la malattia produce a costui. Indica un campo vastissimo d'intervento a forte valenza terapeutica, ad alta efficacia in termini terapeutici, che non ha a che fare con la guarigione, ma ha a che fare eccome con migliori prognosi, con più lunga durata della vita, con migliore qualità della vita.

Questioni, che fanno parte ormai dei nostri obiettivi sanitari. Non possono essere espulse, espunte dai nostri obiettivi sanitari.

Se allora l'intersoggettività diventa fondamentale, fondante - perché soltanto attraverso la valorizzazione delle risorse che *lui*, il paziente, ha, io esercito il mio ruolo di terapeuta... vero - allora, se quest'intersoggettività è fondante - perché è il luogo dove pescare nuove risorse per migliorare la prognosi e migliorare tutto quanto dicevamo - bene, allora il linguaggio diventa fondamentale.

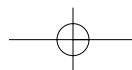
Il linguaggio, che sia il linguaggio nostro del corpo, che sia il linguaggio verbale, che sia il linguaggio conoscitivo, che sia il linguaggio interattivo, dev'essere comunque linguaggio capace di scatenare un'intersoggettività: uno strumento di lavoro, tra me e lui ed il contesto più allargato, e quindi non può essere ridotto a questa comunicazione scarna e protocollare, che potrebbe avere qualcosa a che fare con i processi d'induzione della guarigione, *ma mai* ha nulla a che fare con i processi di costruzione di percorsi di cura in senso complesso.

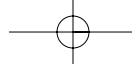
Ed allora, altra questione che si apre. Oltre la questione dell'intersoggettività, si apre la questione del collettivo di lavoro, dell'équipe di lavoro. Si apre la questione del fatto, che ben raramente io posso trovare le energie e le consapevolezze per un processo di cura nella mia professione individuale.

E molto di più, le posso trovare nell'energia di un team di lavoro, nell'energia di un'équipe, nell'energia di un gruppo, nell'energia di un servizio. Nell'energia articolata ed in qualche modo in questo passaggio anche di risorse tra l'uno e l'altro, nell'enorme difficoltà e nell'enorme anche rischio che si assume quando ci si arroga il tema della cura. Un enorme rischio: ho bisogno di un bacino di energie. Ho bisogno di risorse.

Non si può curare senza risorse. E queste risorse sono risorse umane, sono risorse di professionalità, sono risorse di quantità, sono risorse di saperi e sono risorse di squadra.

E sono... e qui si apre un altro campo, sempre tolto dal sapere sanitario... sono spesso risorse di carattere affettivo. Risorse cioè, non facilmente razionalizzabili. Cioè delle risorse riferite al mondo delle moti-





vazioni che stanno dentro all'operare, al mondo dei valori che comunque vengano messi in gioco, quali che siano. Ed al mondo delle emozioni che in qualche modo vengono messe in gioco.

Tutte cose che normalmente c'è stato detto devono uscire dal campo delle professionalità sanitarie. E che, sono degli elementi spuri, da cui bisogna liberarsi se si vuole essere dei buoni professionisti. Ma, professionisti di che? Della guarigione o della cura?

Per essere dei buoni professionisti della guarigione, probabilmente, in effetti, non c'è assolutamente bisogno di tutto questo.

Per essere professionisti della cura, cioè, professionisti di una continua ricerca di ciò che... può determinare risposte più positive o negazione alle risposte negative, occorre probabilmente - l'esperienza ce lo dice eccome!... - occorre ri-alimentare continuamente un bacino di energie intellettuali, un bacino di energie motivazionali, che non possono prescindere da una dimensione affettiva del lavoro terapeutico, del lavoro sanitario.

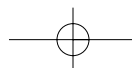
E qui, si aprono infinite questioni ovviamente.

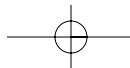
Nello stesso tempo c'è un'altra dimensione, che è quella della modificazione organizzativa delle situazioni. Voglio dire... io non posso immaginarmi di curare una persona a casa sua... se nel frattempo il medico di medicina generale competente pensa che non si può curare questa persona a casa sua. O, pensa che non ha tempo di curare questa persona a casa sua. O, pensa che non gli fa comodo curare questa persona a casa sua. O, pensa che è troppo disturbante andare a casa della persona, per lui. O, pensa, altre cose...

E quindi, la necessità che comunque sia, questo prendersi cura, o questo curarsi si colleghi con una graduale, progressiva modificazione dell'organizzazione sanitaria che supporti, sostenga, renda reale, renda virtuoso, renda plausibile la logica del prendersi cura, la logica dell'occuparsi di... la logica di curare.

Ma, come faccio io a modificare l'organizzazione sanitaria? Come faccio io ad indurre il medico di medicina generale ad avere un altro modo di relazionarsi? Come faccio io, in modo che la mia amministrazione sostenga in altro modo il processo? Come faccio io?... questo 'come faccio io?' è un qualcosa a cui dovete rispondere voi... anche perché io ho perso la voce... ciascuno di voi, noi.

27 settembre 1999





**di Paola Marchino**

**Storia di G.**

Conosco G. nel 2002, il Servizio lo conosce da molti anni, ma è un utente che ha fatto un "percorso privilegiato" in quanto la zia - onnipresente - è una donna con una forte personalità ed ha sempre avuto un ruolo decisionale sia con G. sia con la famiglia di lui, che nel rapporto con il Servizio.

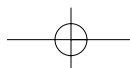
Il rapporto tra il servizio e il ragazzo risulta sempre molto intriso della presenza di questa zia che spesso oscura la presenza della famiglia, e in particolare della madre che, se pur presente nel passato nei vari e brevi tentativi di cura presso il Servizio, è spesso citata nella cartella anche se i miei colleghi non ne parlavano mai. Io vedevo G raramente. I contatti erano tenuti unicamente da una mia collega che conosceva la storia e che aveva un forte legame con la zia. Le volte che lo vedevo lui era comunque sfuggente e scontroso ai limiti dell'aggressività. Era a volte accompagnato dalla fidanzata con la quale convive e che non usa sostanze.

Una delle cose difficili da ottenere da G. erano i controlli tossicologici urinari, che per noi sono importanti ai fini della prescrizione del trattamento sostitutivo agli oppiacei, oltre che per monitorare l'andamento della situazione.

Nel mese di settembre 2002, la collega che lo seguiva si assenta per un lungo periodo e nella redistribuzione dei lavori io mi offro per seguire la situazione di G, considerato caso difficile e senza speranze.

All'inizio è molto diffidente e cerca di evitare incontri più lunghi di dieci minuti, poi un po' alla volta incomincia a fidarsi e cerchiamo di accordarci su alcune regole che chi usufruisce di un Servizio deve rispettare. Scopro che una volta acquisita una certa confidenza non dice mai di no (da sempre lo fa in famiglia e con la fidanzata).

Il mio obiettivo era quello di dargli una forma di autonomia dalla zia e di assumere la terapia sostitutiva presso di noi piuttosto che con il MMG per ridurre il suo stato di doppia intossicazione. La madre non veniva mai da noi, ma la fidanzata era sempre presente e pur vivendo il tutto con ansia, preoccupazione



e atteggiamenti a volte contraddittori non era mai invadente. Nei mesi il rapporto si rafforza e accetta di fare i controlli tossicologici con più regolarità nonostante risultassero sempre positivi agli oppiacei. Riesco a fargli accettare la presenza del medico che riscontra uno sfondo depressivo e gli propone una cura che sospende dopo poco perché inefficace.

Fissiamo anche qualche incontro dove inizia a parlare un poco di sé: dall'età di quattordici anni assume eroina e cannabis quotidianamente e non ha mai smesso tranne che per alcuni giorni in regime di ricovero o quando andava in vacanza con la fidanzata; parla del suo lavoro, che è sempre presente e puntuale nonostante che sia sempre sotto effetto dell'eroina. Mentre parla è serio ma cerca di non far trasparire la sofferenza, raramente manifesta atteggiamenti manipolatori e sedutivi e ciò mi colpisce perché sono due atteggiamenti che alla fine si manifestano nelle persone con dipendenza.

Le nostre "chiacchierate" sono discontinue, ma quando abbiamo un appuntamento è sempre presente e se non può venire telefona per avvertirmi. Dopo le feste natalizie G. decide di licenziarsi, in accordo con la sua compagna, perché è sicuro che se non lavora riuscirà a stare lontano dalle sostanze. Per tutto il mese di gennaio le cose procedono bene, inizia a scalare il metadone e chiede di assumere la terapia prescritta dal MMG perché così non è costretto a presentarsi presso il servizio ogni giorno e incontrare persone e situazioni che lo possano mettere a rischio. Nonostante le mie titubanze perché lo ritengo prematuro, mi confronto con il medico di riferimento e decidiamo di dargli questa opportunità a patto che esegua incontri e controlli tossicologici settimanali con noi, pena il rientro presso di noi. Questo passaggio dura tre settimane e chiaramente non sta bene, inoltre si vergogna, si sente inadeguato e soprattutto sente di aver fallito e deluso la fidanzata, la famiglia e anche me.

Un giorno su mia sollecitazione ai controlli reagisce dicendo che non gli importa di continuare così e che vuole scalare la terapia e di fronte a un mio disaccordo mi aggredisce verbalmente a quel punto gli dico di rivolgersi al medico e di rimando mi dice che "... è sempre la solita storia, non ho tempo da perdere, qui nessuno ha voglia di fare niente..." Rispondo che sta esagerando e che nulla gli è dovuto. Prende il casco e se ne va molto irritato.

La mia prima reazione è di rabbia verso la sua testardaggine ma al tempo stesso sono contenta di quella reazione poiché per la prima volta in otto mesi c'era stata una risposta piena di rabbia. Per un mese ha fatto in modo di evitarmi e quando un giorno mi ha incontrato alla postazione esterna mi ha sorriso e mi ha chiesto scusa, spiegandomi che non se la sentiva di venire al Servizio in quanto non gli serviva a nulla incontrarci e che per lui parlare era molto difficile e poi non sapeva di cosa parlare. Rispondo che non è



importante parlare del passato e/o di cose che potrebbero farlo star male, inoltre sottolineo che sono un'infermiera e non una psicologa o una psichiatra e che quindi il nostro parlare sarebbe diverso. Prima di salutarci gli dico che sono disponibile per un incontro anche in un luogo diverso dal Ser.T. Passa del tempo e finalmente mi chiede un appuntamento, lo fissiamo per tre giorni dopo al Distretto n°1 (zona dove abita); per una serie di coincidenze viene con me il nuovo medico che lavora da noi da pochi mesi e che non conosce G. Durante il tragitto in macchina racconto brevemente la storia del ragazzo. Quando arriviamo davanti al distretto in una calda giornata di primavera, lui è lì che mi aspetta. È molto teso, si muove in continuazione, quando mi saluta sembra però contento. Colgo l'occasione per presentarlo al medico e mentre c'incamminiamo verso il portone gli chiedo se ha piacere che il medico ci raggiunga una volta terminati gli appuntamenti e lui è d'accordo.

Quella giornata è per me indimenticabile. Entriamo nella stanza a nostra disposizione al secondo piano e ci sediamo uno di fronte all'altro con in mezzo il tavolo. Mi chiede subito se lì si può fumare, rispondo di sì e cerco un foglio di carta per creare un posacenere di fortuna e apro la finestra. La tensione continua ad essere sempre alta, è sudato e per rompere il ghiaccio gli chiedo come va, abbasso lo sguardo verso le sue mani e mi risponde "di merda, non ce la faccio più... mi faccio ogni giorno, più volte al giorno, non ci capisco più niente...". Si ferma aspetto un attimo poi gli chiedo

"Ti fai anche sul lavoro?"

"Sì e anche quando sono a casa"

"Anche quando c'è la tua ragazza?"

"... sì e questo non riesco a capirlo. Perché?"

"Cosa c'è di diverso, secondo te, rispetto a prima, a qualche mese fa?"

"... mi annoio, non riesco a stare in nessuna situazione e quindi mi faccio".

"Da quanto tempo va avanti questa situazione?"

"È da un pò"

A questo punto entra il medico e chiede se può restare, G. annuisce.

La tensione continua ad essere alta, G. mi aveva trasmesso con quelle poche frasi, tutta la sua angoscia e le sue paure. Chiedo a G. se vuole raccontare al medico quello che aveva detto a me e lui guardandomi di sfuggita mi dice "... racconta tu". Riassumo brevemente e al termine gli chiedo se ho dimenticato qualche cosa e lui dice di no. Continuo a chiedergli alcune cose:

"Oggi sei venuto da solo, come mai non c'è la tua ragazza?"

"Lei non sa che ti ho chiamata e che avevamo appuntamento".

"Come mai? E' successo qualche cosa, avete avuto qualche discussione?"

"No, non volevo che venisse con me. Non voglio che si preoccupi."

"Sa che ti stai facendo?"

"Credo di sì, poi mi vede".

"E come prende questa cosa?"

"Non dice nulla... non dice più nulla".

"Come mai che hai preso questa decisione?"

"È tutta la vita che c'è qualcuno vicino a me, che prende decisioni per me, prima mia zia, poi mia madre, poi la mia ragazza, non ho mai preso una decisione da solo e credo che sia arrivato il momento".

"Questo che dici è molto importante, ma è anche molto importante tenere in considerazione che queste persone, e in questo momento soprattutto la tua fidanzata, hanno un grosso spazio nella tua vita e non ti hanno mai abbandonato".

"OK questo lo so ma non ce la faccio più e ho anche pensato di farla finita, anzi mi chiedo come mai non mi sia accaduto ancora nulla, visto quanto mi faccio..."

"... perché quanto ti fai?"

"6, 7, 8 volte al giorno, in più fumo".

"Che cosa provi mentre ti fai?"

"A volte neanche la sento e lo stesso non mi dà il piacere ma solo annullamento per un momento dall'angoscia".

A questo punto interviene il medico, il quale premette che senza conoscere la persona che ha di fronte, ma solo ascoltando la conversazione potrebbe ipotizzare della depressione. G. lo ascolta con attenzione e chiede se questa cosa si può curare.

Alessandro, questo è il nome del medico, afferma che con un farmaco mirato potrebbe stare meglio.

"Io non ho mai preso pasticche e non voglio iniziare adesso".

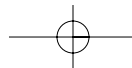
"I farmaci che noi possiamo prescrivere vanno assunti con dosaggio adeguato e si parte sempre con un dosaggio minimo".

M'inserisco dicendo "aggiungerei, per chiarezza, che quello che il medico prescrive non è solo il farmaco, ma anche il dosaggio con gli orari e c'è una verifica del medico per valutare l'efficacia."

Un attimo di silenzio, G. sembra meno teso e riesce perfino a guardarci negli occhi, chiedo

"Hai qualche proposta da farci, qualche richiesta?"

"No, credevo che le proposte le avreste fatte voi, anzi credevo che non mi avresti neanche ascoltato dopo



la discussione che abbiamo avuto".

"Invece ti ho ascoltato e anche con molto piacere. È la prima volta che parli di te e di quello che senti e lo fai senza la presenza della tua fidanzata. Oggi hai preso una decisione importante vale a dire hai chiesto aiuto ai Servizi. Riconosco quanto questo sia stato difficile per te, per un G che ogni volta che ha bisogno d'aiuto si rivolge al grande amore della sua vita, l'eroina".

Mi guarda e ascolta con molta attenzione e dice "Hai ragione".

Dopo un ora e dieci mi sembra stremato e quindi concludo dicendo: "Dopo questa lunga chiacchierata volevo chiedere se hai bisogno di più metadone".

"Sì, ma non voglio alzare troppo".

"No solo di 20mg e poi vediamo come va, devo chiederti le urine".

"Sì te le faccio, passerò domani al Ser.T".

"Oggi quanto ti sei fatto e quando?"

"Questa mattina, un cinquantino".

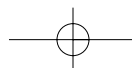
"Se entro questa sera non ti fai, puoi passare da noi e avrai l'aumento altrimenti ci vediamo domani mattina."

Ci salutiamo, e mentre se ne va sento che l'angoscia che aveva dentro me l'ha in parte trasmessa.

Tornando indietro Alessandro ed io concordiamo sulla positività della sua presenza e del fatto che G. l'ha accettata di buon grado. Dico anche che bisogna aspettare domani mattina per vedere i primi risultati di questo incontro. Appena arriviamo al Servizio riferiamo dell'incontro al gruppo che è già riunito e cerchiamo di non tralasciare nulla. I colleghi concordano che il tutto è sorprendente, che è la prima volta che il ragazzo si avvicina così. Aggiungo, sia per chiarezza ma anche per scaricare un po' la tensione, le sensazioni che ho provato, tutto quello che aveva detto e in particolare la voglia di farla finita che mi pesava come un macigno.

Nei giorni successivi rispetta gli accordi anche se non riesce ad astenersi completamente dall'uso delle sostanze. Dopo alcune settimane fa la richiesta che mai e poi mai mi sarei aspettata da lui e cioè di voler andare in Comunità Terapeutica perché si sente impotente e non riesce ad intravedere altre soluzioni e soprattutto ha capito che non può far conto sempre sull'aiuto e sostegno della ragazza che prima o poi potrebbe stancarsi di lui.

Riporto questa richiesta al gruppo che si pone in modo diffidente affermando che è troppo rischioso inserirlo sapendo che non riuscirà a tenere a lungo all'interno della comunità e che una volta fuori



potrebbe essere ancora peggio di adesso e addirittura rischiare la vita. Pur concordando su tutto ciò rimanevo della mia, credendo nella disperazione e determinazione di G, nel diritto di scegliere di curarsi in maniera diversa da come era avvenuto fino a quel momento.

Dopo una lunga discussione e confronto all'interno del gruppo dove ero l'unica a sostenere la volontà di G, ci accordiamo che il responsabile avrebbe valutato due CT abbastanza adatte al caso.

G. è informato di ciò e dopo alcuni giorni iniziano i colloqui con la CT individuata e da lì ad un mese e mezzo viene accolto.

Ero contenta e preoccupata al tempo stesso e soprattutto consapevole che questo passo avrebbe cambiato tutti, sia gli operatori, sia i familiari e soprattutto G.

Le informazioni che avevamo sull'andamento dell'accoglienza sembravano rassicuranti, ma dopo quarantacinque giorni verso le tre del pomeriggio una telefonata di G.: "Ciao Paola, sono in un bar, sono uscito dalla comunità... ho chiesto al barista di prestarmi dei soldi per la telefonata".

Ho il cuore in gola, cerco di concentrarmi sul tono della sua voce per cercare di capire il suo stato, le sue condizioni, prendo tempo e chiedo: "Sei scappato?"

"No, sono uscito, non ce la facevo più e adesso sono in un bar e gentilmente il barista mi ha fatto telefonare, non posso stare a lungo al telefono. Verranno i miei a prendermi".

"Come stai? Hai incontrato qualcuno?"

"No, no non mi sono fatto. Paola quelli mi hanno fatto andare fuori di testa è per questo che sono uscito!"

"Oc, senti... aspetta i tuoi, io poi ti chiamerò quanto prima. Non fare gesti affrettati e pericolosi, cerca di non perdere ciò che hai fino ad ora conquistato".

Mi metto in contatto con la CT che riferisce che il ragazzo è uscito di sua volontà, che non ci sono stati problemi particolari, ma solo una certa difficoltà a rispettare le regole, e l'operatore al telefono mi rassicura che sono disposti a riaccoglierlo quanto prima.

Contatto la madre che è già in viaggio e le riferisco delle telefonate, la signora è molto agitata e preoccupata perché non sa bene come porsi con il figlio. Parliamo della prevedibilità di questa situazione e la invito a parlare con suo figlio e a farlo riflettere sulla possibilità di rientrare in comunità in tempi brevi vista la disponibilità di quest'ultima. Ci salutiamo dicendo che l'avrei richiamata più tardi per sapere come stavano le cose.

Dopo un paio d'ore la richiamo e mi rassicura che suo figlio sta bene, ma che è intenzionato a tornare a casa, anche la signora sembra essere convinta dal figlio quindi nonostante le insistenze realizzo che non c'è nulla da fare e che potremmo vederci il mattino successivo per le 9.30.

Il mattino seguente G. ci racconta cosa è accaduto in CT, è convinto di non voler più tornare lì perché gli sembrava più un carcere che una Comunità, riconosce che per alcune cose è stato utile andare, ma che non aveva ricevuto alcun contenimento alle sue ansie, alle sue paure, alle sue angosce e che spesso c'era una grande azione di controllo da parte degli ex tossicodipendenti che collaboravano con gli operatori della comunità e che spesso erano rigidi e punitivi.

L'astinenza dura poche settimane, nel frattempo riprende la ricerca della comunità soprattutto da parte della zia che ne individua una vicina alla città, più piccola, con un'impostazione meno rigida che sembra più rispondente ai bisogni di G dove viene accolto dopo due mesi.

In questa seconda comunità G resiste per tre mesi, pur avendo fatto un ottimo lavoro su di sé e acquisito una consapevolezza maggiore del problema della tossicodipendenza, pur avendo firmato un contratto di accettazione del programma di lavoro all'interno della Comunità, non sembra ancora disposto ad intraprendere un percorso di cura tutto suo, perché ancora una volta viene a galla che quello che sta facendo è più per sua madre e per la fidanzata che per se stesso.

La sospensione dal programma ha come obiettivo quello di riflettere sul senso dello stare in Comunità e di cercare, in un mese e mezzo, di trovare una motivazione forte dentro di sé.

I primi tempi le cose procedono abbastanza bene, assume antaxone, antidepressivi, viene regolarmente agli appuntamenti, esegue i controlli tossicologici, contatta regolarmente la Comunità riferendo l'andamento della settimana e quanto è difficile vivere fuori da lì.

Per la prima volta nella sua vita è lucido, assapora le cose semplici della vita, riesce a stare bene con le persone e a provare piacere delle piccole cose del quotidiano. Questo stato di benessere dura poco perché incominciano a manifestarsi sempre di più stati d'ansia, di rabbia, d'inadeguatezza al contesto di vita, si cerca un lavoro che dura una settimana, ripete in continuazione che può farcela e che non ha bisogno di ritornare in Comunità. Nei nostri incontri cerco di riportarlo alle difficoltà che incontra, che potrebbe incontrare e della sua fragilità in questo momento in particolare ma sembra un parlare a vuoto. Ricade nell'uso di eroina.

Incomincia ad allontanarsi da me e quando ci incontriamo sembra vergognarsi di cosa gli succede, non vuole parlarmi e quando riesco a farlo fermare non smetterebbe mai di parlare.

Con la famiglia i rapporti sono sporadici e con la fidanzata sono ai ferri corti, lei non mi cerca ed è chiaro che vuole restare fuori dalla situazione e prendersi del tempo.

Un giorno mi dice che vuole ricontattare la Comunità ammesso che siano ancora disposti ad accoglier-

lo, perché così non può andare avanti. Lui chiama il responsabile e prende un appuntamento, dopo il secondo colloquio viene fissata la data del rientro. A tutt'oggi è in comunità.

Obiettivi - Gli obiettivi cambiano lungo il percorso che s'intraprende con le persone, anche se come operatore alcuni sono fondamentali.

Il primo obiettivo era quello di creare un rapporto di fiducia con la persona e dimostrargli che c'ero nonostante tutto. Renderlo autonomo nelle cose più semplici.

La fiducia che si viene a creare, mi permette di procedere anche con passaggi forti che apparentemente allontanano la persona da me, ma non dal Servizio come accadeva in precedenza.

Obiettivo prioritario in questo caso è *riduzione del danno*.

Riduzione del danno intesa come stabilizzazione di un percorso, che come fine ha quello di permettere che la persona possa condurre una vita socialmente accettabile nel contesto in cui vive, che possa avere un lavoro stabile, una casa abitabile, un buon rapporto con la famiglia e una vita affettivamente soddisfacente. In un lavoro di riduzione del danno è importante avere chiaro che l'astinenza totale dalle sostanze non è fondamentale a patto che le sostanze non compromettano quanto appena detto.

La riduzione del danno può essere il punto di partenza per intraprendere un lavoro di disintossicazione fino a raggiungere l'astinenza dalla dipendenza.

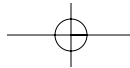
Il servizio pubblico offre possibilità e libertà di scelta del paziente/utente/persona

Fallimento - Spesso sia l'operatore che l'utente/persona vive il fallimento di un percorso fatto insieme come qualcosa di totalmente negativo; in realtà il fallimento è - può essere - un momento di crescita per entrambi. È dal fallimento che si possono individuare le fasi critiche del processo e reinvestire in qualche cosa di nuovo.

*È il fallimento di un obiettivo e non dell'obiettivo.* Qualunque percorso fatto sarà diverso da quelli successivi perché i momenti delle persone sono diversi, le situazioni cambiano.

Il tempo - Il tempo è uno strumento di lavoro, tramite il tempo l'operatore e l'utente/persona avranno modo di capire le cose, interiorizzarle, metabolizzarle e poi applicarle cercando di cambiare gli stili com-

### **Parole chiave per un collega per esempio di Canicatti**



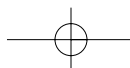
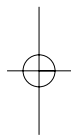
portamentali.

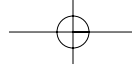
- Spesso come operatori, utilizziamo il tempo in modo sbagliato, come ad esempio cerchiamo di rispondere in tempo reale a delle richieste posteci come urgenti ma che se ci soffermiamo un attimo non lo sono. Così facendo ripetiamo un comportamento che è alla base della dipendenza:

- Problema = sostanze.

- Dobbiamo sempre di più allenarci al confronto con altri operatori e servizi oltre che ricordarci sempre che l'utente è innanzi tutto una persona e quindi ha diritto di concordare o no, di condividere o no il percorso terapeutico senza per questo precludergli altre possibilità future.

Luogo/luoghi - Il luogo è uno strumento di lavoro.





## La pratica ed il concetto della “presa in carico” tra professionalità individuale, organizzazione di servizi e contesti

**Contributo teorico/esperenziale  
di Giuseppe Dell’Acqua**

Letto ed interpretato da Cristina Facco

Risulta necessario costruire una sorta di matrice attraversata da alcune traiettorie di tipo pedagogico che ci permettano di trasmettere esperienze di cui siamo inconsapevoli attori.

Lo scopo è quello di dare consapevolezza ai gesti, parole, relazioni, contesti.

Per affrontare la questione della pratica ed il concetto della presa in carico, ci sono alcune parole che possono essere d’aiuto nella definizione di cosa significa “prendere in carico” una persona:

- accogliere la persona nel servizio
- prendersi cura
- accogliere su di sé la responsabilità
- lettura del bisogno e del vissuto
- progetto
- storia
- contesto
- microcontesto
- deistituzionalizzazione
- cambiamento del paradigma attraverso cui noi leggiamo la malattia
- elaborazione teorica dei modelli a cui facciamo riferimento.

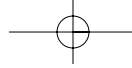
Parlare di presa in carico significa parlare di vissuto, bisogni, contesto, e quindi superamento del modello causale - deterministico - biologico della malattia.

Riflettere sul CHI-COME-DOVE, ci porta alla definizione di un nuovo paradigma - il paradigma comunitario.

La salute mentale territoriale può esistere a patto che ci sia capacità critica rispetto alla psichiatria ospedaliero-ambulatoriale, e la consapevolezza che lo strumento del nostro operare siamo noi stessi.

Costruire il protagonismo della persona, che significa riacquisizione di potere, decisionalità, dignità, di





recupero forte della propria immagine, centralità della persona.

Quindi la presa in carico comporta un cambiamento, e il primo di questi cambiamenti è quello in rapporto al modello psichiatrico-manicomiale. L'abbandono e la critica al modello, tentando di comprendere, nel senso di "prendere con noi", qualche cosa del modello stesso.

Lavorare affinché l'Ospedale Psichiatrico non abbia più ragione di esistere e che certe funzioni, centrali per la vita della persona, possano essere spostate nell'area territoriale.

La critica al modello asilare è fondamentale per il lavoro comunitario territoriale. Esiste la sofferenza della persona ed uno sguardo disciplinare per leggerla. La malattia è la prima forma di istituzionalizzazione di questa sofferenza, che è diventata diagnosi e diventa l'oggetto che entra all'interno dell'istituzione.

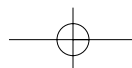
L'altro modello da attraversare per avvicinarci al concetto di presa in carico è il modello del settore, che ha avuto il suo peso nella psichiatria francese anni 60-70. Si comincia a pensare che l'ospedale psichiatrico deve essere abbandonato, alla centralità della persona, alla definizione del territorio, all'area di riferimento, ai bisogni della popolazione. Anche nel nostro lavoro al Centro di Salute Mentale noi andiamo ad identificare il territorio, costruendo un'immagine operativa di quelle che sono le culture di quella popolazione. Si vanno a vedere quali sono le risorse presenti e utilizzabili. L'altro modello da tener presente quando si parla di presa in carico è quello della comunità terapeutica (Maxwell Johnson - anni 60). Anche qui troviamo l'imperativo categorico di "abbandonare" l'istituzione, introducendo però all'interno delle nuove strategie di gestione e di intervento: la reciproca conoscenza, la relazione, il clima terapeutico.

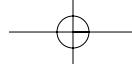
In questo senso - di Comunità Terapeutica allargata - il C.S.M. è proprio la capacità del Centro di accogliere ed elaborare al suo interno la relazione tra le persone.

Il gruppo come insieme di conoscenze, storie, narrazioni, che interagiscono.

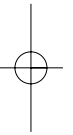
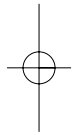
Una ulteriore riflessione va fatta sul modello psicoterapeutico, che va recuperato nel modello della de-istituzionalizzazione, ovvero nel modello della presa in carico. La valorizzazione della persona, famiglia, della rete e della relazione. Ascolto e capacità di narrare.

L'altro modello da attraversare, nel momento in cui si affronta la questione della presa in carico è quello della de-ospedalizzazione. Nel momento in cui abbandoniamo l'istituzione ospedaliera ed entriamo nella comunità, il problema da porci è quello di costruire modalità di avvicinamento dei cittadini alle istituzioni. Le istituzioni psichiatriche sono il massimo della non comunicazione, della distanza, del disconoscimento



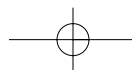


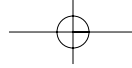
reciproco tra istituzioni e cittadini. Nella de-ospedalizzazione noi dobbiamo immaginare questo avvicinamento che porta alla costruzione di percorsi che siano vicini ai singoli cittadini.  
In ultima analisi il riferimento ad un altro modello che ci ha attraversato nel passato, quello di Laing, Cooper, Esterson, cioè i grandi teorici della critica radicale alla psichiatria, dei quali recuperiamo la spinta a riconoscere il diritto di cittadinanza delle persone.



4 marzo 2003

170





di Maurizio Costantino

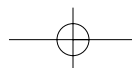
Trieste, 1990. Il progetto Zig Zag

**Bretagna. Scuola di vela di "Glenans". 1982.**  
**Ultimo giorno di una scuola di crociera costiera.**

L'approdo è laggiù, all'interno della rada di Morlaix. Bisogna rientrare prima che la marea cominci a defluire. Occorre stare attenti agli scogli che si celano sotto il pelo dell'acqua o che rendono molto stretto l'ingresso, e seguire le indicazioni delle boe e della carta nautica che il mio compagno tiene sulle ginocchia. Mentre un altro a prua scruta il mare dinanzi a sé. Risaliamo il vento che soffia forte da terra. Improvvisamente mi accorgo di essere "aggrappato" alla barra del timone, tremante per lo sforzo... ed arriva un profondo respiro. Tutti i miei nervi si rilassano e mi ritrovo tutt'uno con la barca, braccio e cervello si sintonizzano, senza tensione. La fortezza di Taureau, su un isolotto all'entrata della rada, non è più soltanto un massiccio ostacolo da evitare. Splende alla luce del sole. È un momento di armonia, anche per i miei compagni, e nei bordi attorno all'isolotto siamo più allegri e concentrati che mai. Mi viene il sospetto che sia questo il tesoro che molti uomini cercano in mare: questa serenità, e la coscienza che molti, e correlati, sono gli elementi in gioco.

**Newport (U.S.A.). 1983.** Chi non ricorda "Azzurra" che partecipa per la prima volta alla America's Cup? Cino Ricci e Mauro Pelaschier sono sulle prime pagine di tutti i giornali.

**Trieste, Febbraio. 1984.** Una barca a vela per gli utenti dei Servizi di salute mentale e del Centro contro le tossicodipendenze? Per che farne? Allargare gli orizzonti, partecipare alle regate, viaggi a scoprire il mondo ed a riscoprire se stessi, apprendere come sono fatte le barche, e come viaggiano...



Intanto con degli amici se ne parla e l'idea si affina, anzi troviamo la barca che fa per noi, il "Califfo", una goletta in legno, di dodici metri, che ha un unico difetto: costa 50 milioni (IVA ed interessi per il leasing compresi)!

Uno dei miei amici mi dice che da piccolo faceva vela con Pelaschier e che secondo lui potrebbe starci se gli chiediamo di darci una mano: gli telefoniamo, l'idea gli piace: "Chiamatemi quando ne avete bisogno." Anche con Franco Rotelli, direttore dei SSM, non c'è bisogno di molte parole.

Neanche per precisare che non si tratta di una nuova terapia, ma piuttosto di costruire momenti, occasioni di benessere. Allargare l'ambiente delle persone, ed allargandolo abbracciare nuove fette di società, altri uomini. Provocare, vivere, inattesi incontri tra il "sano" ed il "malato": Raggiungere territori abbandonati, dimenticati: quelli di chi sta bene.

La Cooperativa "Il posto delle fragole" stanziava tutto ciò che ha a disposizione in quel momento: 200.000 lire, e le usiamo per invitare tutte le personalità del mondo politico, economico e culturale della città alla conferenza stampa di lancio del Progetto Zig Zag.

Mauro Pelaschier parla della esperienza che si vive in mare, della forza che può dare, dei vincoli di disciplina e di autodisciplina che la natura impone, della responsabilità che ci si assume e che si deve insegnare a condividere rispetto alla sicurezza in mare.

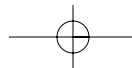
C'è Michele Zanetti, ora presidente dell'Ente Porto e che nel 1971 era stato il presidente dell'Amministrazione Provinciale che aveva chiamato Franco Basaglia a Trieste.

C'è il presidente dell'USL che condivide una strategia che non sia solo "riparatrice", ma "promotrice di benessere.

Il presidente della Lega Navale Italiana ricorda senza retorica che lo statuto della sua associazione prevede l'aiuto alle persone handicappate per avvicinarsi agli sport del mare, e ci offre il primo milione! Si lancia una sottoscrizione pubblica e, nello stesso tempo una ricerca di sponsors: giornali, radio e TV comunicano il numero di conto corrente della Cooperativa. In un paio di mesi arrivano circa due milioni di contributi, dalle mille alle centomila lire ciascuno.

Ci telefona una giovane signora: conosce molti pittori e galleristi, ritiene che si potrebbe provare a chiedere in regalo dei quadri ed organizzare poi un'asta pubblica per devolvere l'incasso per il progetto Zig Zag. Ed infatti...

L'Azienda di Soggiorno ci presta una galleria, è la prima volta che pittori famosi e sconosciuti, di grande valore di mercato e dilettanti, utenti e non, accettano di esporre collettivamente.



Nel suo realizzarsi Zig Zag anticipa il suo obiettivo di fondo: unisce già la gente. Il giorno dell'asta la sala del Circolo della Stampa - che ci ospita gratuitamente - è così poco affollata... ma poi si riempie e si riscalda, ed alla fine sei milioni sono in cassa. Non ci siamo ancora, ma il fatto inatteso è dietro l'angolo: "Maurizio Costanzo Show" trasmette da Trieste e ci invita.

In TV Mauro Pelaschier dichiara:

"All'inizio, quando dicevamo di voler partecipare alla America's Cup ci dicevano che eravamo matti... eppure ce l'abbiamo fatta!"

Costanzo lo guarda di sottocchi e gli domanda se con quell'aria da lupo di mare non gli hanno mai proposto di fare della pubblicità, magari per del pesce in scatola. Pelaschier nicchia.

Non nicchia invece il proprietario del "Tonno Nostromo" che ci telefona qualche giorno dopo e ci dice che Costanzo gli ha fatto una pubblicità indiretta, che Zig Zag gli piace, che la sua famiglia viene dalla regione di Trieste... e ci comunica un suo contributo di dieci milioni (più IVA)!

È fatta? Praticamente sì.

E per festeggiare, un pullman di sessanta utenti e operatori parte per Marina di Ravenna: l'equipaggio di "Azzurra" ci ha invitato per passare una giornata in mare, insieme.

#### **Trieste. Luglio 1984.**

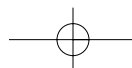
La Cooperativa "Il posto delle fragole" stipula il contratto di leasing che ci impegna per 36 rate di 1.300.000 £. Ultima rata: gennaio 1987. Approfittiamo della momentanea ricchezza per prendere, sempre in leasing, un camion con il quale un gruppo di giovani utenti si dà da fare nei trasporti...

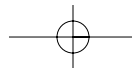
Si tira la barca in terra, nella banchina messa a disposizione da un Circolo nautico e quindici utenti, volontari naturalmente, imparano a fare e fanno i lavori di manutenzione. Anche per otto ore al giorno, perché la barca sia pronta il giorno dell'inaugurazione. Mangiamo al ristorante del circolo, tra i soci, lavoriamo a fianco di mamme e bambini che si godono la piccola spiaggia. Alcuni soci sono scettici, qualche mamma è preoccupata, e questo primo incontro si svolge contraddittoriamente. L'importante è che l'incontro ci sia, ci pare. E fare del nostro meglio perché sia il più ricco possibile per tutti.

Il 7 luglio, inaugurazione. Ed il "Califfo" lascia gli ormeggi, carico all'inverosimile di utenti, amici, giornalisti, uomini politici...

È la prima volta che un Sindaco di Trieste visita uno dei Centri di Salute Mentale, aperti e funzionanti (24 ore su ventiquattro, sette giorni su sette, come ben si sa) già da sette anni.

"Ci manca solo Basaglia - dice Rotelli - oggi lui sarebbe contento".





Da quel giorno, ogni mattina il Califfo lascia gli ormeggi del porticciolo di Barcola e queste gite coinvolgono un centinaio di persone in un mese e mezzo.

C'è chi sorride al mare, chi tira fuori i ricordi, chi domanda se la barca può capovolgersi, chi minaccia di buttarsi a mare, chi fatica a stare in equilibrio, e magari poi si accorge che si tratta di un nuovo equilibrio.

C'è un'atmosfera di sorpresa e complicità, di gioco, e qualche solitudine troppo profonda per essere scalfita; qualcuno, ma è raro, parla della sua malattia.

Nella baia di Sistiana si passa qualche ora alla spiaggia, la signora Maria fa il bagno e confessa che erano quindici anni che non andava al mare.

Viene e sorride Daniela, che negli anni sessanta, giovanissima, è stata lobotomizzata.

C'è Elio, che vive in un appartamento nell'ex Ospedale Psichiatrico, che parla poco e quasi sempre in maniera incomprensibile. Quando lo riaccompagno a "casa" in automobile, mi sorprende scandendo: "Ancora in manicomio!"

Tutti sono invitati a prendere il timone ed è bello vedere affiorare un sorriso di sorpresa e di intesa quando anche il meno "dotato" si accorge che è proprio lui a fare avanzare la barca con la brezza.

Per Gianni i mesi di attività con la barca coincidono con le tappe conclusive di un lungo processo di maturazione di scelte e si mette a lavorare sodo, da oltre un anno è fuori dal "giro".

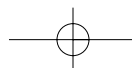
Da moltissime altre barche un saluto, una bottiglia, un po' di pesce in regalo.

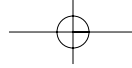
Tutto è così normale. Siamo parte della vita.

Dopo quasi un anno di lettere ed incontri, la Cooperativa stringe una convenzione con l'Amministrazione Provinciale che gestisce i fondi di un progetto della Comunità Europea per il reinserimento degli handicappati. Venti utenti di tutte le età, con storie e diagnosi le più diverse, avranno a disposizione tre artigiani che operano in città come istruttori (carpenteria, motori, vele).

Venti persone, di solito isolate, si confrontano, tendono a diventare gruppo, mangiano insieme in una trattoria del porto. Sentono di essere osservate, in banchina, per quello che sono capaci di fare, entrano, o rientrano, in contatto con i problemi del lavoro e con le capacità tecniche ed umane degli istruttori.

Alla Stazione Navale della Guardia di Finanza (a cui abbiamo chiesto e che ci ha dato il suo appoggio) si estraie e si rimonterà il motore. Sottocoperta finanziari e "tossicodipendenti" si passano le chiavi inglesi e si raccontano momenti della loro vita.





C'è in tutti la sorpresa per quanto c'è da apprendere, c'è chi abbandona, ci sono le liti e le incomprensioni. C'è chi arriva sempre ubriaco alle otto di mattina e poi un giorno decide di smettere perché, anche se ha una diagnosi di ebefrenia, capisce che in queste condizioni nel gruppo c'è poco spazio per lui. E nelle osterie del porto molti cercano, con affetto, di aiutarlo a smettere.

Al plenilunio di agosto, avvisata la popolazione tramite giornali e radio, il Califfo porta in mare decine di persone. Si va avanti tutta la notte. È il nostro modo di rendere conto di ciò che stiamo facendo. In settembre un centinaio di persone, tra cui trenta utenti, partecipano ad una gara di pesca organizzata dalla Federazione Sport del Mare e da un Centro di Salute Mentale, e sponsorizzata da commercianti e ditte cittadine. Il Califfo trasporta i pescatori e molti curiosi verso la diga foranea dove si svolge la gara. Il 28 settembre partiamo per la prima piccola crociera ed al timone c'è Fabio Apollonio, di Azzurra; di notte il motore fa le bizze e viaggiamo dunque a vela, impariamo un'infinità di cose...

**Trieste. Sei anni dopo.**

Da quel momento un piccolo gruppo si raccoglie attorno al Califfo.

Giovani e meno giovani utenti che con una borsa di formazione professionale si inseriscono presso carpentieri navali, motoristi, negozi di nautica per apprendere un mestiere, ma soprattutto per apprendere o riapprendere a contare sulle proprie forze per stare al mondo.

Così, mentre si organizzano scuole di vela ed alcuni prendono la patente passando gli esami della Capitaneria di Porto, il Califfo viene affittato a privati ed istituzioni, e il progetto si trasforma.

Si trasforma per diventare le storie, od almeno parte delle storie di più persone. Con i conflitti che sorgono soprattutto perché, partecipando alla vita reale, la gente, gli utenti cominciano ad esprimere esigenze sempre più pressanti. Bisogni, domande per le quali non necessariamente le risposte stanno all'interno del progetto Zig Zag.

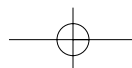
La gente, gli utenti, cominciano allora a cercare le risposte altrove. Nella vita nella quale abbiamo cercato di accompagnarci, utilizzando tutti quei canali, quei percorsi, quelle persone ed istituzioni che abbiamo cominciato ad esplorare insieme e con le quali abbiamo cercato di scambiare.

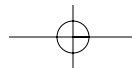
Qualcuno si inventa nuovi, assolutamente personali, percorsi.

Qualcuno si ritrova di nuovo solo, forse con una più acuta consapevolezza di ciò che desidera, che è suo diritto desiderare.

La normalità, attraversata, ci si è mostrata con tutta la sua ricchezza e la sua miseria.

Elastica, modificabile, allargabile attraverso una pratica, proprio perché non è altro che ideologia, falsa





coscienza imposta ed autoimposta.

Cino Ricci che dice di essere più contento all'inaugurazione del Califfo che a quella dello Yachting Club "Costa Smeralda", e che agisce di conseguenza.

La riabilitazione ci appare sempre meno legata ad un luogo, specificamente terapeutico, e sempre di più una pratica di intelligenza del reale. Non un apprendimento di mansioni professionali e di regole sociali, apprendimento che sarebbe misura dell'adattamento.

Piuttosto un apprendimento all'uso delle libertà.

"Smetto di bere perché a questo punto mi conviene, non certo perché bere fa male o perché disturbo".

"Non chiedetemi di adattarmi, perché le ragioni del mio disadattamento sono reali e vere, per me. Ma provo a cambiare perché questo lavoro, questo gruppo, questi affetti e queste lotte che mi tocca fare, mi danno più di quello a cui mi chiedono di rinunciare".

Che uno schizofrenico possa porsi coscientemente di fronte a queste scelte, mi sembra - nella pratica - una fuorviante e falsa questione.

Fuorviante, perché nella vita quotidiana nessuno, nessun normale, chiede coscientemente a se stesso di razionalizzare tutte le sue scelte.

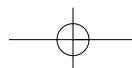
Falsa perché è proprio sulla presunta incapacità di giudicare, di discernere dello schizofrenico che la psichiatria ha costruito il suo imponente armamentario di esclusioni, di isolamenti antiterapeutici.

Ci è sembrato più chiaro a questo punto il limite intrinseco di ogni terapia riabilitativa che non sia pratica costruzione di praticabili spazi di esercizio dei diritti, di negoziazione di sé. Il limite intrinseco di ogni ergoterapia, terapia occupazionale, centro di adattamento al lavoro. Questo limite non è nel luogo, nella ripetitività, nella miseria, nello sfruttamento, ma è nel suo essere una finzione, e nell'essere intimamente percepito come tale dall'adattando. Una finzione perché sono assenti lo scopo, il vantaggio e/o il desiderio di vantaggio, lo scambio e/o la possibilità di scambio. Sono assenti esattamente le cose rispetto alle quali ci si è trovati nell'incapacità e/o nell'impossibilità di agire.

E rispetto alle quali si ha bisogno di sapere e di potere fare.

Joseph Conrad, che non era psicologo, ma pare se ne intendesse di uomini, dei rapporti tra di loro e con la natura, disse:

**"A stretto rigore, il problema non è come farsi curare, ma come vivere".**

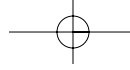




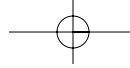
### Nota informativa 1988

IL PROGETTO ZIG ZAG È:

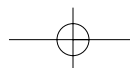
- il "Califfo": goletta di 12,50 m. (f.t.), larghezza max. 3,20 m., 10 tonnellate di stazza, 1,60 m. di pescaggio, entrobordo diesel 55 CV., otto cuccette, cucina e w.c., in affitto a privati ed istituzioni, e utilizzato dagli utenti dei Servizi di Salute Mentale e del Centro Medico e di Assistenza Sociale di Trieste;
- Mauro Pelaschier, Cino Ricci, Fabio Apollonio dell'equipaggio di "Azzurra", prima barca italiana a partecipare alla "America's Cup";
- il Fondo Sociale Europeo;
- la scuola di vela "Glenans" (Bretagna);
- Mauro Tonet, artista ed istruttore di vela;
- Michele Zanetti, ex Presidente dell'Amministrazione Provinciale di Trieste;
- l'Ente Porto di Trieste;
- Sandro Chersi, navigatore ed istruttore di vela;
- il Circolo della Stampa di Trieste;
- "Il Piccolo" ed il "Primorski Dnevnik", quotidiani di Trieste;
- la sede regionale della RAI, Radio Televisione Italiana, Rete 3;
- il Laboratorio di pittura "P", Pino Rosati e Carla Prosdocimo;
- il Presidente dell'Unità Sanitaria Locale, Giuseppe Pangher ed i suoi successori, che hanno condiviso una strategia non solo "riparatrice", ma "produttrice di benessere";
- i circoli velici di Trieste: "Barcola-Grignano", "Adriaco Yacht Club", "Società Triestina della Vela", "Società Triestina Sport del Mare", e di Rimini: "Marina di Ravenna";
- il Maestro carpentiere Arrigo Petronio;
- la Lega Navale Italiana;
- Franco Basaglia;
- tutti i 60 pittori, famosi e non, della regione che hanno donato un quadro;
- la Galleria d'arte "Barbacan";
- L'Azienda Autonoma di Soggiorno e Turismo della provincia di Trieste;
- Mauro Pelaschier che dichiara in TV: "All'inizio, quando dicevamo di voler partecipare all'America's Cup, ci dicevano che eravamo

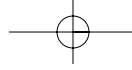


- matti... eppure ce l'abbiamo fatta!";
- Claudio Martelli, scrittore, giornalista e battitore di aste;
- i finanziari della Stazione Navale della Guardia di Finanza di Trieste, che hanno lavorato sottocoperta con dei "tossicodipendenti", per riparare il motore;
- l'Amministrazione Provinciale di Trieste;
- gli infermieri dei Servizi di Salute Mentale;
- Maurizio Costanzo, lo staff di "Maurizio Costanzo Show" e Rete 4;
- E., che non ha bevuto per due anni, aiutato con affetto da tutti i gestori di bar del vecchio porto di Trieste;
- TeleCapodistria e Sergio Premru;
- i Sindaci di Trieste, Franco Richetti, e di Muggia, Willer Bordon;
- i più di duecento utenti che sono usciti col "Califfo";
- tutti quelli che hanno chiesto se la barca si può rovesciare;
- il "Tonno Nostromo" ed Umberto Pedol, sponsor di "Azzurra" e di "Zig Zag";
- tutti quelli che hanno faticato a stare in equilibrio e si sono accorti poi che si trattava di un diverso equilibrio;
- l'E.N.A.I.P. di Trieste, il suo direttore Mario Paron ed i suoi insegnanti;
- tutti quelli che sono saliti a bordo con una solitudine troppo profonda per essere scalfita;
- la "Veneziani Zonca SpA";
- la signora M. che ha fatto il bagno nella baia di Sistiana e si è accorta che erano più di 15 anni che non andava al mare;
- l'agenzia di pubblicità e marketing "L'Albero" con Gianni Fontanelle e Nicoletta Cavalieri;
- Massimo Nava, giornalista, ed il "Corriere della Sera";
- chi ha minacciato di buttarsi in acqua (uno solo, e non lo ha fatto);
- quelli che ci hanno dato consigli (nodi, buoni posti per pescare, variazioni del tempo...);
- la Capitaneria di Porto di Trieste;
- tutti quelli che hanno preso il timone del "Califfo" ed hanno sorriso, sorpresi di essere proprio loro a far correre la barca;

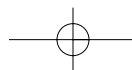
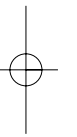
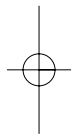


- il Presidente del Consiglio Regionale del Friuli Venezia Giulia;
- il Teatro Stabile di prosa di Trieste;
- Gianfranco e gli altri dodici che hanno lavorato a ritmo "folle" perché il "Califfo" fosse pronto il giorno dell'inaugurazione;
- la società "Cosulich SpA";
- le "Assicurazioni Generali";
- Paolo Morellato, pubblicità e marketing;
- Mauro Felluga, per le riprese televisive;
- Joseph Conrad che ha scritto: "A stretto rigore il problema non è come curare, ma come vivere.";
- la società "Martini - Gru";
- le A.C.L.I. di Trieste;
- tutti i quotidiani italiani che hanno scritto di "Zig Zag" ( più di venti);
- Valdi Wesnaver, Alfio Stefanic, Franco Rotelli, Maurizio Costantino, Françoise Soubeyran, Paolo Carbonaio, Alessandra Longo, Tullio Giraldi, V.S., Livio Struia, Giano Sereno, P. Tommasini, Renate Goergen;
- la Federazione triestina Sport del mare;
- coloro ai quali Zig Zag è servito per scoprire i canali necessari per vivere autonomamente;
- Cino Ricci, che dichiara di essere più contento all'inaugurazione del "Califfo" che a quella dello "Yachting Club Costa Smeralda", e che agisce di conseguenza;
- le riviste: "Nautica", "Forza 7", "Mare 2000", "Vela", "Yachting", "Bolina";
- la veleria "Zadro";
- tutti quelli che hanno capito che "Zig Zag" non è una nuova terapia, ma anche quelli che ci hanno stimolato con le loro profonde perplessità;
- i pompieri di Trieste;
- il "Rolex Awards of Enterprise";
- tutti quelli che abbiamo dimenticato di citare e ciascuno di quelli che non citiamo per questioni di spazio;





La libertà è terapeutica



di Giovanni Dell'Acqua

La storia esemplare di Giovanni Doz<sup>1</sup>

Ho conosciuto Giovanni al reparto "P", nel camerone, mentre, come al solito, negli ultimi vent'anni, era occupato a rifare i letti. Con poche parole dette sottovoce si è presentato e si è mostrato ossequioso nei miei confronti, perché ero il medico. Nei mesi successivi rivedevo sempre raramente Giovanni, perché occupato al suo lavoro e dovevo essere io, quando me ne ricordavo, ad andare a salutarlo e trovarlo. La sua cartella clinica, come tutte, riduceva a poche parole, ad una definizione - schizofrenia - tutto il travaglio che Giovanni aveva vissuto dal 1945 al 1949, anno in cui era stato ricoverato per la prima volta in ospedale psichiatrico.

In quegli anni, come tanti istriani, Giovanni aveva seguito l'illusione di trovare a Trieste, o meglio nel Territorio Libero di Trieste, la soluzione ai suoi problemi di vita.

Giovanni periodicamente mi scriveva una lettera con allegate lire 500 dove, con linguaggio frammentario e a tratti "incomprensibile", mi chiedeva un pezzo di terra in ospedale; se era il tempo della semina per seminare il grano, se era il tempo delle patate per zappare le patate. Le 500 lire erano il prezzo che voleva pagare perché io mi interessassi al suo caso. Gli infermieri del reparto mi raccontavano come oramai da anni, non ricordavano più quanti, Giovanni scriveva lettere in tal senso e, a loro dire e dei medici che mi avevano preceduto, quello scrivere così strampalato, incomprensibile ed il voler pagare la terra con 500 lire era il segno inconfutabile della sua malattia.

Giovanni era e sarebbe rimasto "schizofrenico".

Aveva circa cinquant'anni quando l'ho conosciuto; metà della sua vita l'aveva passata in manicomio. Tentavo a volte di capire di più discutendo con lui, ma i miei tentativi rimanevano frustrati; il racconto di Giovanni si perdeva in una quantità di nomi di parenti, amici, di gente che prima del suo ricovero in manicomio doveva essere stata importante per lui.

E rimanevano vani i miei sforzi, perché Giovanni continuava a parlare sottovoce, alitando le parole, dimostrando in questa maniera, secondo me, tutto il rispetto ed il terrore che egli aveva del medico e di tutti coloro che avevano potere su di lui. L'istituzione era riuscita a "guarire" Giovanni Doz: era diventato

un oggetto che riusciva ad avere un buon rapporto solo con altri oggetti, i letti che tutte le mattine ricomponeva. Avevo capito che Giovanni mi esprimeva dei desideri, esprimeva tutta la sua giovinezza, probabilmente felice, trascorsa nei campi dell'Istria, ma non riuscivano ad arrivare ad un minimo progetto comune. Siamo usciti una volta insieme in macchina e, per fare questo, ho dovuto insistere una settimana. Dopo quella passeggiata e dopo esserci fermati in un bar, Giovanni, che non riusciva a rendersi conto di come un medico ed un infermiere potessero andare fuori con lui e con altri degenti, parlare insieme, stare seduti allo stesso tavolo, voleva ricompensarmi come al solito con una lettera con allegate le 500 lire.

Sono venuti gli "artisti"<sup>2</sup>; e, dopo altre insistenze, perché Giovanni non voleva venire, Giovanni ed io, insieme a tanti altri, siamo andati al "laboratorio P". Davanti ad un grande foglio ho cercato con lui di raffigurare la storia frammentaria che mi raccontava. Questa volta eravamo io e Giovanni e tanti altri che ci guardavano e partecipavano alle nostre azioni, a dover insieme comprendere e tentare di ricostruire un pezzo di vita passata. Abbiamo disegnato una barca e finalmente ho capito che Messina, nome tante volte ripetuto, era il nome della barca e il capobarca si chiamava Giovanni ed era suo padre. Ed in barca a pescare c'erano Giovanni, Antonio e Guerrino, Antonio e Guerrino erano i suoi fratelli. Quel giorno abbiamo pescato e abbiamo disegnato dei pesci: pesci larghi, lunghi, grandi e piccoli e Giovanni li ha nominati tutti.

Lo stimolo che ho ricevuto da questa esperienza è stato quello di poter rendere immediatamente reali i desideri che andavano prendendo corpo sul foglio. Nei giorni successivi, al laboratorio, in una situazione in cui più immediato era il contatto fra le persone, Giovanni mi ha parlato dei fratelli che erano a Trieste. Ho ritrovato i fratelli e, per la prima volta dopo vent'anni, Giovanni è stato in visita dal fratello. Da questo primo incontro ne sono scaturiti altri ed abbiamo progettato una rimpatriata a San Giovanni di Umago (oggi territorio jugoslavo). Abbiamo chiesto al Comune il certificato di residenza e di nascita e subito dopo il lasciapassare (anche l'identità giuridica di Giovanni si andava ricostruendo). A metà febbraio siamo andati a Umago. Giovanni ha incontrato fratelli, cugini, compari, amici, nipoti conosciuti in fasce e sconosciuti. Tutti hanno avuto con lui un rapporto "immediato": l'immediatezza di chi vive in paese. Giovanni continuava a parlare sottovoce, ma comunque a parlare con tutti e a salutare tutti. Siamo stati in paese, tra le case dei vari conoscenti, parenti ed amici dalle nove del mattino alle tre del pomeriggio; in queste sei ore già altre facce dell'identità di Giovanni andavano ricomponendosi. I parenti mi chiamavano in disparte e, un po' colpevoli, mi chiedevano se era "pericoloso", come avevano sempre saputo, come quando lo vedevano fuggire in campagna, passare le notti insonni seduto sulla barca del padre, come quando lo videro fuggire risoluto e impressionante a Trieste, ma anche se era stato giusto tenerlo in manicomio per tanti anni.

Il fratello Antonio e sua moglie, dopo un paio d'ore di dialogo sempre chiamandomi in disparte, mi hanno

chieste se era possibile che, "per prova", Giovanni rimanesse a casa per qualche giorno durante la prossima primavera. Siamo ripartiti con la promessa che saremmo ritornati di lì a poco e con la sicurezza che Giovanni cominciava finalmente a concretizzare i suoi desideri "incomprensibili" che tante volte aveva cercato di esprimere. Appena giunti in ospedale - erano le cinque del pomeriggio - siamo andati al laboratorio "P". C'erano tutti. Dalla pedana che in quei giorni era stata costruita abbiamo raccontato la nostra esperienza. Giovanni ed io. E credo che la gioia degli altri nel sentire quelle cose abbia dato a Giovanni il senso, la consapevolezza che quel ritorno, il ritorno al paese poteva significare questa volta il principio della sua liberazione.

Giovanni, il 22 marzo del 1973, con la primavera, è tornato a San Giovanni di Umago. Lavora nella terra rossa, la terra di cui parlava nelle lettere, va a pescare di notte con il fratello Antonio e con i nipoti. Al pomeriggio ripara le reti. Ha un suo posto e una sua dignità. Ogni domenica, dopo il pranzo, gioca a tresette e briscola ed è il campione da sfidare.

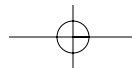
Giovanni, dal marzo '73, è stato sempre ad Umago e, a poco a poco, ha recuperato sempre più spazio nella sua casa tra suo fratello e sua cognata. È accaduta anche una cosa un po' strana, paradossale, un capovolgimento delle parti. Antonio, da buon contadino istriano, fa un ottimo vino bianco e ne beve anche abbastanza. Nel giugno '75 Antonio ha cominciato a star male, le gambe si sono fermate, la memoria lo aiutava poco e dormiva male. I parenti, e Giovanni stesso, hanno detto, pensando che il manicomio aveva guarito Giovanni, che venisse anche lui. E così Antonio è venuto a ricoverarsi nel reparto dove era stato Giovanni per tanti anni e, mentre Antonio era ricoverato a Trieste, Giovanni svolgeva tutte le funzioni proprie di Antonio nella casa del paese. Settimanalmente Giovanni tornava in manicomio a trovare suo fratello, che questa volta era ricoverato.

Il 22 novembre 1977 Giovanni è morto di infarto mentre era in barca a pescare col nipote. Lo stesso nipote è venuto a Trieste a darmi la notizia: "Zio Giovanni è morto".

### Note

[1] La storia è tratta dal libro *"Non ho l'arma che uccide il leone"* Storie del manicomio di Trieste di Giuseppe Dell'Acqua (Ed. Libreria 1980 - Trieste). Il libro attraverso il racconto delle storie degli internati che allora emergevano alla relazione dava il senso della fatica del recupero di una propria storia e di una relazione ora possibile, e da costruire, tra paziente e terapeuta.

[2] Nel gennaio '73, al reparto "P", ormai vuoto (i degenti che lo occupavano erano andati ad abitare al reparto "O donne" costituendo il primo reparto misto dell'Ospedale) si è dato inizio ad una singolare esperienza di "animazione". Un gruppo di artisti, attori, pittori, studenti hanno lavorato insieme con numerosi degenti materiali semplicissimi: carta, legno, colori, stoffa. Dalle singole esperienze creative si è arrivati alla costruzione di un grande cavallo, Marco Cavallo. (c/r il volume a cura di Giuliano Scabia, *"Marco Cavallo. Una esperienza di animazione in un ospedale psichiatrico"*, Torino, Einaudi 1976). Si è avuto un poliedrico fiorire di storie, di testimonianze e di esperienze personali. Per due mesi, specie per i lungodegenti, si è creata una feconda alternativa al tempo - servo ed immobile del reparto. Il reparto venne ribattezzato "Laboratorio P".



## Leros<sup>1</sup>, piccola isola del Dodecaneso, vicino la costa turca

di Maurizio Costantino

Sono entrato per la prima volta al reparto B1 del Padiglione 11 dell'Ospedale Psichiatrico di Leros nell'agosto del 1993: quattro stanzoni con 20 letti ciascuno - niente lenzuola e cuscini, sudicie gommepiume per materassi, una vecchia coperta - estate ed inverno; un grande refettorio - tavoli e sedie a disposizione solo alle ore prefissate; un armadio con i vestiti di tutti i giorni per 56 persone, due docce - di cui una inutilizzabile; una cucina dove non si cucina, ma da dove si distribuiscono i pasti che gli internati vanno a prendere alla cucina centrale.

Chi da venti, chi da trenta anni: per tutti il tempo è scandito dal mangiare, dalla distribuzione delle sigarette, dalla doccia settimanale.

Si mangia: un piatto pieno al centro della tavola per quattro o cinque persone, uno o due bicchieri di plastica, sempre per quattro o cinque, così, dopo, c'è meno da lavare. I pasti durano cinque minuti, di orologio. Si mangia poco e male.

Per lavarsi - dieci persone al giorno, cinque la mattina e cinque il pomeriggio - si aspetta il proprio turno nudi in corridoio, proprio davanti la porta d'ingresso del reparto. Ed anche se si è capaci di lavarsi, si viene lavati. Il tutto dura venti minuti per gruppo, al massimo.

Le sigarette, dopo il pranzo, possono essere due o tre, o nessuna, ad insindacabile giudizio di chi distribuisce.

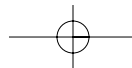
Per alcuni c'è il lavoro. Un internato per dodici ore al giorno gestisce le distribuzioni del cibo e lava, con impeccabile cura, docce e gabinetti. In cambio ha l'autorità di chi può dare o togliere un pezzo di pane, ed un intero ripiano dell'unico armadio per i suoi vestiti da lavoro. Altri pazienti puliscono il refettorio, rifanno quel poco che c'è da rifare dei letti, trasportano le immondizie, o i vestiti sporchi alla lavanderia centrale.

Per chi vuole allontanarsi almeno un po', e ne ha le energie, ci sono un paio di ore la mattina nella grande piazza d'armi di fronte al padiglione.

La piazza d'armi era il centro della base navale che per cinquanta anni, all'inizio del secolo, ospitò più di tremila militari italiani: caserme per i soldati, magazzini, officine per idrovolanti, sommergibili e cannoni,

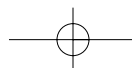
**Agosto 1993**

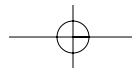




villette per ufficiali ed uffici. Questo era, prima, l'Ospedale Psichiatrico di Leros. Quella piazza d'armi, quella enorme spianata di terra rossa, battuta dal vento di inverno, sotto il sole torrido d'estate, è stata per anni il teatro della solitudine di centinaia di internati. Uomini mal vestiti, poco o per niente vestiti, distesi, rannicchiati per terra o, silenziosi, camminando. Sguardi furtivi, mozziconi che passano di mano o raccolti da terra. Scatti di corsa, che improvvisi nascono e muoiono, in assenza di scopo. Uno piange ed un altro grida. Per un paio di ore al giorno nessuno ti dice cosa devi fare. Ma, paradossalmente, questa libertà conferma a questi uomini che per quanto facciano, per loro non c'è niente da fare. Gli infermieri dell'Ospedale - 400 per 400 internati uomini - non sono infermieri. Sono *filakès*: guardiani. Contadini e pescatori che hanno trovato nell'impiego statale l'unica risposta al depauperamento dell'isola. Mai gli è stato detto, e ancor meno mostrato o dimostrato, che un ospedale può/deve almeno cercare di essere un luogo di cura, di riabilitazione. Li guardo, discuto con loro. Vedo volti antichi, mani che hanno a che fare con la terra, gente che conosce la fatica. Esprimono sentimenti forti, hanno il piacere di condividere la bellezza della loro terra ed hanno paura che gli si porti via, con l'ospedale, il loro pane. Chiusi ed abbandonati essi stessi in quei padiglioni, contraddittoriamente hanno resistito e si sono adeguati, hanno promosso la legge del più forte e nascosto la loro comprensione dell'altro. Sadismo, sfruttamento, furono la regola. Compassione, protezione, le eccezioni. Verso la fine di quella prima visita un uomo mi avvicinò e mi mise in mano, con discrezione, uno strano oggetto. Era un intreccio di fettucce di stoffa, annodate. Animate. Ricordo, in quel corridoio, una botte di acqua potabile con un bicchiere per 56 persone, la televisione - in alto - accesa, rumore di pentole di alluminio, voci. Ricordo uno sguardo, dei capelli d'argento, un corpo agile e nodoso, di vecchio. Ricordo, insieme all'imbarazzo, il mio sollievo, la mia gratitudine per questo corpo che senza nulla chiedere, affermava il suo esistere in quella desolazione.

Quando, mesi dopo, fu finalmente possibile iniziare un intervento in quel reparto, la parola d'ordine fu molto "semplice": uscire con i pazienti. Così, ogni giorno, da quel reparto cominciarono ad uscire sei o sette persone. Uscire significava rompere il ritmo della vita normale del reparto. Significava aver bisogno di vestiti, di soldi. Di una doccia calda fuori orario.





Uscire poteva significare un nuovo modo di avvicinarsi a ciascun paziente, e significava, per lui e per noi, misurarsi con la realtà delle persone, delle cose, della natura, fuori.

Vassili (l'uomo del regalo di alcuni mesi prima), Sofia, una giovane operatrice del programma di riabilitazione, Maria, una pulitrice del reparto, ed io, usciamo insieme.

Vassili: giacca, cravatta, tutto un po' più piccolo della sua taglia ed un po' spiegazzato. Ma si intravede qualcosa che si ha quasi timore di ammettere: forse è proprio per avere vissuto trenta anni in mezzo alla fame, al freddo, alla paura, che il rispetto di sé che Vassili ci mostra è così indiscutibile.

Dove si va? al ristorante, in riva al mare.

Ci sediamo, viene ordinata una quantità di piatti, mentre Vassili, visibilmente indifferente a questa inusuale abbondanza, con una mano davanti la bocca canticchia, con la cadenza di un cantastorie.

"Leros, Lipsi, Athina, Volos, Kalkida, Kimi"

"LEROS, LIPSI, ATHINA, VOLOS, KALKIDA, KIMI."

e poi:

"OMONIA...," ed altre parole che non capisco

ed il tavolo si riempie: polipo, *tzaziki*, frittelle, tonno, stuzzichini... Vassili ha infine chiesto una spremuta d'arancio.

Ma cos'è questa lista di nomi? luoghi?

Sono, a ritroso, le tappe di un viaggio cominciato chissà quanti anni fa al suo villaggio, nell'isola di Eubea, vicino Kimi.

Vassili ci sta a rispondere: ha fatto un po' il muratore a Volos ed a Atene... e poi:

"Voglio tornare al mio villaggio!".

Chiaro, indiscutibile, comprensibile, carico di senso.

Con Sofia e Maria siamo attenti, stiamo chiacchierando con Vassili, e c'è una certa consapevolezza che non sono chiacchiere fini a se stesse, ma che forse quel cantare - fino ad oggi delirio - è, può, potrebbe essere, un futuro - oltre che avere costituito un presente tra noi.

"OMONIA" ed altre parole cantate, cantilenate, che non capisco, ma che hanno il ritmo di una passeggiata.

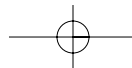
"OMONIA" che è tonda, che è il cuore di Atene.

Quanti anni fa? più di venti o trenta.

È un elenco di bar, negozi, tutt'intorno a piazza Omonia, quello che Vassili ci snocciola!

*Omonia*, il cuore di Atene, trenta anni fa.

### **Le undici di mattina di una splendida giornata del gennaio 1994.**



Mercanti, ambulanti, poeti, prostitute, trafficanti, protettori, clochards, viveurs, musicisti, marinai, negozianti, gente dalle provincie di Grecia. Oriente ed occidente.

Vassili ne parla come se ci fosse in quel momento, ne parla come della sua vita, ne parla - ne canta anzi, come cantando di sé.

“Voglio andare al mio villaggio!”.

“Voglio andare ad Atene!”.

“Sì, Vassili”.

Poi Vassili si alzò e si mise a parlare ad alta voce, adirato. Il ristorante era quasi vuoto. Io non capivo cosa dicesse. Né capii cosa gli disse Dimitri, il padrone del ristorante. Ma era evidentemente un parlare proprio a lui, a Vassili. Un confronto che durò qualche battuta e che finì con soddisfazione d'entrambi.

Vassili, quella mattina, era. Ascoltato, capito, interrogato, risposto, ribattuto. Con una storia, una personalità, forse un futuro.

Tornammo in Ospedale ed all'assemblea quotidiana di tutti gli operatori raccontammo cosa ci era successo. Si prospettò l'idea di fare veramente questo viaggio a ritroso con Vassili. Si parlò di lui, si incrociarono ricordi, osservazioni, perplessità.

Si poteva organizzare praticamente questo viaggio? quali rischi, quali prospettive? Riandare al passato, ad una famiglia che lo aveva dimenticato per trenta anni, tutto ciò non lo avrebbe fatto poi rientrare a Leros con gravi rischi di depressione - si chiese qualcuno?

Prevalse una specie di buon senso. Ci fu un accordo implicito sul fatto che ciò che contava forse di più era accertarsi se l'équipe nel suo complesso, e tre o quattro persone più specificatamente, fossero disposte ad assumersi la responsabilità di organizzare, ma soprattutto quella di aprirsi ad una esperienza condivisa con Vassili, fuori da quei muri...

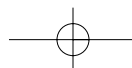
Credo che non dimenticherò mai quell'assemblea.

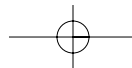
I partecipanti appartenevano a due gruppi: da una parte *filakès* con quindici, venti, trenta anni di lavoro, dall'altra, giovani assunti per l'applicazione del Programma finanziato dalla Unione Europea.

I vecchi non potevano che essere sospettosi: in nome di cosa si veniva a cambiare una vita a cui probabilmente ciascuno di loro aveva fatto una grande fatica ad adattarsi, anche se qualcuno di loro aveva finito poi per adattarsi con particolare soddisfazione?

I vecchi si erano trovati talvolta anche uno per turno con 100 internati. Cento sconosciuti ai quali l'ultima tappa del viaggio, la deportazione a Leros, aveva tolto anche gli ultimi brandelli di storia.

I luoghi in cui questi contadini, pescatori si erano ritrovati a lavorare come *filakès* avevano inequivoca-





bilmente trasmesso loro quale era la considerazione in cui gli internati erano tenuti dai responsabili: poco mangiare, pochi vestiti, poco riscaldamento, niente medici o quasi, catene.

Allora, la lotta per sopravvivere in quelle condizioni, non era solo quella degli internati, ma anche quella di chi ci lavorava. Per tutti - mi dicevo - l'unico pensiero non poteva che essere sopravvivere a quel presente. In quell'assemblea si realizzò una saldatura tra i due gruppi: nessuno stava dicendo ai *filakès* che ciò che facevano era sbagliato, ma semplicemente che si poteva fare anche qualcosa d'altro. Un ritorno alla propria terra, forse a trovare semplicemente delle tombe, o dei muri di una casa d'infanzia, od un compagno di scuola. E quei *filakès*, il valore della propria terra, delle tombe, dei muri di casa, di un compagno, non l'avevano ancora perso.

In breve si accertò che i soldi c'erano.

Bisognava ora che dei volontari si offerissero.

*“Oggi è il ventidue, due, millenovecentonovantaquattro: ventidue più due, ventiquattro, più uno venticinque, più nove trentaquattro, più nove quarantatré, più quattro quarantasette e meno uno quarantasei. Diviso due, fa ventitré. Domani è il ventitré. Usciamo?”*

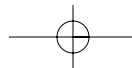
Benedetto Vassili che da ventitré (sic!) anni, gioca con i numeri e forse si salva il cervello, mentre tutti pensano che fettucce, canzoni e numeri non siano che deliri!

Una riunione, a partire dalla cartella clinica di Vassili: genitori morti, un fratello ed una sorella al villaggio natio, due fratelli di cui non si avevano notizie, nessun contatto durante i ventitré anni di ricovero a Leros, né con i familiari, né con altri, due date di nascita con una differenza di sette anni, un primo ricovero ad Atene nel 1965... ma soprattutto una partecipazione di tutti alla discussione, impressioni, ricordi, la difficoltà di assumersi un'inusitata responsabilità e la conferma che comunque Vassili sarebbe stato tra i primi internati che avrebbero abbandonato il reparto per andare a vivere - in gruppo di sei o sette - in un appartamento che si stava attivamente cercando.

Programma al quale Vassili non rispondeva né sì né no, ma ricordando in maniera ferma e posata che il suo obiettivo era il villaggio.

Vassili si ritrovò, ed io credo anche che seppe mettersi, al centro dell'attenzione. Non ci fu alcun protagonismo in questo da parte sua: era già, nel reparto, un personaggio "aspro" ed in qualche modo rispettato. Forse anche per una sua avvertita indomabilità: erano ventitré anni per esempio che non si riusciva ad impedirgli di tagliare strisce di lenzuola con le quali confezionava, in una sequenza di nodi, i suoi oggetti animati. Ma anche cinture e fettucce che sostituivano, con eleganza, i bottoni spesso mancanti delle camicie.

**Febbraio 1994**



Vassili comunque seppe approfittare di quel nuovo clima, che contraddittoriamente si andava determinando nel reparto ed attorno a lui. Anzi, sembrava non attendere altro: cambiandosi in vista di una uscita, verificando di non essere osservato o comunque facendo notare di sapere di essere osservato - vuotava le tasche dei suoi innumerevoli oggetti personali. Indossava con fretta trattenuta un vecchio completo blu gessato e fuori... il barbiere era una tappa d'obbligo di quelle prime uscite: il piacere di qualcuno che si prende cura di te, due frasi, forse un senso di pulizia e poi... in piazza.

La piazza principale del paese, al caffè.

Osservava, guardava la vita intorno a lui, forse tentava di riconoscere ciò che era cambiato, e ciò che non cambierà mai.

Al bar non voleva mai niente e solo dopo insistenze accettava un caffè od una aranciata. Lo faceva in un modo che ci ha fatto pensare che questo ridurre a zero i suoi bisogni fosse stato proprio una scelta: quella di non chiedere niente, di non aspettarsi niente, di non voler aspettarsi niente. Non un adattarsi (dopo ventitré anni!) ad una situazione in cui non si ha alcun diritto, ma proprio il non chiedere nulla, dicendo così all'istituzione, alle persone che la incarnano:

“avete potere, ma non vi chiedo e non vi chiederò mai nulla, perché il vostro dare o non dare è arbitrario, è solo il vostro bisogno di dimostrare chi comanda”.

A volte scoppi d'ira. Improvvisa come era scoppiata, si placava.

Inevitabili: l'impressione di un profondo rifiuto e di un bisogno dirompente di dire, di affermare la propria presenza. Un alzare la voce che mi pareva anche accolto dai presenti come parte di quella abitudine mediterranea alla forte, ostentata e quasi teatrale, espressione pubblica dei sentimenti.

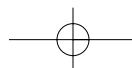
E poi - da solo - nei dintorni.

Passeggiate, incursioni, dalle quali tornava sempre con qualcosa: un pacco di noccioline, due frutti, una scatola di fiammiferi. Frutto incontestabile della sua autonoma capacità di incontrare la gente.

Le uscite dal B1 si moltiplicavano, la vita interna era profondamente messa in discussione. Il Programma dell'Unione Europea trovava le condizioni politico-istituzionali per svilupparsi. Le resistenze erano sempre forti: l'intera economia dell'isola era stata gestita usando il manicomio come fonte di soldi e privilegi. Non mi sembrava ingiustificata, da parte di molti infermieri, quella resistenza al cambiamento che sembrava dire: “non è che state parlando di grandi cose, ma alla fine sarà solo un cambiamento di comando, che nulla cambierà?”.

Insomma il gioco era proprio interessante!!!

Poi per Vassili, per il suo viaggio, apparvero i “volontari”: Lianna, psicologa che era incaricata dell'orga-



nizzazione dell'appartamento in cui Vassili sarebbe dovuto andare ad abitare, e Iannis, infermiere che nello stesso appartamento sarebbe andato a lavorare.

Accordo conseguito, preparativi, i soldi necessari, i documenti, i punti di appoggio lungo il viaggio... fu Vassili a cambiare idea all'ultimo momento:

"Se vado al villaggio, non tornerò a Leros, mai più!"

Il confronto con Vassili, si può immaginarlo, fu denso, a volte acuto, altre paternalistico. Alla fine Vassili si convinse, si convinse discutendo con Iannis, che la cosa non era possibile in quei termini.

La discussione, le discussioni, si svolsero per la prima volta nella storia del reparto nella stanza degli infermieri; Vassili seduto in una delle sedie rigorosamente riservate agli operatori, ed attraverso la porta a vetri, tutti avevano potuto vedere!

Grazie Vassili: morte di un piccolo tabù.

Siamo sbarcati dalla nave che ci ha portato al Pireo, da Leros, alle otto di mattina.

Vassili, Lianna, Iannis (con sua moglie) ed io.

Abbiamo preso due stanze all'albergo "El Greco", a due passi da piazza Omonia e siamo subito usciti. Tuffati nel grande bazar che a quell'ora sta prendendo vita, soprattutto in *Athinas Odòs*, la via del nostro albergo. Negri che vendono - parlando greco, naturalmente - foulards firmati ed impianti hi-fi; cittadini ex sovietici con un obiettivo Zeiss, una chiave inglese, un orologio, un distintivo di Lenin in mostra su un tappetino; donne vestite tutte di nero, bambini e sigarette, orologi, occhiali da sole, giacche di pelle... camminiamo lì in mezzo, guardiamo, ci guardiamo, guardiamo Vassili, che si muove come se fosse sempre stato lì.

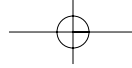
Osserva e, per alcuni minuti fermo davanti una vetrina, sfiora con la mano dei passanti: un uomo, una vecchia, un ragazzo, una signora. Qualcuno di loro se ne accorge e si volta, interrogativo. Ma lo sfiorare è stato così discreto, leggero, non invadente... nessuno protesta. Contatto. Non avevo mai visto Vassili fare una cosa del genere e mai più, in seguito, gliela avrei vista fare.

Persone e traffico ci avvolgono sempre di più. Lianna è di Atene e ci è abituata, Iannis e sua moglie escono per la prima volta nella loro vita da Leros.

Poi uno, due giri per piazza Omonia. Si passeggia, quasi mani dietro la schiena.

Vassili guarda, osserva, si ferma e guarda, osserva. La vita è intensa attorno a noi, ma per noi è come se fossimo fuori dal tempo. Ciò che conta è Vassili, questo suo rientro in un mondo che è tanto cambiato. Dove tutto è diverso, ma forse allo stesso tempo riconoscibile, nel via vai, nei rumori, nel miscuglio di razze, storie, sguardi.

**Atene, sabato 2 marzo 1993  
(per Vassili 23 anni dopo).**



E Vassili ha questa qualità di esserci, pienamente, a contatto appunto, e di non sembrare invaso, disturbato. Non un gesto, non una parola che segnalassero un disagio, una paura, una distanza.

Poi, forse per rispondere alla nostra ansia di operatori sul come trascorrere il tempo, una proposta:

"Vassili, che ne direbbe di trovare un barbiere e farsi radere?"

"Mio fratello è barbiere, qui ad Atene."

"...???... ricorda dove?"

"Certo!"

"... e, saprebbe andarci?"

"Certo! Andiamo, andiamoci."

Siamo sorpresi, molto sorpresi, andiamo: guidaci Vassili!

Eccitati, attenti attraversiamo Atene.

Vassili procede deciso, decississimo, parla di una piazza proprio vicino al negozio del fratello.

Lianna conosce la via, ma è a Vassili che spetta andare avanti. Vassili davanti, noi quattro dietro.

Poi ci perdiamo, Lianna si ferma a chiedere indicazioni, perdiamo lei... ma troviamo la piazza. Torniamo un po' indietro, ritroviamo Lianna, e Vassili riparte, ed Iannis ha un sorriso esterrefatto. Una piccola via, Vassili si ferma davanti ad un negozio. Di ferramenta. Ancora su e giù per la via. Ma no, era proprio lì. Ed allora Lianna e Vassili entrano in quel negozio e chiedono. Sì, c'era un barbiere, fino a quattro anni prima, proprio lì, ma è andato in pensione. Sa niente del barbiere? Questo è il fratello e non si vedono da tantissimo, vorremmo trovarlo. No, niente, provate a chiedere al Café-nio, un po' più in giù.

Ci andiamo; sulla porta, chiudendo la porta un giovane handicappato: no suo padre non c'è, il caffè è chiuso, non sa niente di barbieri.

Allora ci ritroviamo tutti in mezzo la strada. In un momento sospeso.

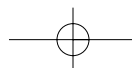
Da una parte il proprietario del negozio di ferramenta ci chiama dentro, e dall'altra quello del Café-nio, avvisato dal figlio, anche lui ci chiama. Era un po' perplesso il primo, ma ci ha ripensato e ci da il numero di telefono del fratello di Vassili, ed il secondo, nello stesso istante ci sta dando l'indirizzo!

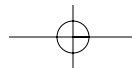
Proviamo a telefonare dal negozio del primo, ma non risponde nessuno.

Allora, per salvarci dalle emozioni decidiamo di andare a pranzo e di chiamare dal ristorante.

Emozioni? Iannis non crede a ciò che ha visto: la memoria di Vassili, trent'anni dopo, in questa Atene per lui misteriosa e caotica...

Dal ristorante Lianna telefona. Si lo ha trovato questo fratello! appuntamento in albergo alle 16.30! Era sorpreso, incredulo, forse intorpidito ed è per questo che viene lui in albergo e non Vassili a casa sua...





L'incontro avverrà nella stanza più bella, due poltroncine ed un tavolino, un caffè e, di noi, solo Lianna sarà presente.

Puntuale il fratello arriva e meno di dieci minuti dopo Lianna ci annuncia che vanno tutti e tre a casa. Torneranno tre ore dopo. Lianna stremata, Vassili imperturbabile. Ha i capelli tagliati e la barba rasata.

È così che è andata, sembra un film a sentirlo raccontare: Vassili in poltrona ed il fratello che, parlando, lo rade e gli taglia i capelli. E lunedì, dopodomani, il "fratello ritrovato" andrà al villaggio anche lui!

... E ci prepariamo per uscire, che è sabato sera e siamo ad Atene!

Vassili indossa la sua giacca viola di panno, ma con le falde l'una sull'altra ed infilate nei pantaloni. Al posto della cintura una fettuccia, viola. Una cravatta intonata. La giacca, così indossata, sembra un bolero e Vassili, potrà forse apparire stravagante, ma è senz'altro elegante, e lui lo sa.

O meglio, il suo curare il vestirsi è qualcosa di più, è identità, mi pare.

Così usciamo - e c'è ben poco che possa stupire un ateniese - e passiamo la serata in una *Ouseria* (nda. da: *ouzo*, alcolico locale a base di anice).

Ce le godiamo, ognuno di noi a modo suo. Io mangio e bevo. Vassili, parco di queste cose, sbocconcella dandoci quasi le spalle, ascoltando attentamente la conversazione di due nostre vicine, scrutando apertamente le due ragazze dal fittissimo parlare, che non lo hanno - per tutto il tempo - né ignorato né integrato.

Vassili è stato al suo villaggio, due volte.

Ha rivisto le pietre e le persone. Ha stupito tutti ricordando nomi e fatti. Non ha potuto, o saputo, o voluto, riavvicinarsi a sua sorella ed a suo fratello che vivono nella vecchia casa di famiglia. Meglio, nella unica stanza, in mezzo alla quale hanno innalzato un muro di separazione. Lui, da sempre inabile, vive dell'aiuto dei paesani. Lei, dopo trent'anni ad Atene tra la strada e l'Ospedale psichiatrico, si è rifugiata al villaggio e ne vive ai margini sociali...

Non è stato possibile garantire una presenza dei servizi di salute mentale che accompagni il reinserimento di Vassili, e neanche attivare una pensione. Il sindaco, ex compagno di scuola di Vassili, ha tentato, senza successo.

Tra il primo ed il secondo viaggio al villaggio, Vassili:

- ha portato un paio di scarpe comprate ad Atene al suo amico Helias, nel reparto B1: Helias pare proprio l'opposto di Vassili, tanto appare vulnerabile e dipendente. Le scarpe sono un regalo prezioso, come oggetto e come segno. Il Vassili che ritorna dal viaggio e che vuole subito rientrare per stare con i *pedià* ("i ragazzi"), fa risaltare una qualità di relazioni tra tutti gli internati assolutamente altra da quanto ho

**Trieste, maggio 1998.**



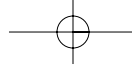
- mai conosciuto. Penso che è la qualità delle relazioni tra i prigionieri. Questi uomini hanno dovuto e saputo far incontrare violenza ed amore, mi pare;
- ha raccontato a tutti gli altri del suo viaggio; nel salone, per una volta riempito di emozioni esplicite, altri hanno pensato: "ed io?", e qualcuno lo ha detto, e le storie di ciascuno ricominciano ad essere un diritto;
- ha cominciato a raccontare. Per esempio: aveva sedici anni e portava da mangiare ai partigiani, in montagna. Poi lo chiamano nell'esercito regolare e viaggiando in jeep salta su una bomba messa dai partigiani! Ma non racconta molto, e nessuno insiste per saperne di più;
- ha chiesto di incontrare, ed ha parlato con il Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale. Da solo;
- è andato a vivere in una casa di campagna, con altri cinque vecchi internati; i vicini sono contadini e la festa di inaugurazione, che li ha visti coinvolti ed organizzatori, è stata una vera festa greca;
- dopo un aspro scontro verbale per la strada, con un vecchio infermiere, è stato sottoposto ad una terapia farmacologica che lo sconvolge: "den borume!" - "non ce la faremo! Non possiamo!" - mi dice, allo stremo delle sue forze. Ed invece, la rete di rispetto ed amicizia è grande e, pur non riuscendo ad ottenere la riduzione dei farmaci, accompagna Vassili attraverso questo rigurgito istituzionale;
- si muove da solo nell'isola, ha i suoi punti di riferimento, case che per lui sono sempre aperte e nascondigli dei suoi beni;
- torna ogni tanto in visita al B1, ed il suo sguardo pieno di compassione, ci dice quanto c'è ancora da fare.

### **Dopo il secondo viaggio**

Vassili ha deciso di restare a vivere a Leros.

Ad ognuno di noi è dato un solo passato. A Vassili, ed ai moltissimi altri di Leros, solo quel passato. Sono tornato un paio di volte a Leros in questi anni. E come me, altri operatori sono tornati e tornano a Leros. Avvinti anche da una natura dolce e selvaggia, allusiva e prepotente come il vento d'oriente che la spazza. Immagino, so, che anche altri come me sentono la profondità che Vassili e molti altri ci hanno consentito di toccare. Per una volta, una consapevolezza limpida della nostra umanità.

**Note** [1] Leros (Grecia): sede di intervento di una équipe italiana nel quadro di un Programma della Unione Europea, 1989-1995  
Vedi nel CD, "Una pratica europea", per un quadro approfondito dell'intervento a Leros.



## La libertà è ancora terapeutica

di Maria Grazia Giannichedda

La libertà è terapeutica

Murale di Ugo Guarino, ospedale psichiatrico di Trieste, 19731. Cittadini in catene

Si apriva a Londra nel 1815, nell'Inghilterra dei Tuke e del Retreat di York, la Parliamentary Inquiry into Madhouses. È un fatto importante: per la prima volta infatti lo Stato guarda ai folli nell'ottica liberale dei diritti e vuole farsene carico non solo in quanto poveri e pericolosi. Questa inchiesta, insomma, è un po' la madre delle numerose inchieste parlamentari che, fino ai giorni nostri, hanno ciclicamente testimoniato gli abusi perpetrati dalla psichiatria manicomiale nei regimi liberal-democratici.

Per due anni una commissione visita le varie istituzioni pubbliche e private. Al Bedlam, il grande manicomio di Londra, i commissari hanno modo di incontrare il medico Thomas Monro, che è anche proprietario e gestore di una casa di cura privata. Alla domanda sul perché al Bedlam egli faccia ampio uso di catene e ceppi, che invece non esistono nella sua casa di cura, Monro risponde che nella sua clinica "c'è tanto personale che non vi è occasione di usare la costrizione: ho quaranta e più pazienti e altrettanti inservienti. "Ma i commissari vogliono saperne di più su questi mezzi di coercizione, sulla loro utilità". Essi sono adatti solo per i folli poveri - precisa Monro - un gentleman non apprezzerrebbe di essere messo in catene. Io stesso, peraltro, non sono abituato a un gentleman in catene, non ho mai visto una cosa del genere, e ciò è talmente orrendo per la mia sensibilità che non lo ho mai considerato necessario".

Questo episodio, raccontato da Klaus Doerner e documentato da un trattato inglese di storia della psichiatria<sup>1</sup>, mi pare una buona introduzione per le riflessioni che vorrei proporre qui sul problema dell'uso, tutt'ora attuale in psichiatria, di forme di contenzione e di segregazione.

Ci sono diversi elementi in questa vicenda inglese che è quasi una parabola. Doerner la cita per dimostrare un dato storico ormai acquisito: il grande manicomio pubblico è nato per internare i "pauper lunatics", la "marginalità improduttiva" per dirla con Franco Basaglia, destinataria per ciò stesso di un

### Cittadini in catene

trattamento diverso rispetto al folle ricco, al gentleman, o al buerger, al citoyen, come già all'epoca si cominciava a dire nell'Europa continentale. Ma questo è tutto sommato l'elemento più inattuale di questo episodio. Nel secolo appena passato, infatti, anche il gentleman e il cittadino hanno conosciuto le catene, sia in quanto anche i poveri sono diventati cittadini, sia perché i ceti produttivi, classi medie incluse, hanno cominciato ad attraversare i circuiti della psichiatria pubblica, sperimentando così quell'intreccio tra cura e custodia che, dalla legge francese del 1838, ha giustificato la violenza manicomiale. Il cittadino in catene non perché reo ma perché malato è diventata così una contraddizione delle democrazie. Nella maggior parte dei casi (penso ai paesi europei e agli Stati Uniti) essa viene ammessa all'interno di legislazioni "speciali", che costruiscono cioè regimi eccezionali per il malato di mente e per il medico psichiatra. A quest'ultimo è consentita la compressione di alcuni diritti del cittadino in nome della cura, ma di converso lo psichiatra è obbligato a farsi carico della difesa della società dal potenziale pericolo costituito dal malato di mente. Questo è, in estrema sintesi, il paradigma dell'internamento, più volte e in vari modi "corretto" dalle legislazioni a partire dal secondo dopoguerra, con gli obiettivi di renderne l'impiego eccezionale, di restringere i suoi ambiti di applicazione e di controllare ex-post, ed eventualmente sanzionare, eccessi ed abusi. Tutto questo ha prodotto costruzioni giuridiche complesse e non sempre maneggevoli, che possono dare molto lavoro a giudici, avvocati e assicurazioni (è soprattutto il caso degli Stati Uniti) ma che non sembrano capaci di eliminare, né di rendere eccezionale, questa che rimane appunto una contraddizione dei regimi democratici: il cittadino "in catene" non perché reo ma perché malato. Solo l'Italia e, in altro modo la Spagna<sup>2</sup>, hanno deciso di fare a meno di una legislazione speciale per il malato di mente, cercando di percorrere strade diverse. La riforma italiana, in particolare, ha voluto esplicitamente tagliare le radici del paradigma asilare. Ha eliminato perciò la pericolosità come ragione sia dell'obbligo alla difesa sociale che della possibilità di comprimere i diritti personali in nome della cura; ha inoltre abolito il manicomio come luogo e strumento terapeutico. Neppure in Italia, tuttavia, la contenzione e la segregazione psichiatriche sono uscite di scena, né si può dire che siano divenute degli eventi eccezionali. Negli ultimi venti anni si è fatta poca ricerca su temi come questi, sia in Italia che nel resto d'Europa. Credo quindi sia impossibile rispondere con dati alla mano alla domanda se in Italia si usino più o meno che nel resto d'Europa la contenzione e la segregazione psichiatriche, che pure da noi hanno subito una più forte delegittimazione e sono state, a mio parere, nettamente private di fondamento giuridico<sup>3</sup>. In questo contributo vorrei però lasciare da parte quest'ultimo tema per riflettere piuttosto su cosa significhi, di cosa sia segno, sintomo, questo persistere, nei servizi di psichiatriche di diagnosi e cura, di forme di

contenzione e di segregazione, che continuano evidentemente a essere riconosciute come atti medici, come tecniche che fanno parte dell'intervento terapeutico, visto che in questo senso sono accreditate e regolamentate. Restringere l'osservazione ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura ma, sia detto per inciso, questi non sono i soli luoghi in cui contenzione e segregazione sono impiegate. Sono semmai i luoghi dove l'uso di queste pratiche è, generalmente, documentato e quindi controllabile, diversamente da quanto può accadere, e accade, nelle cliniche private che hanno pazienti psichiatrici lungodegenti e negli istituti di tipo medico-assistenziale per anziani non autosufficienti e per disabili gravi. In queste istituzioni sarebbe fortemente necessario e opportuno puntare l'attenzione, sia della ricerca che della magistratura tutelare, per indagare un fenomeno per il quale credo valgano, in gran parte, gli argomenti che intendo portare qui<sup>4</sup>.

Torniamo ora alla "parabola" inglese e a una seconda pista di ragionamento che essa apre.

Il medico Monro, come abbiamo visto, rifiuta a priori l'idea che si possa mettere in catene un gentleman, anzi trova aberrante la sola ipotesi. Di fronte all'insistenza dei commissari, si colloca immediatamente dalla parte del gentleman folle, o meglio, sapendosi collocato nello stesso gruppo sociale, partecipe del medesimo sistema di valori, può capire, e lo fa notare immediatamente ai suoi interlocutori, che il gentleman in questione si irriterebbe ancora di più nel caso di una simile violazione della propria dignità: la contenzione, argomenta Monro, in questo caso si rivelerebbe alla fine controproducente. È per questo che neppure gli viene in mente che una tale misura possa essere considerata necessaria. Per far fronte al gentleman folle, immaginiamo resistente al ricovero, magari agitato e forse rissoso, il dr. Monro dovrà dunque trovare qualche altra cosa che non siano i ceppi e le catene del manicomio.

Franco Basaglia è partito, in fondo, da un'attitudine analoga, cioè da una spinta squisitamente etico-politica. Questa spinta gli ha fatto percepire come aberrante il manicomio e lo ha costretto a cercare altre strade, per affrontare da medico e non da carceriere la sofferenza delle persone che gli erano affidate.

L'etica di Basaglia è evidentemente diversa da quella di Monro, sono diversi gli esiti e gli sfondi politico-sociali. Resta comune nei due casi il nesso stretto tra scelta etica e scelte tecniche, nesso tipico anche se non esclusivo della condizione dello psichiatra e della funzione della psichiatria. Torneremo più avanti su questo punto. Ora mi pare necessario aggiungere qualche elemento che dia spessore storico-sociale, e concretezza, questo rapporto tra etica e lavoro psichiatrico.

Monro si muove in un mondo liberale. Qui il solo cittadino è il maschio borghese benestante, titolare

## Etica e innovazione

esclusivo di quello che Beccaria ha chiamato "il terribile e forse non necessario diritto", il diritto di proprietà. Siamo infatti alle prime fasi di formazione di quel complesso di diritti che fanno la cittadinanza. Da essa sono esclusi i non proprietari, che poi entreranno nel novero dei cittadini se provvisti di istruzione, mentre solo col primo novecento si arriverà a discutere di universalità della cittadinanza politica, universalità chiusa nell'orizzonte maschile però, poiché solo assai più tardi - da noi con il secondo dopoguerra - anche le donne saranno cittadine, e per molto tempo non a pieno titolo.

Così, nello spirito dell'epoca, il medico Monro ha interiorizzato i diritti del gentleman ma non quelli dei poveri. Né si può dire che i commissari del parlamento inglese pongano sullo stesso piano poveri e gentlemen. L'inchiesta di cui parliamo, come tutte le inchieste parlamentari che hanno segnato la vita dei manicomio, nasce in realtà per tamponare alcuni fatti scandalosi diventati di dominio pubblico: nel caso in questione, l'inchiesta si deve al Retreat di York, al relativo successo politico del suo ideologo Samuel Tuke, nipote del fondatore, alle denunce dei quaccheri e dei gruppi riformatori. La politica, in realtà, adotta e adotterà, verso i diritti degli internati e verso i doveri degli psichiatri, un atteggiamento perlomeno ambivalente. Tanto è vero che, quando si tratterà di legiferare sull'assistenza dei malati di mente, vincerà il paradigma dell'internamento, che costruisce tra lo Stato e il corpo medico l'ambiguo patto sulla cura-custodia. Dentro questo patto, com'è noto, si svilupperà il sapere psichiatrico, sperimentato sui corpi dei poveri consegnati ai medici, i quali saranno ciclicamente accusati di perpetrare abusi e di essere inefficaci ma saranno, al fondo, sempre confermati nel mandato alla difesa sociale, che definisce inequivocabilmente l'etica politica corretta per lo psichiatra pubblico.

Arriviamo così alle democrazie del dopoguerra e alle masse di cittadini in catene, costose in denaro e in legittimità democratica. Basaglia, lo racconterà lui stesso in un testo ancora forte e attuale, *Crimini di pace*, è tra coloro che "usciti dalla guerra (credono) di poter costruire, contribuendo ciascuno nel proprio settore, un mondo diverso da quello contro cui si era lottato"<sup>5</sup>. Ma "questa speranza ha vita breve" se è vero che anche "l'intellettuale o il tecnico militante nei partiti di sinistra svolge una pratica professionale di segno opposto alla sua attività politica. Ingegnere in fabbrica, medico d'ospedale, giudice, psichiatra in manicomio, insegnante, ciascuno conferma, con la propria pratica professionale, ciò che altrove nega"<sup>6</sup>.

L'impatto col manicomio di Gorizia nel 1962 è per Basaglia rivelatore degli esiti terribili a cui questa doppietta può portare. "Quell'enorme letamaio che era il manicomio", lo racconta in un testo degli anni '70<sup>7</sup>, gli fa venire in mente la prigione in cui era stato da studente, "l'odore di morte" e il senso di oppressione che allora aveva vissuto, e l'essere, questa volta, "dalla parte del carceriere" non gli impedisce di riconoscersi in "quell'uomo che aveva perso ogni qualifica umana, acquisendo lo stampo e l'impronta

dell'istituzione." Parte da qui, da questo passaggio etico, politico e anche emozionale, il percorso che porterà Basaglia a sperimentare un sistema di servizi che fa a meno del manicomio e dei suoi strumenti, all'interno di quel composito movimento che indurrà la democrazia italiana a non privare più della cittadinanza le persone malate di mente.

C'è dunque un nesso molto stretto, nel caso italiano particolarmente esplicito, tra spinta etica e innovazione della struttura e della cultura dell'intervento terapeutico in psichiatria<sup>8</sup>. Una spinta etica necessariamente non priva di aggettivi: provocando qualche scandalo e non poco fastidio, Basaglia vorrà chiamare "psichiatria democratica" il movimento che si organizza per la riforma, intendendo con questo aggettivo che si trattava di costruire una psichiatria che interiorizzasse e facesse vivere i principi del patto costituzionale democratico, così come la psichiatria asilare si era sviluppata nel quadro di uno Stato liberale che escludeva dalla cittadinanza più di "metà del cielo".

Percorrendo questi processi storici si comprende meglio, e acquista pregnanza, il legame tra innovazione istituzionale ed etica democratica in psichiatria. Ma se questo legame è così diretto, letterale, in che punto dell'asse dell'innovazione va collocata allora la psichiatria che oggi continua a impiegare strumenti che provengono dal mondo asilare? E come va valutata la qualità di un lavoro psichiatrico che non è capace di non mettere in pericolo la cittadinanza delle persone al cui servizio è posta, e che anzi offende esplicitamente i loro diritti e la dignità? E a quale concezione della medicina e del medico fanno riferimento gli operatori che continuano a lavorare in questo modo anche oggi, quando la legge non li chiama più a essere carcerieri ed è stato ampiamente "dimostrato che si può assistere la persona folle in un altro modo"<sup>9</sup>?

Ma prima di andare avanti su queste domande credo sia necessaria un'ultima puntualizzazione.

Si è detto all'inizio che è molto stretto, costitutivo, il nesso tra psichiatria, etica e politica. Credo che tale asserzione possa valere, in realtà, per tutta la medicina, ma in psichiatria questo nesso è particolarmente e immediatamente determinante. Prescindendo infatti da ogni valutazione sulla "natura" o le "cause" del disagio psichico, è incontestabile che questo assume una forte valenza sociale e che ogni intervento su questo problema può interferire con la sfera dei diritti, incrociandosi quindi con l'etica e con la politica, indipendentemente dai gradi di consapevolezza che lo psichiatra ha di questo aspetto. Ma su questo nesso, così sociologicamente ovvio, ci sono state non poche confusioni e fraintendimenti negli anni '70 e '80, quando il dibattito era molto teso e giustamente aperto a ogni tipo di interlocutori, e poteva sembrare che l'enfasi sulla politicità dell'agire tecnico portasse a sottovalutare, a risucchiare nella dimensione politica, tutta la sfera della specificità, tutto l'ambito del "tecnico". Mi sembra che attualmente si stia però vivendo il rischio opposto, quello di pensare che sia possibile fare "semplicemente" della buona psichia-

tria, dei buoni servizi, come se la qualità degli uni e dell'altra potesse prescindere da degli apriori di ordine etico-politico. Mi sembra in questo senso particolarmente prezioso, e purtroppo raro, il richiamo all'etica che viene fatto più volte da Thornicroft e Tansella in un testo peraltro esplicitamente finalizzato a fare dei buoni servizi. Qui, ai fondamenti etici dei servizi viene dedicato un capitolo simmetrico a quello sui fondamenti scientifici, mentre all'inizio del capitolo sulla programmazione, quando si tratta di "stabilire se dare precedenza all'esame dei valori o delle evidenze scientifiche" si suggerisce di "invertire l'ordine abituale (cioè prima l'evidenza e poi, forse, l'etica !) per la semplice ragione che anche la scelta di quali evidenze raccogliere e utilizzare è condizionata da dei giudizi di valore"<sup>10</sup>.

Anche i giudizi di valore a cui gli autori si riferiscono hanno evidentemente valenza non generica: si muovono infatti, esplicitamente, nell'orizzonte dei diritti, della ricerca dell'equità, della valorizzazione della persona e della sua autonomia e dignità, si muovono insomma nell'orizzonte di una democrazia sostanziale, sulla quale è radicata l'innovazione istituzionale che essi propongono. Credo si possa affermare che, al contrario, i servizi "non democratici", per così dire, quelli che cioè non sono in grado di farsi carico della persona che sta male rispettando a pieno e sempre i suoi diritti e la sua dignità, sono anche servizi vecchi, fondati su modelli sorpassati sia nella strumentazione tecnica che nella forma istituzionale, anche se magari usano le molecole più nuove e l'ultima versione del DSM.

Ho in mente un esempio recente, del gennaio 2001, quando mi è capitato di entrare in un servizio di diagnosi e cura per visitare un'amica che era stata ricoverata in TSO. La porta di ingresso era sempre e per tutti chiusa. I vetri della parte alta, altrimenti trasparenti, erano stati coperti, ironia della sorte, con i manifesti dell'OMS per la giornata mondiale della salute mentale, quelli con lo slogan "Dare to care", "Il coraggio delle cure" nella discutibile traduzione italiana. I locali erano (e sono, poiché la sede non è cambiata, né la gestione) così angusti che, anche nel tempo breve dell'orario di visita, si ha un senso angosciante di claustrofobia. Le finestre hanno le sbarre e la televisione, alta in un angolo del soggiorno come in carcere, sta accesa tutto il tempo, i ricoverati appendono al letto buste di plastica con abiti e cibo e si affollano attorno ai visitatori appena li si guarda in faccia. Quasi tutti camminano male, ondeggiando alternativamente su un piede e sull'altro e hanno la saliva ai lati della bocca come chi prende farmaci in dosi massicce. Una ragazza era a letto legata. Un medico ha parlato per la prima volta con la mia amica dopo tre giorni che lei era lì, quando era stata abbastanza stesa dai farmaci. Dopo una settimana, abbiamo contattato noi, gli amici, il servizio di salute mentale competente, perché il reparto non lo aveva fatto, e quello era per lei il primo ricovero della sua vita. Il centro di salute mentale, che poi ha preso in carico la mia amica, continua a darle dei farmaci, che la aiutano, un medico gentile ma oberato di lavoro qualche volta

parla brevemente con lei, e le ha fatto incontrare un'assistente sociale che la ha aiutata in alcune incombenze burocratiche.

Niente di diverso, in un sistema organizzativo come questo, da quanto accadeva già quaranta anni fa in gran parte dell'Europa e anche dell'Italia, dove i centri di igiene mentale funzionavano così, alleggeriti però nel carico di lavoro dai ben più lunghi ricoveri manicomiali. All'assenza di manicomio pubblico questo dipartimento fa fronte con i ricoveri nelle cliniche convenzionate, o lasciando la gente che sta male in famiglia, o sola in casa, fino all'altra crisi.

Avevo visitato dei servizi di diagnosi e cura anche diversi anni fa, nell'ipotesi di formulare un progetto di ricerca. In uno di questi servizi, dove c'erano alcune persone legate al letto e al tempo stesso duramente sedate, un operatore mi aveva mostrato il dèpliant di una marca di cinghie, presentate da uno slogan illuminante: "segurfix allevia l'impegno". A quale impegno si fa riferimento, e quale sollievo possono apportare, al funzionamento del servizio e al lavoro degli operatori, la contenzione e la segregazione del malato? Torniamo indietro brevemente la tema della costruzione della cittadinanza.

Ho accennato, all'inizio del punto precedente, al fatto che ciò che oggi chiamiamo cittadinanza è l'esito di un lungo percorso storico. Se le tappe di questo percorso possono essere indicate dalle date di approvazione di determinate leggi, è evidente che queste costituiscono appena la segnaletica, per così dire, di questo percorso. La sostanza, la qualità della cittadinanza ha preso poi consistenza, dentro il corpo sociale e dentro lo Stato, con maggiori o minori conflitti, avanzamenti e arretramenti, attraverso il gioco complesso di molti attori, ma soprattutto nell'incontro, spesso scontro, tra le nuove norme e le strutture della vita sociale - dagli assetti della famiglia a quelli del mercato<sup>11</sup>. La cittadinanza del malato di mente, storia recentissima e tutt'altro che compiuta, ha fatto e fa i conti con molte di queste strutture, e centralmente con l'assetto del sistema sanitario e del welfare, che andavano, vanno riformulati in funzione di questo personaggio nuovo che è il malato di mente-cittadino. Non voglio parlare qui della difficile vita della riforma psichiatrica italiana, prima negata dai parlamenti e osteggiata dai governi, poi da questi accettata ma abbandonata, mentre comunque la sua realizzazione cresceva dal basso, ovvero da istituzioni pubbliche intermedie, aziende sanitarie, comuni, regioni. Non voglio insomma aprire il capitolo delle responsabilità nella applicazione diseguale della ormai ricca legislazione riformata<sup>12</sup>. Qui vorrei piuttosto mettere in evidenza il fatto che, in ogni caso, anche con ogni benedizione e supporto dall'alto, sarebbe stato comunque necessario, e non privo di conflitti, fare ciò che poi è stato fatto in molti luoghi

### **“Segurfix allevia l'impegno”**



del nostro paese, aziende sanitarie, comuni, regioni: inventare strumenti nuovi e lottare contro quelli vecchi, sul piano amministrativo, sindacale, finanziario non meno che a livello degli assetti organizzativi dei servizi, delle tecniche terapeutiche, della formazione degli operatori, dei rapporti con le istituzioni contigue alla psichiatria e con i contesti sociali. Tutto questo lavoro si fa solo dal basso, non può che partire dalle pratiche quotidiane. Certo, la legittimazione dall'alto può agevolarlo, ad esempio premiando con carriere e potere i dirigenti "carismatici" anziché quelli "burocratici", nel senso che Max Weber attribuiva ai due aggettivi. In ogni caso però tradurre in fatti la cittadinanza del malato significa rompere meccanismi consolidati, rapporti di potere, inerzie della struttura e delle culture. Significa, in qualche misura, mettersi in gioco perché tutti possano entrare nel gioco. Questo lo deve fare il direttore del dipartimento ma anche l'ultimo arrivato degli ausiliari.

Tornando allora alla domanda di poco fa: è proprio questo agire intenzionale e creativo, particolarmente inevitabile e necessario in questa fase di passaggio da un ordine di principi a un altro, che viene rifiutato dal gesto della contenzione, dalla porta chiusa, dall'inviare carabinieri e 118 a prendere "il matto in escandescenze", dal ridurre la ricerca del consenso a una domanda rituale buttata lì, senza neppure guardare in faccia la persona a cui è rivolta.

In questo senso mi pare che la contenzione e la segregazione di oggi siano piuttosto diverse, nella loro consistenza culturale, dagli stessi gesti fatti trenta, cinquanta anni fa, o che perlomeno vadano valutati, discussi diversamente. In pieno regime manicomiale questi strumenti erano infatti rivendicati in modo forte, e stava a chi non li usava l'onere della prova a contrario. Oggi le prove a contrario ci sono da tempo, e stanno tutte dentro un diverso modello che l'intero sistema dei servizi di salute mentale deve assumere. Questo nuovo modello può rendere non più necessario il ricorso alla compressione e alla oppressione del persone che soffrono, ricorso che peraltro, come si sa, non aiuta affatto il lavoro di cura ma al contrario è pericoloso e controproducente per lo sviluppo della relazione terapeutica, per il messaggio che dà sulla malattia, per la possibilità di intervenire precocemente, domani, sulla nuova crisi.

Così, l'uso della segregazione e della contenzione appaiono oggi, più che strumento che si pretende efficace per il malato, strumento che allevia o evita, all'operatore, la fatica di opporsi al consolidato, di cercare strade nuove, di inventare risposte a misura della persona che ha di fronte e della sua sofferenza. Insomma, chiudere la porta per tutti, ordinare le fasce per quello che ha tentato il suicidio o l'aggressione, è soprattutto un modo per lasciare che le cose scorrano in piano, senza rischi né rotture, senza drammi, scosse e dubbi, almeno per chi nella situazione ha, oltre tutti i diritti, molti privilegi.

Certo l'immagine della professione medica che si disegna in un clima culturale di questo tipo non ha

niente dello psichiatra "moderno ermeneuta" di cui parla il filosofo Gadamer<sup>13</sup>, "l'esperto nell'arte della comprensione" che sa come "aver a che fare con l'imprevedibile", che sa agire quando "non sia sufficiente la semplice applicazione delle regole". Fa venire in mente piuttosto il piccolo uomo Adolf Eichmann che risponde al giudice Landau, quasi scusandosi, "il linguaggio burocratico è la mia unica lingua"<sup>14</sup>, intendendo con questo che non riesce a mettere a fuoco le questioni che gli vengono poste, e che vorrebbero costringerlo a misurarsi con ciò che ha fatto, perché tali questioni stanno fuori da quello che per lui è il mondo, cioè il sistema di regole amministrative di cui è stato e si sente "funzionario".

Arendt Hannah, *"La banalità del male"*, Feltrinelli, 1964

Basaglia Franco, *"Conferenze brasiliane"*, Raffaello Cortina, 2000

Basaglia Franco, *"Scritti vol. II"*, Einaudi, 1982

Hans-Georg Gadamer, *"Dove si nasconde la salute"*, Raffaello Cortina, 1994

Giannichedda Maria Grazia, *"Sul trattamento sanitario obbligatorio"* in *Democrazia e diritto* 4-5, 1988

Giannichedda Maria Grazia, *"Il consenso del malato di mente al trattamento: verso una riformulazione del contratto terapeutico"* in Paolo Cendon (a cura di) *"Un nuovo diritto per il malato di mente"*, ESI, 1990

Doerner Klaus, *"Il borghese e il folle"*, Bari, 1975

Thornicroft Graham e Tansella Michele, *"Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale"*, Il Pensiero Scientifico, 2000

Zincone Giovanna, *"Da sudditi a cittadini. Le vie dello stato e le vie della società civile"*, Il Mulino, 1992

## Bibliografia

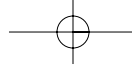
[1] R. Hunter e I. Malcapine, *"Thee Hundred Years of Psychiatry"*, a History Presented in Selected Texts, London, 1963, pag.703, citato da Klaus Doerner in *"Il borghese e il folle"*, Bari, 1975, pag.117

[2] La Spagna non ha una legge psichiatrica: le procedure e le garanzie per il trattamento psichiatrico, ricovero incluso, vengono regolate secondo alcuni articoli del codice civile.

[3] Questo tema è stato dibattuto in varie occasioni nel corso degli anni '80, in coincidenza dei numerosi disegni di legge che, all'epoca, tentarono di reintrodurre le strutture per il ricovero coatto di lungo periodo e il concetto di pericolosità sociale del malato di mente. Avevo partecipato a quelle discussioni con vari testi; due in particolare argomentano la questione dell'assenza di fondamento giuridico, nel quadro normativo attuale, di forme di restrizione dei diritti personali, cercando di analizzare cosa significhi, e come possa realizzarsi, un obbligo al trattamento sanitario senza compressione dei diritti: *"Sul trattamento sanitario"*

## Note

- obbligatorio* in Democrazia e diritto 4-5, 1988; *"Il consenso del malato di mente al trattamento: verso una riformulazione del contratto terapeutico"* in Paolo Cendon (a cura di) *"Un nuovo diritto per il malato di mente"*, ESI, 1990
- [4] Vi è anche chi include, nella tipologia delle strutture sanitarie che usano la contenzione, i reparti di cure intensive, dove si usa immobilizzare i pazienti in stato di incoscienza a cui sono stati applicati cannule e aghi che essi potrebbero strapparsi. A me pare invece che le similitudini tra questo caso e quelli prima citati siano solo formali, superficiali. Anche qui siamo di fronte a di medici che prescrivono forme di contenzione, e si aprono perciò, certamente, problemi etici e giuridici, profondamente diversi però, a mio avviso, nella misura in cui è profondamente diversa la condizione di una persona in coma da quella in crisi psichiatrica e/o in grave stato di agitazione.
- [5] Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia, *"Crimini di pace"* in Basaglia, *"Scritti vol. II"*, Einaudi, 1982, pag.237
- [6] Idem pag.238
- [7] Franco Basaglia, *"La giustizia che punisce. Appunti sull'ideologia della punizione"* in Basaglia, *"Scritti vol.II"*, pag.185
- [8] Si pensi ad altri due esempi nella storia recente della psichiatria: all'impegno etico e politico di Tosquelles e Bonnafè alle origini dell'esperimento di Saint Albain e della psichiatria di settore francese ; al Maxwell-Jones della Community Therapy, che comincia a lavorare diversamente nell'Inghilterra degli ultimi anni di guerra e nel fermento partecipativo laburista da cui nasce il primo servizio sanitario nazionale del mondo.
- [9] Franco Basaglia, *"Conferenze brasiliane"*, Raffaello Cortina, 2000, pag.142
- [10] Graham Thornicroft e Michele Tansella, *"Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale"*, Il Pensiero Scientifico, 2000, pag.181
- [11] Tra gli studi sulla cittadinanza in questa chiave: Giovanna Zincone, *"Da sudditi a cittadini. Le vie dello stato e le vie della società civile"*, Il Mulino, 1992
- [12] La legislazione riformata comprende non solo la "legge 180" ma le numerose leggi regionali di attuazione, le disposizioni legislative di alcune finanziarie, i progetti obiettivo e recentemente il piano sanitario nazionale.
- [13] Hans-Georg Gadamer, *"Dove si nasconde la salute"*, Raffaello Cortina, 1994, pag.171
- [14] Hannah Arendt, *"La banalità del male"*, Feltrinelli, 1964, pag.56



## Il Chiapas è terapeutico

**Adriana Fasci e Roberta Accardo,  
intervistate da Maria Grazia Giannichedda**

Allora, che titolo vogliamo dare a questa storia?  
Beh, potremmo intitolarla... il Chiapas... è terapeutico...

Chi è questo ragazzo? Come si chiama?  
Diciamo che si chiama David

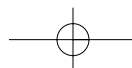
David?  
Sì! David

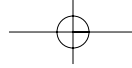
Cominciate voi a raccontare da dove volete, da dove comincia la storia.

Allora, David entra in contatto con noi nel novembre del 2001. Viene al Centro di Salute Mentale accompagnato dalla madre con una richiesta da parte del suo M.M.G.: è giovane, è un bel ragazzo alto, biondo, capelli tenuti un po' lunghi, gli occhialini tondi da intellettuale un po' "alternativo" insomma!!

Al primo colloquio appare piuttosto perplesso... Dice di non stare bene da agosto, ma che la situazione è peggiorata in questi ultimi giorni con la presenza di "voci", notti insonni e pensieri fastidiosi che lo angustiano. La mamma è preoccupata e disorientata, ma allo stesso tempo minimizza e cerca di spiegare il tutto con una forte stanchezza dovuta al lavoro, però gli sta accanto con molto affetto, è tenera con lui e rassicurante. Si imposta una terapia e si decide per il Day Hospital al Centro, tutte cose contrattate e discusse con David, il quale accetta con qualche riserva soprattutto per quanto riguarda i farmaci ("Mi faranno sicuramente male..." - dice!). La settimana del Day Hospital è servita per conoscere e farci conoscere, per scoprire e farci scoprire, per intrecciare la sua alla nostra storia.

Ventinueve anni, cuoco, ragazzo schivo e riservato, ha iniziato a lavorare subito, appena finita la scuola alberghiera, ma di fatto non è mai riuscito a "reggere" nessun lavoro per lunghi periodi; questo soprat-





tutto negli ultimi due anni.

Vive con la mamma e un fratello più grande in un paesino sull'altipiano carsico, e la situazione economica non è delle più rosee a causa di alcuni dissesti finanziari.

Durante i colloqui formali ed informali avuti con lui, cerchiamo di capire cosa gli stia succedendo e di spiegare alcune "sensazioni strane" (idee di riferimento; trasparenza del pensiero) che gli accadono; David spiega la sua situazione dicendo che sta vivendo una dissociazione tra reale e virtuale e che la sua fatica maggiore è proprio quella di cercare di riunire queste due realtà e di avere una visione d'insieme più chiara! Sta subito meglio e così insieme a lui cerchiamo di capire cosa possiamo fare per aiutarlo a riprendere il cammino.

Stiamo anche accanto alla madre, sostenendola, informandola sui miglioramenti del figlio e invitandola al "Gruppo di accoglienza per familiari di giovani all'esordio psicotico".

Ci accorgiamo subito che David accetta con riluttanza il nostro aiuto, l'unica cosa che vuole è un lavoro e così a Marzo 2002 inizia a lavorare come cuoco; in borsa lavoro, in una comunità per giovani adulti. Non prende regolarmente la terapia e nelle verifiche periodiche che facciamo ci accorgiamo che qualche volta si spinella e che incomincia a rendere meno sul lavoro. David spiega questo dicendo che è stanco perché di sera lavora nella trattoria di alcuni suoi parenti! Decidiamo insieme a lui e a questi suoi zii che andrà a lavorare, in borsa lavoro in questa trattoria, perché non riesce a fare due lavori contemporaneamente.

Purtroppo alla fine di agosto 2002 la dottoressa (M.M.G.) ci segnala una nuova ricaduta.

David è continuamente disturbato dalle "voci" dice di doversi appartare, di dover riposare perché deve fare da tramite tra la realtà e "l'altra realtà".

Anche questa volta l'ideazione delirante scompare presto e le voci si attenuano anche se ricompaiono quando, come dice lui "mi metto in ascolto".

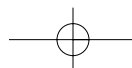
Studiamo insieme una strategia per diminuire il fastidio delle voci e lo incoraggiamo a proseguire per la sua strada... Purtroppo nel Gennaio 2003 David, beve un anti/TARLO perché le "voci" gli dicono di farla finita perché per lui non c'è più niente da fare...

Viene ricoverato al CSM per circa 10 giorni e da lì ricomincia faticosamente a fare la sua vita

Ma! Il Chiapas?

Sì, sì, adesso ci arriviamo!

Dunque David accetta anche se con molte riserve di farsi un "depot" ogni trenta giorni perché gli spieghiamo che dobbiamo essere sicuri che assuma la terapia.



Certo, non è così automatico, ogni mese dobbiamo passare da lui, a casa o dove lavora, per ricordarglielo e ogni volta si vede che ci vive con insofferenza, come un male che non si può evitare.

Però dicevate che stava meglio!!!

Sì! Sicuramente stava meglio, reggeva bene il lavoro, anzi il mio collega che si occupa di inserimenti lavorativi era riuscito a trasformare "la borsa lavoro" in un Work Experience (n.d.r.: strumento operativo della Regione Friuli Venezia Giulia per l'inserimento al lavoro), ma noi non eravamo contenti lo stesso... David stava come girando a vuoto, non era contento, non aveva ancora trovato la sua strada!!! E poi non si fidava di noi: ci tollerava, ma non ci accettava e non voleva che ci intromettessimo nella sua vita.

Allora il Chiapas?

Eccoci, ci siamo arrivati!!!

È l'undici novembre 2003 (David l'ultima crisi l'ha avuta a gennaio) e Renato (il collega che si occupa di inserimenti lavorativi) mi dice che è passato in trattoria e che David gli ha detto che vuole sospendere il W.E. per andare in Messico!! Renato è piuttosto preoccupato e sinceramente anche noi, pensiamo subito a una nuova crisi e segniamo sull'agenda di Servizio di passare da lui al più presto per vedere come sta!!! Ma David, stranamente puntuale si presenta il giorno dopo al C.S.M. per fare la sua fiala mensile e... ci sono proprio io quella mattina in servizio e nei pochi minuti che ho a disposizione (lui è più veloce di un fulmine ad andar via) devo prendere una decisione:

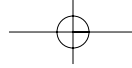
- 1) posso cercare di capire come sta chiedendogli se dorme, se sente "voci" ecc. ecc.;
- 2) posso affrontare il problema direttamente a carte scoperte, dicendo che ho saputo e che sono preoccupata, ma che voglio ascoltarlo, voglio sentire cosa pensa lui, voglio capire il perché di questo suo desiderio...

Decido di essere chiara e diretta con lui.

Vedo che David è spiazzato, però accetta di raccontare, così scopro che andare in Messico o meglio ancora in Chiapas in una comunità zapatista, è il suo sogno, che ci pensa già da tanto tempo e che adesso ne ha l'opportunità perché andrebbe con un suo amico che ha una compagna messicana e che farebbe loro da guida...

Capisco due cose:

- 1) il progetto non è campato in aria;
- 2) in questo viaggio ci potrebbero essere momenti di forti tensioni (mi racconta che un ragazzo per



andare in comunità ha dovuto viaggiare nel sottofondo di un camion) che potrebbero, forse, far star male D.

Non so cosa dire, anche perché devo parlarne con gli altri, con l'equipe. Così a fine mattinata porto il problema in riunione e ognuno esprime il suo parere.

E, ma gli altri cosa ne pensavano?

Il problema era che in quei due anni l'equipe era molto cambiata e David era conosciuto bene solo da me, da Roberta e da Renato che però era contrario soprattutto perché sospendere il W. E. non era così semplice.

Ed allora cosa avete fatto?

Io e Roberta abbiamo spiegato... abbiamo convinto gli altri dicendo che, per noi, era importante che David facesse quell'esperienza e realizzasse un suo sogno. Ci siamo, in un certo senso, presa la responsabilità di quel viaggio.

E come vi siete sentite dopo?

... male! Cioè eravamo preoccupate ma anche consapevoli del fatto che non ci può essere una vera presa in carico prescindendo dalla responsabilità, cioè non possiamo aiutare l'altro a cambiare la sua vita (se lo vuole) se non ci mettiamo in gioco e non ci assumiamo dei rischi che vanno naturalmente, condivisi e discussi con l'equipe.

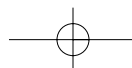
Ma questo ci porterebbe lontano, ritorniamo alla nostra storia.

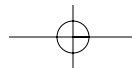
Così io e la mia collega abbiamo contattato David e abbiamo incominciato a fare progetti con lui.

E la mamma e gli zii?

Oh! Erano tutti molto preoccupati, la mamma era andata a parlare con la dottoressa di famiglia la quale ci aveva contattate dicendoci: "Ma voi sapete che David vuole partire?". Così noi abbiamo, per così dire, fatto da cuscinetto tra lui e quelli che gli stavano intorno, cercando di rassicurare e di convincere, siamo state al suo fianco adottando poi con lui la linea della chiarezza e della responsabilità.

Gli abbiamo detto che eravamo preoccupate, ma anche che ci pareva che poteva farcela; abbiamo esaminato insieme a lui i sintomi che di solito precedono le sue crisi (insonnia, irritabilità, idee di riferimento) e gli eventuali farmaci da prendere; le cose che era meglio per lui evitare (spinellarsi, non dormire per più notti di seguito) e poi c'era la questione della somministrazione mensile del depot e anche su questa





questione abbiamo deciso di responsabilizzarlo: avremmo potuto anticiparne la somministrazione e/o aggiustarne il dosaggio, invece gli abbiamo consegnato in mano le due fiale dicendogli: "Tu sai quando è la scadenza e sai che devi farle".

Insomma, avete fatto la parte delle mamme chiocchia!

Ed era proprio così che ci sentivamo, pensa che l'ultima volta che l'abbiamo visto prima della partenza gli abbiamo dato tutti i numeri di telefono e gli abbiamo detto "Scrivici almeno una cartolina!".

E ve l'ha scritta?

Sì, dopo circa venti giorni è arrivata una cartolina inneggiante alla rivoluzione e poi più niente.

E non avete avuto più sue notizie?

No, se non al suo ritorno dopo circa un mese e mezzo...

E... com'era andata?

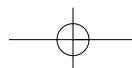
Bene! Quando abbiamo saputo che era tornato siamo andate subito a trovarlo in trattoria e quando è uscito dalla cucina... Beh abbiamo visto un David diverso da quello che conoscevamo, un David a cui brillavano gli occhi, non era più triste e rassegnato ma gioioso, vitale, vivo!!!

E vi ha raccontato tutto?

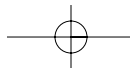
No, non lì, c'erano troppi clienti, aveva troppo da fare. È venuto il giorno dopo al C.S.M. portando con sé anche le foto del viaggio.

Era una mattina incasinatissima, ero sola in Centro e avevo mille cose da fare, ma un po' di tempo glielo dovevo e me lo dovevo ( peccato solo che non ci fosse anche Roberta).

Così mi ha mostrato tutte le foto e mi ha raccontato tutte le sue avventure in giro per il Messico con il suo amico e la compagna di lui. Quello che però lo aveva affascinato di più era stato il periodo passato nella comunità zapatista dove aveva fatto il cuoco in una clinica e dove doveva cucinare con quello che aveva... Un giorno aveva trovato in un magazzino dei ceci e così si era inventato una minestra che era venuta così buona, così buona che tutti i pazienti in fila erano andati in cucina per stringergli la mano e ringraziarlo... Dovevi vederlo quando me lo raccontava, dovevi vedere i suoi occhi... e poi aveva imparato da una bimba di otto anni a fare le tortillas e aveva conosciuto tanti altri ragazzi e ragazze che facevano







come lui i volontari e poi aveva rifatto l'impianto elettrico della sala operatoria e ancora... ancora... ancora...  
Non finiva più di parlare, lui così schivo e riservato, lui così silenzioso!

Ma poi si era fatto il depot?

Sì! Ed anche alla scadenza giusta; la prima volta glielo aveva fatto una giovane dottoressa alla sua prima intramuscolare (tremava più lei che lui) e la seconda il suo amico.

E l'amore? L'ha trovato?

No!!! Questo è l'unico neo di tutta la vicenda, gli piaceva una ragazza ma non è stato ricambiato.

Non ha avuto forse qualche problema legato agli effetti collaterali del farmaco? A volte questi farmaci rendono difficili i rapporti sessuali...

Non lo sappiamo perché lui di questo non ne ha mai parlato e noi non abbiamo mai indagato. Però forse potremmo chiedere a qualche collega (maschio) di affrontare questo argomento.

E adesso David che fa?

Beh! Lavora sempre come cuoco (Renato è riuscito a mantenergli il W.E.), però fa tante altre cose:

- 1) un corso di spagnolo,
  - 2) sta riparando una sua vecchia moto per andare a Barcellona a trovare una amica,
  - 3) ha comprato una piccolissima barca per andare a pescare
- e poi sogna di ritornare in Chiapas e soprattutto ha ripreso in mano la sua vita ed ha deciso di viverla.

Quindi a David tutta la vicenda ha fatto molto bene.

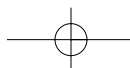
Sicuramente!

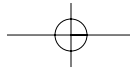
Ed a voi?

Ha fatto molto bene anche a noi, ci ha fatto riflettere e ci ha insegnato molte cose.

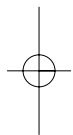
Prendi, per esempio il discorso delle responsabilità: abbiamo capito che bisogna saperle prendere e prenderle proprio fino in fondo con gli eventuali rischi. Importante è comunque sempre la condivisione all'interno del proprio gruppo di lavoro e le alleanze che si stabiliscono con i colleghi.

Un'altra cosa che abbiamo imparato è l'importanza di ascoltare la persona che abbiamo davanti e di

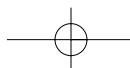




capire cosa vuole e quali sono i suoi sogni per permettergli, agendo su di lui e sul suo contesto, di realizzarli. E poi ci ha reso più forti nel decidere delle cose, perché, a volte, nel rapporto con l'altro in questa conoscenza reciproca c'è qualcosa che scatta e tu capisci che il progetto terapeutico per lui dovrebbe essere proprio quello ma non sempre hai la forza di dirlo, perché tu stessa quasi ti spaventi di questa idea che hai avuto e magari ti tiri indietro perdendo così un'occasione per te e soprattutto per l'altro.



**Praiano (Amalfi), maggio 2004.**



di **Cristiana Sindici****Madame A.****Personaggi**

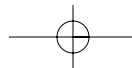
Annette Dior è svizzera, ha un forte accento francese costellato di "r" mosce e di parole tronche. È una donna di un'età che si aggira attorno ai cinquantacinque anni, ritoccata dalla chirurgia estetica. E' alta e decisamente magra, si direbbe che trent'anni fa avrebbe potuto essere un'indossatrice, ma oggi il suo aspetto rivela la difficoltà ad accettare il trascorrere del tempo. Ha i capelli lunghi, voluminosi, tinti di rosso con delle striature più chiare ai lati del viso.

L'estetica è fondamentale per lei, non solo l'aspetto fisico, ma tutto ciò che appare agli altri. Si accanisce nel tentativo di mantenere un certo stile, un tenore di vita alto, anche se, la sua situazione economica attuale non è esattamente quella del passato: si è separata dal marito, non lavora e, nonostante le ricchezze accumulate e il vitalizio garantito dall'ex marito, guardando Annette si ha l'impressione di essere davanti ad una dama della nobiltà decaduta, una diva degli anni quaranta in declino. La villa, arredata fastosamente, è statica, fossilizzata, immobile come un museo, il grande giardino esposto a sud è incolto, pieno di rovi, disordinato, la potente automobile dalla linea sorpassata ha i sedili in pelle color champagne ormai consunti. Gli abiti firmati, confezionati con tessuti pregiati, hanno visto almeno una decina di stagioni. Perfino il cagnolino, un Terrier bianco di tredici anni, ha ormai il pelo ingiallito, cammina a fatica e ci vede poco.

Annette è una donna ferita perché è stata lasciata dal marito, è rimasta sola nella grande villa, i rapporti con la figlia ventenne sono difficili, gli amici si sono schierati dalla parte del marito o forse non ci sono mai stati, salvo una cerchia di persone legate per affari o interessi alla famiglia o meglio, all'attività del marito. Ha perso la sua identità di moglie, quella di madre vacilla; ha perso il suo status di donna ricca che conta in città, niente più eventi mondani e personalità da conoscere. Quello che le rimane, la sua femminilità, la casa, alcuni piccoli privilegi, va mantenuto e Annette è decisa a farlo ad ogni costo, anche a rischio di arrivare agli eccessi, di mettersi in ridicolo, di diventare, quasi, la caricatura di se stessa.

Ambra è Ambra. Non ha nemmeno un cognome. È una giovane volontaria che ha deciso di prolungare il suo tirocinio al Centro di Salute Mentale anche dopo aver terminato il suo corso universitario. Non ha un cognome perché si presenta e viene presentata come Ambra, come se fosse una specie di valletta, o di dattilografa, o di telefonista che si occupa di promozioni. Al Centro è l'ultima arrivata, è lì da circa sei mesi, ma sta ancora cercando il suo spazio. Solo da poco ha iniziato a parlare con il primario, perché il primo impatto che aveva avuto al suo arrivo, era stata una sfuriata delle solite, ma lei non lo sapeva che non c'era niente di personale in quell'urlare e sbraitare e così aveva preso subito le distanze da quell'uomo scorbuto e sempre nervoso. Ha invece trovato una buona accoglienza dal dottor Ghio, gentile, spiritoso e disponibile a farle da tutor. Anche fra gli infermieri Ambra cerca insegnamenti, agganci, sorrisi. Si sente inesperta, incerta, ma è curiosa e ha tanto entusiasmo. Dedica molte ore al Centro, alle sue attività, ai giovani, cerca di assorbire tutto quello che può: chiede di partecipare alle visite domiciliari, ai colloqui, alle riunioni. Molti infermieri esperti le chiedono come trovi tanta energia ed entusiasmo e la mettono in guardia sullo sfruttamento, sul fatto che in luoghi come quello, prima vieni sfruttata e poi, quando sei spremuta come un limone, ti danno un calcio nel sedere e addio! Ambra non può credere che sia veramente così, preferisce pensare che quelle siano le voci di lavoratori stanchi, di infermieri logorati dai turni o feriti dalle sfuriate del primario. Primario che poi si è dimostrato con Ambra tutt'altro che un mostro. Certo quell'uomo è un fiammifero: se incontra una superficie ruvida s'infiama, ma altrimenti cos'è, nient'altro che un bastoncino di legno con la testa dura! È gentile con Ambra, adesso. Ha cambiato atteggiamento dopo un viaggio fatto insieme a Bologna. Le dedica tempo, le insegna molte cose, le consiglia delle letture, la supervisiona nelle sue attività al Centro incoraggiandola a sperimentarsi come operatrice. Ambra è molto contenta del lavoro che sta svolgendo, nonostante per il momento non sia propriamente un lavoro. L'esperienza al Centro di Salute Mentale le sta confermando di aver fatto la scelta giusta: tutto è interessante, stimolante, ci sono tante persone nuove da incontrare, tante storie da conoscere, mille cose da fare. Ambra ci mette impegno ed entusiasmo e questo si vede anche fisicamente: è allegra, in forma, abbronzata e porta i capelli corti, spettinati e di un color rosso-arancione.

Il dottor Eolo Ghio è un uomo di quarantacinque anni, colpisce di lui la sua espressione sempre allegra, rafforzata da un accento toscano che non ha mai abbandonato. Ha gli occhi chiari e i capelli, brizzolati, cominciano a diradarsi. Indossa una camicia a fiori colorati, una giacca in lino bluette e un paio di calzoncini color sabbia. Porta dei calzoncini corti color crema e dei mocassini estivi neri. È un uomo dalla grande capacità di far sorridere, anzi, quando racconta qualcosa che gli è accaduto, è



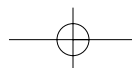
proprio capace di farti ridere perché infarcisce il tutto con la sua mimica facciale, il linguaggio colorito ed anche, probabilmente, con... qualche particolare in più. Descrive le scene in modo del tutto teatrale, rendendoti assolutamente partecipe a ciò che gli è accaduto. Parlando di una sua cena tra amici, per esempio, ha raccontato di come sia riuscito, complice l'alcool, a far perdere i freni inibitori al questore, fino a fargli sbottonare la camicia. Un'altra volta, parlando di Venezia, ha descritto tutti gli aspetti negativi del vivere in una città come quella in cui, quando c'è l'alta marea, se vivi al "mezzanino" rischi di farti un bidet di acqua di mare gelata, così, di prima mattina. In un'altra occasione ha raccontato del suo primo TSO al Centro nel quale, scavalcando un muro, s'è strappato i pantaloni proprio sul sedere.

Anche con gli utenti il dottor Ghiri ha un atteggiamento piuttosto informale, per esempio quando si prende le vecchiette sotto braccio anche se queste stanno talmente male da insultarlo; oppure quando, per motivare un ragazzo a prendere parte alla squadra di calcio del Centro, gli ha detto: "Il vero motivo per cui ti invitiamo è che vogliamo vederti in pantaloncini corti!". Un'altra volta ha dato un passaggio con un'utilitaria piuttosto piccola ad una ragazza molto robusta così, per paura di toccarle il sedere cambiando le marce, ha fatto tutta la strada in prima.

Sembra una persona che prende le cose in modo leggero, non superficiale, ma con quel tanto di colore aggiunto che lo fa vivere sereno. Destabilizza gli ossessivi perché è uno che ti fa capire che si può andare in giro anche spettinati (non troppo, però) e che ti insegna che quando piove si può fare anche a meno di accendere subito il tergicristallo in macchina. In genere non ci si pensa, appena si vedono due o tre goccioline sul vetro, ci si affretta a farle sparire e si ignora il suggestivo effetto del mondo visto attraverso le gocce di pioggia.

Proprio per questo suo spirito fantasioso, il dottor Ghiri tende ad essere un po' smemorato, a volte pasticciona e, molto spesso, ritardatario. Succede sempre che qualcuno che lo aspetta lo chiami al cellulare per sollecitarlo e lui, mentendo spudoratamente dice: "sto arrivando, sono per strada", anche quando non è nemmeno partito e sta facendo ancora tutt'altra cosa.

Il signor Zarrami indossa un vestito grigio scuro, molto raffinato, una camicia color ghiaccio e una cravatta di seta azzurra. Calza scarpe nere coi lacci, ben lucidate. È un uomo di circa sessantacinque anni, molto curato nell'aspetto: la pelle del viso ben rasato è chiara, tonica e fa risaltare gli occhi celesti ma, ciò che colpisce più di tutto nel signor Zarrami sono i capelli. Capelli brizzolati, quasi completamente bianchi, folti lisci e leggermente lunghi, con un taglio scalato, disinvolto. È perfettamente pettinato, probabilmente aiutato da un po' di lacca, i capelli sono lucidi, sembra appena uscito dal parrucchiere, sembra



quasi emanare luce dalla testa.

È un uomo d'affari, di successo, conosciuto in città per i suoi gioielli raffinati e il suo atelier arricchito di marmi, specchi e stucchi dorati. Ha sistemato i due figli maschi, avuti dal primo matrimonio, offrendo loro un'educazione nelle più prestigiose università americane e un posto nell'azienda di famiglia, accanto a lui. Alla figlia più piccola, avuta da Annette, vuole garantire lo stesso futuro luminoso, così alla giovane Marianne che sogna di fare la stilista, ha messo a disposizione un appartamento a Parigi, e un corso di studi nel campo della moda, in attesa di entrare a far parte di qualche Maison.

Ha una nuova compagna, più giovane solo di qualche anno e non più giovane di sua figlia, come ci si sarebbe potuti aspettare. Li si vede insieme, per le vie del centro. Lei non è bella e comunque meno bella di Annette anche se le assomiglia. È come una versione conservata meglio, restaurata con più attenzione, vestita con più cura e... più soldi.

Il signor Zarrami prova ancora un flebile affetto per la moglie, ma ci tiene che si dica che lui, essendo un signore, non le fa mancare nulla, così le passa cinque milioni di lire al mese e le permette di vivere nella casa di famiglia anche se ora, si ora che Marianne parte per Parigi, è deciso a riprendersi la villa, venderla e recuperare così il capitale, assicurando, naturalmente ad Annette un dignitoso appartamento nel quale vivere.

L'ambiente è cupo, buio nonostante fuori ci sia un caldo sole di fine agosto. Dalle finestre con le inferriate di riesce a malapena a scorgere il livello della strada, essendo il servizio nello scantinato dell'Ospedale Civico. Le stanze sono illuminate dalla luce fredda dei neon, aleggia un odore di chiuso, di pelle grassa e di lenzuola ospedaliere lavate col disinfettante. Nella stanza delle donne c'è solo Annette, è seduta sul letto con le gambe stese sotto il lenzuolo, indossa solo un top scollato senza reggiseno. Ha gli occhi appesantiti dai farmaci, fatica un po' a tenerli aperti. Risponde in modo educato, ma non gentile se gli infermieri le chiedono qualcosa.

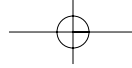
Entra il Dottor Ghio, venuto per conoscere Annette Dior, un nuovo caso, arrivato ieri dal Pronto Soccorso. Il medico che l'ha accolta gli ha già parlato telefonicamente della situazione della signora con il dottor Ghio.

"Buongiorno signora".

Il dottor Ghio si avvicina deciso al letto di Annette.

"Buongiorno".

## Scena Prima



Lei distoglie lo sguardo dallo specchietto nel quale si stava guardando.

"Sono il dottor Ghio, come si sente?".

"Bene, ma tutti questi farmaci... mi danno sonnolenza".  
Annette, picchiettandosi coi polpastrelli le occhiaie.

"Mi racconta cos'è successo, signora?".

"Ah, dovrebbe chiederlo a mio marito cos'è successo!".  
Annette sistemandosi un po' i capelli con le mani.

"Vuol dire ex marito, signora. Se non sbaglio siete separati".  
Il Dottor Ghio avvicinandosi fino a toccare il letto con le gambe.

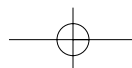
"Ex marito, non esiste ex marito. Due che si sposano sono marito e moglie per sempre, poi possono separarsi, avere dei compagni, dei fidanzati, ma mio marito resterà sempre mio marito".  
Puntualizza Annette un po' infastidita.

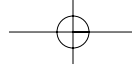
"Ah, e cosa avrebbe fatto suo marito?".  
Il Dottor ghio con tono cauto.

"Ha organizzato tutto!".  
Annette come se parlasse di una cosa ovvia.

"Organizzato cosa, signora?".  
Il dottor Ghio cercando di dare un ritmo più lento alla conversazione.

"Lui... vuole vedermi finita, vuole annientarmi lentamente."  
Annette comincia a scaldarsi.





"E che cos'ha fatto?"

Il dottor Ghio sempre con tono pacato.

"Per cominciare non mi dà i soldi e adesso lei mi deve spiegare come deve fare una donna come me a vivere da sola in una villa con cinque milioni al mese!".

"Beh, cinque milioni... io ce la farei!"

Lui sorridendo.

"No, mi creda, ci sono le spese della casa, i domestici, il giardiniere... non ce la si può fare... e tutto questo perché deve dare i soldi a quell'altra!".

"Chi è quell'altra?".

"È la sua nuova compagna, una che lo sanno tutti in città che non è una signora vera! Per carità, non ho niente contro il popolo, ma uno come mio marito,... un [.....]...".

"Che cosa? Cosa fa suo marito?".

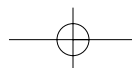
Il dottor Ghio aggrottando la fronte.

"È un [.....]... come dire? Un commerciante esperto in [.....], la sua è una delle più antiche famiglie di [.....] della città e adesso, dopo il divorzio, lui si è messo con quella".

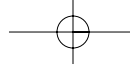
"Va bè, signora, ma se siete separati...".

"Non è per quello, lui non vuole darmi i soldi e vorrebbe anche vendere la villa. Si rende conto? Una casa di famiglia; non si vendono le case di famiglia! E così lui è riuscito a fare uscire nostra figlia da quella casa, dandole dei soldi e mandandola a studiare a Parigi e io non ho più diritto di viverci, capisce? Dopo che l'ho arredata, con tutti i mobili d'epoca e i quadri e i tappeti...".

"Ecco, appunto, signora... mi pare di aver capito che ultimamente lei ne ha fatti parecchi di acquisti... ha







speso parecchi soldi...".

La interrompe.

"No, non sono tanti soldi perché sono solo piccole cose che ho comperato per la casa, per mantenerla in un certo stile".

"Però, magari, tutti quei tappeti... quanti ne ha comprati?".

"Qualcuno. Ma solo perché erano un affare. C'è un mio amico, a Grado, che mi ha proposto degli ottimi tappeti per un buon prezzo...".

"D'accordo, lo capisco, ma forse ha un po' esagerato... io capisco che lei è abituata ad un certo tenore di vita.... Comunque senta, non dovrà stare qui molto, domani verremo a prenderla per portarla al Centro, così starà qualche giorno con noi, fino a che non si sentirà meglio".

Il dottor Ghireo cercando di rasserenare Annette.

"Dove mi vuole portare lei?"

Annette alzando la voce.

"Al Centro, per qualche giorno di ricovero...".

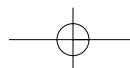
"No guardi dottore, io non posso restare qui e non posso andare in nessun altro Centro. Non posso perché ho altro da fare e non posso perché qui dentro sto male, divento triste con queste persone che soffrono attorno. E poi, dottore, sente che puzza?".

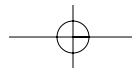
"Va bè, vediamo cosa possiamo fare. L'importante è che lei adesso si curi e che torni in forma, come prima".

Il dottor Ghireo per tagliar corto.

"Sì, va beh, ma lei, dottore, quanti anni mi dà?".

Annette con aria provocante.





"Ma, non saprei, una cinquantina..."

Il dottor Ghio imbarazzato, dichiarando l'età che intuisce vorrebbe dimostrare Annette.

"Ecco, appunto! E io ho bisogno di divertirmi, sono una donna giovane, ho bisogno di svaghi, di uscire, di un uomo... magari... uno come lei, dottore...".

Annette, sfiorando la giacca del Dottor Ghio.

Dalle finestre del primo piano del Centro di Salute Mentale entra molta luce, qualche persona si aggira per il corridoio, ma ormai l'affanno dell'ora di pranzo è finito. Nell'aria c'è solo l'odore del caffè e del detersivo per la lavastoviglie. Sta per cominciare la riunione di servizio nella sala da pranzo, non c'è ancora nessuno, c'è silenzio, si sentono solo le chiacchiere delle cuoche che stanno riassetando la cucina. Ambra è in anticipo, si aggira per il corridoio; il Dottor Ghio arriva salendo le scale.

### Scena seconda

"Senti... lo faresti un accompagnamento?".

Ghio con aria allegra.

"Che accompagnamento?".

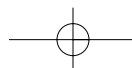
Ambra un po' insospettita.

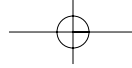
"Una signora che ho visto stamattina in Diagnosi e Cura. È una simpatica, è in eccitamento maniaco e ha qualche spunto delirante e..."

"Ma scusa perché non la portiamo in Centro?"

"Beh, pensavo che per lei sarebbe molto difficile adattarsi su al Centro di [...] perché è una signora ricca, moglie di un [...], con una villona a [...] e penso che, tutto sommato, se viene ogni giorno in Centro a prendere la terapia e poi trascorre un po' di tempo con te, potrebbe essere un buon modo per gestire la crisi..."

"Mhm..."





“Dài, vedrai che è simpatica, è italo-svizzera, una bella donna... ha anche cercato di sedurmi”  
Il Dottor Ghiro compiaciuto, come se ciò testimoniassse il buon senso della signora.

“Ma dai Eolo! “E cosa dovrei fare io con questa signora?”.  
Ambra sorride e gli dà una piccola pacca sul braccio.

“Potete stare a casa sua, oppure andare a fare qualche giretto, magari andare al mare... ecco, magari, cercando di limitarla un po' perché, come dire... è un po' frizzantina, via! In quest'ultimo mese ha speso qualcosa come quaranta milioni in tappeti e altri oggetti di arredamento per la casa e il marito, anzi, ex marito perché sono separati, è disperato e vuole cercare di fermarla in qualche modo”.

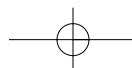
Il Dottor Ghiro ride.

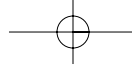
“Va bé, Eolo, posso provare a fare quest'accompagnamento... vediamo...”.  
Ambra giocherella nervosamente con un suo anello, mostra tutta la sua perplessità sul sentirsi adeguata all'incarico.

“Ma sì, non ti preoccupare, vedrai che ti divertirai! Ora telefono al marito e sento cosa ne pensa lui”.  
Il Dottor Ghiro sorride soddisfatto per essere riuscito a convincere Ambra.

Lo stesso pomeriggio il dottor Ghiro e Ambra incontrano il signor Zarrami. L'appuntamento è al Caffè [.....], lontano dal Centro di Salute Mentale, su precisa richiesta del signor Zarrami. La luce è quella ovattata della Galleria [.....], il caldo si fa sentire anche lì, solo due dei numerosi tavolini in vimini sono occupati. Un cameriere fa capolino all'ingresso del bar, osservando i passanti. Il Dottor Ghiro e Ambra aspettano in piedi, al di fuori dell'area dei tavolini, cercando di riconoscere il signor Zarrami, il quale arriva con pochi minuti di ritardo.

“Dev'essere lui”.  
Dice il dottor Ghiro a Ambra vedendolo avvicinare.  
Lei rimane in silenzio.





“È il signor Zarrami?”

Chiede il dottor Ghio con tono discreto.

“Sì” afferma l'uomo tendendo la mano “Il dottor Ghio?”.

“Buon giorno” risponde il dottor Ghio stringendogli la mano.

“Piacere”

Il signor Zarrami e poi rivolge lo sguardo a Ambra.

“Sono Ambra, piacere”

Si affretta lei.

I tre si accomodano ad un tavolino all'esterno del bar, nella galleria. Ordinano un caffè e poi prendono a parlare di Annette.

“Come sta?”

Il signor Zarrami con tono preoccupato.

“Ma, un pochino meglio. Stanotte ha dormito ed ora è più tranquilla”.

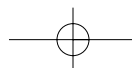
Il dottor Ghio sospira e socchiude gli occhi.

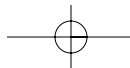
“Speriamo, dottore. Guardi io mi affido a lei perché non so più cosa fare con Annette, me ne sta facendo di tutti i colori. È fuori di testa!”

“Sì, ci è stato raccontato dal medico del Diagnosi e Cura che l'ha accolta... ma da quant'è che sta così?”.

“Ah, cosa vuole che le dica... anche quando eravamo sposati è sempre stata una persona difficile... sempre insoddisfatta, mai contenta. Mi creda, ho fatto di tutto per renderla felice. Per lei ho lasciato la mia precedente moglie. Ho altri due figli io, sa?”.

Il signor Zarrami abbandona la maschera della preoccupazione.





“A sì?”

Il dottor Ghio sorpreso.

“Sì, io ero sposato e ho lasciato mia moglie per Annette. Era una donna bellissima... lo è ancora ma venticinque anni fa... E in questi anni ho fatto di tutto per lei: abbiamo viaggiato, le ho comprato la casa che desiderava, oggetti di ogni tipo, pellicce, mobili d'epoca... e lei non era mai contenta, mai. Voleva sempre di più, era sempre eccessiva nelle cose, è sempre eccessiva! Dopo la villa ha voluto la piscina. L'ho fatta costruire nel giardino e sa cosa faceva mia moglie? Si aggirava nuda, prendeva il sole, faceva il bagno, camminava in giardino... nuda! Ma casa nostra è sulla strada e ci sono altre case intorno... tutte le macchine che passavano potevano vederla... gliel'ho detto e ridetto in tutti i modi, ma lei niente... sempre nuda. Finché un giorno mi sono stufato, ho chiamato una ditta e ho fatto interrare la piscina!”

Il signor Zarrami fa una pausa mentre il dottor Ghio e Ambra lo guardano increduli

“Poi, da quando ci siamo separati, le cose sono peggiorate. Lei è diventata morbosa nei miei confronti e in quelli di mia figlia. È come se volesse controllare tutti... me attraverso il denaro e mia figlia attraverso i ricatti morali. Quella povera ragazza non ne può più di sua madre che la pressa, la fa sentire in colpa perché andrà a studiare a Milano anziché starle vicino”.

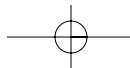
Il signor Zarrami fa un'altra pausa e poi sbotta.

“E poi, guardi, ultimamente ha proprio esagerato. Dice che non le bastano cinque milioni al mese e ha speso altri quaranta milioni in sciocchezze... tappeti pessimi e quadri orribili! E poi si è fissata che io voglio farle del male, che le faccio dei dispetti, che le metto i topi morti in giardino e altre assurdità del genere... Dovete fermarla voi, perché io ci ho provato, ma non ci sono riuscito!”.

“Sì, sì, adesso ci stiamo prendendo cura di lei e vedrà che faremo il possibile per farla stare meglio... Annette ha bisogno di qualche farmaco che regoli il tono del suo umore e che smorzi queste convinzioni che ha rispetto ai topi e ai suoi dispetti e poi... ha bisogno di stare un po' tranquilla, come dire, di rallentare un po' i suoi ritmi”.

“Ecco sì, dottore, è proprio questo...”.





“Certo, è per questo che pensavamo di affiancarle Ambra, che potrebbe starle vicino, farla venire in Centro per prendere la terapia, darle dei ritmi un po’ più lenti, arginare un po’ gli eccessi, insomma”.

Il signor Zarrami guarda Ambra con aria interrogativa. Fin a quel momento non aveva ben capito il ruolo della ragazza.

Il dottor Ghiro intuisce e si affretta a precisare:

“Sarebbe un accompagnamento privato, a pagamento. Ambra è una persona che collabora con il nostro Servizio e ci fidiamo di lei, starà vicina ad Annette e le spese saranno a carico vostro”.

Ambra fissa il signor Zarrami in silenzio, aspettando da lui una risposta.

“Ma certo, non ci sono problemi, sosterrò io tutte le spese! Per me l’importante è che Annette sia sotto controllo è che non faccia altri danni, se voi potete garantire questo... pagherò io la signorina Ambra!”.

“Noi assicuriamo di prendere in carico Annette e di curarla, per quanto riguarda i danni... faremo il possibile per limitarla. Comunque non si preoccupi, vedrà che presto starà meglio”.

“Lo spero, dottore” riprende il signor Zarrami, nuovamente preoccupato “Però, mi raccomando, Annette non deve sapere che sono io a pagare questo accompagnamento, altrimenti penserebbe che le metto una spia alle costole per controllarla... Meglio se non diciamo da chi è pagata la signorina Ambra”.

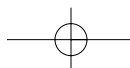
“Va bene” risponde il dottor Ghiro con tono sereno “Non si preoccupi, non diremo niente, così Annette accetterà Ambra senza problemi”.

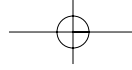
“Bene, e poi, sa, ci tengo alla privacy, se poteste cercare di essere discreti... perché io sono una persona molto in vista in città e non vorrei si sapesse che mia moglie... sì, insomma, ne ha già combinate abbastanza...”.

“Ma certo, signor Zarrami, non si preoccupi...”

“Grazie... allora ci sentiamo...”.

Il signor Zarrami stringe la mano al dottor Ghiro con riconoscenza.





"D'accordo. A presto".

"Arrivederci".

Sorride Ambra.

#### **Scena quarta**

Con la macchina di servizio partono dal Centro Ambra e Lucia.

In Diagnosi e Cura vengono accolte abbastanza bene da Annette, che non le ha mai viste ma, dopo tutto, sono loro che la riaccompagneranno a casa e il dottor Ghio le ha già spiegato che per un periodo sarà Ambra a farle compagnia, a darle una mano, ad affiancarla.

Annette è un po' a disagio, davanti alle due donne, per non essere perfettamente curata: i lunghi capelli rossi sono crespi e opachi e il viso è stanco. Raccoglie le sue poche cose e il suo beauty-case e si mette in macchina.

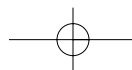
Mentre Ambra e Lucia, sui sedili anteriori cercano di stabilire un rapporto con lei facendole delle domande e rassicurandola, Annette al centro del sedile posteriore, è col beauty-case appoggiato sulle ginocchia, sta maldestramente cercando di truccarsi un po', non senza sbavature.

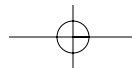
Arrivate davanti al cancello della villa, Annette si accorge di non avere le chiavi, mentre Ambra e Lucia si guardano con aria scoraggiata. Annette si precipita fuori dalla macchina in sosta davanti al cancello e comincia a tentare di scavalcare un'inferriata. Le due donne, dalla macchina vedono quella figura magra, ovattata dal Serenase, coi capelli arruffati, inguainata nei suoi pantaloni leopardati che, con degli zoccolotti iridescenti col tacco, cerca di arrampicarsi verso l'alto. Si precipitano fuori dall'automobile e cominciano a tirarla per le caviglie gonfie, urlandole di scendere.

Finalmente Annette scende e Lucia prende l'iniziativa di scavalcare lei, per aprire alle altre.

#### **Scena quinta**

Ambra va a casa di Annette, come d'accordo con il Dottor Ghio. Suona il campanello del cancello, mentre cerca di scorgere movimenti all'interno della casa. Il giardino è decisamente trascurato e la casa sembra prigioniera di una fotografia. Finalmente la luce del videocitofono si accende e Annette apre il portone. Ambra ha ricevuto precise istruzioni dal Dottor Ghio: stare vicina ad Annette, contenere i suoi entusiasmi, trascorrere il tempo in modo piacevole e non azzardato. Cercare di contenere le spese di Annette. Mentre attraversa il giardino, Ambra ripassa mentalmente tutte le indicazioni, compresa quella di somministrare





la terapia tre volte al giorno.

Ambra entra nella penombra della casa e per un momento non vede quasi niente, stordita dal sole del mattino. Comincia a distinguere le sagome intorno e chiede permesso. Una voce, dall'alto, le risponde avanti. Timidamente avanza qualche passo sul pavimento in marmo color ocra, si trova in un salone doppio: in fondo, sulla destra, due divani bianchi un po' datati sono di fronte ad un televisore piuttosto grande, più vicino, un sofà stile inglese color zafferano vicino ad un tavolino antico con sopra diverse foto. Fra tutte quelle cornici d'argento ne spicca una, più grande, che ospita proprio una foto di Annette. Probabilmente risale a più di vent'anni fa, Annette è in primo piano, di profilo, indossa un maglione a collo alto di angora bianca e alle orecchie porta delle vere in oro piuttosto grandi. I capelli sono lunghi, castano-dorati, con un taglio scalato con la messa in piega a bigodini, anche il trucco è tipico degli anni settanta. La pelle è vellutata e il profilo perfetto. È bellissima, la foto sprigiona tutta la femminilità ed il fascino di Annette.

Ambra vede alla sua sinistra una tavolo d'epoca con quattro sedie dalla tappezzeria elegante, alle pareti ci sono vari quadri, piuttosto cupi, nature morte e paesaggi con cornici importanti. Qua e là piccoli tavolini su cui sono appoggiati oggetti in argento, vetri di Murano, oggetti d'antiquariato.

Ambra viene richiamata dal rumore di Annette che scende la scala: una grande scalinata a semicerchio in marmo bianco che scende proprio in mezzo al salone. Annette indossa una lunga vestaglia in velluto blu, larga e senza cintura. È spettinata ma truccata anche se il mascara, probabilmente vecchio, ha formato dei grumi sulle ciglia e una leggera polvere nera, sbriciolata sotto gli occhi. I capelli sono arruffati, stopposi.

"Oh, buongiorno!".

Ambra sollevata nel vedere Annette.

"Buongiorno signorina Ambra".

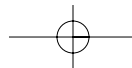
Annette alzando un po' la vestaglia per non inciampare.

"Come si sente oggi?"

Ambra con tono allegro.

"Meglio perché sono a casa mia e finalmente mi sono lavata i capelli, non ne potevo più. Comunque ho dormito poco...".





“Ieri sera ha preso la terapia?”

Ambra ansiosa di voler adempiere ai suoi compiti.

“Sì, me l'hanno data al centro. Ma quella terapia... ecco, guardi che gambe...”.

Annette alza la vestaglia fino al ginocchio scoprendo delle caviglie decisamente gonfie, dei salsicciotti che stonano fortemente con la sua figura slanciata.

“Eh, sì, può essere, ma se ci sono problemi coi farmaci, meglio che ne parliamo col dottor Ghiro o col primario...”.

“Ah, quel stupido piccolo dottore!”.

Commenta Annette stizzita.

“Senta, cosa facciamo oggi?”

Ambra per cambiare argomento.

“Ma guardi, io devo sbrigare delle faccende, devo andare in centro perché purtroppo, in questi giorni in cui sono stata ricoverata ho perso tempo, dovevo fare delle cose, ho delle scadenze...”.

“Va bene, potremmo andarci insieme”.

Ambra fa un passo verso Annette.

“Lei ha la macchina, Ambra? Perché il dottor Ghiro mi ha detto che non posso guidare la macchina con i farmaci che sto prendendo e si è portato via le chiavi perché non si fida”.

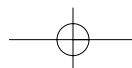
Annette è sdegnata da questo inconveniente ma un po' compiaciuta delle attenzioni del Dottor Ghiro.

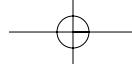
“No, Annette, sono senza macchina, comunque possiamo andare con l'autobus...”.

Ambra poco convinta della soluzione proposta.

“Autobus? Ma è scomodo, fa caldo, ci mette troppo tempo...”.

Annette che non ne ha mai preso uno.





"Ma no, Annette, e poi non abbiamo fretta, vedrà che riusciremo a fare tutto ugualmente".  
Ambra decisa a far accettare la sua proposta.

"E va bene. Mentre mi preparo vuole bere qualcosa, Ambra?".  
Annette gentilmente.

"Magari, grazie... fa un caldo".  
Ambra sente che il ghiaccio con Annette comincia a rompersi e la segue in cucina.  
Una cucina in legno bianco fatta su misura, spaziosa e curata nei dettagli con una grande isola centrale.

"Che bella cucina!".  
Ambra con entusiasmo.

"Ah, sì, grazie, l'abbiamo fatta fare da un artigiano venticinque anni fa. L'ho progettata personalmente, guardi qui...".  
Annette si dirige verso l'isola attrezzata.

"Vede? Qui ci sono i quattro fuochi, qui a fianco c'è la piastra e qui, ancora, la friggitrice!".  
E alzando un coperchio mostra una friggitrice professionale a scomparsa incastonata accanto al fornello.

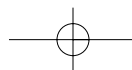
"Non ho mai visto una cosa del genere, è bellissima!".  
Ambra sinceramente sbalordita.

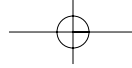
"Grazie".  
Sorridente Annette compiaciuta.

"Le posso offrire un the freddo? Non ho nient'altro in casa, il frigo è vuoto"

"Un the va bene, grazie".

"Ah, ecco Paul!"





Annette con un'espressione dolce.

Ambra si gira e vede arrivare lentamente un vecchio cagnolino bianco, di cui non si vedono gli occhi. Cammina con difficoltà e come si avvicina, fa sentire una puzza notevole.

"Eh, poverino, è vecchio. Ma guardi, è come un figlio per me, guai se dovesse mancarmi!"  
Annette accarezzando Paul.

"La mamma è qui, tesoro!".

#### **Scena sesta**

Piazza degli Affari è come sempre vivace, sono le undici e un quarto e Annette e Ambra arrivano passeggiando. Annette indossa gli immancabili pantaloni fascianti, una maglia color polvere e porta in mano una ingombrante Borsa in pelle stampata. Ambra in T-shirt, gonna jeans e sandali, è un po' nervosa, cammina a fianco di Annette ma è come se la seguisse, cerca di prevedere le sue mosse per prevenire situazioni spiacevoli.

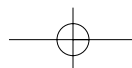
"Ambra, posso offrirle un caffè?".  
Annette con slancio.

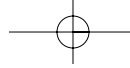
"Ma, non so...".  
Ambra indecisa.

"Andiamo qui alla [.....] dove fanno un ottimo caffè, io prendo sempre lo Shakerato, è il più buono della città. Venga".  
Annette indicando l'ingresso del bar.

Ambra esita per qualche istante, guarda l'ora, pensa alla faccia del Dottor Ghio e poi entra nel bar assieme ad Annette.

Annette è conosciuta, ordina uno Shakerato con poco zucchero ed invita anche Ambra a prenderlo. Ambra che non l'ha mai assaggiato, incuriosita, ne ordina uno.





Pochi minuti dopo, uscite dalla [.....].

### Scena settima

“Ah, Ambra, già che siamo qui, andiamo un momento dall’ottico, che devo far riparare i miei occhiali da sole che si sono storti nella borsa”.

“Ma Annette, magari ci va un’altra volta...”.

Ambra comincia ad agitarsi pensando al Dottor ghiro che dice “Limitare le spese, limitare le spese”.  
Mezzo secondo e Annette è già dentro il negozio.

“Buongiorno”.

Annette con tono distinto.

“Oh, buongiorno, signora, come va?”.

Il commesso con un piccolo inchino

“Bene, grazie, questa la signorina Ambra, una mia amica”.

Indicando con un sorriso Ambra.

“Buongiorno”.

Ambra imbarazzata.

“Mi dica”.

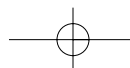
Il commesso cortesemente.

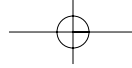
“Dovrei far riparare questi occhiali che si sono storti”.

Annette tira fuori gli occhiali dalla grande Borsa piena di cianfrusaglie.

“Non si preoccupi, signora, ci penso io”.

Il commesso si assenta per qualche minuto mentre Annette e Ambra rimangono nel negozio. Ambra rimane immobile mentre Annette si avvicina ad un espositore e comincia a guardare gli occhiali e a





provarsene qualcuno.

Ambra è sempre più tesa: "Limitare le spese, limitare le spese".

Poco dopo il commesso ritorna soddisfatto.

"Ecco fatto!".

Porgendo gli occhiali ad Annette.

"Grazie".

Annette li prova subito e si specchia con aria provocante.

"Quanto le devo?"

Annette estrae il portafoglio.

Ambra si avvicina al bancone.

"Ma niente, signora, si figuri!".

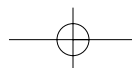
Sorride il commesso.

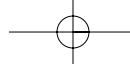
Ambra tira un sospiro di sollievo.

Uscite dal negozio Ambra e Annette si ritrovano nuovamente in Piazza degli Affari. Annette sta volta propone di andare dal fotografo per fare delle foto tessera. Ambra cerca di distrarla per farle cambiare idea ma Annette è già entrata nel negozio. La scena si ripete simile alla precedente: Annette è conosciuta e trattata con rispetto, presenta Ambra come un'amica che l'accompagna e chiede di fare delle foto tessera. Ambra è sempre più agitata, la situazione le sta sfuggendo di mano. "Limitare le spese, limitare le spese". Diecimila lire. Escono e sono di nuovo in Piazza degli Affari.

"E adesso, devo andare in banca prima che chiuda".

Annette risoluta.





"Come in banca?".  
Ambra preoccupatissima.

"Sì, sì, venga con me, Ambra, ci metto un attimo".  
Annette procede verso l'ingresso della banca.

"No, Annette, aspetti!".  
Ambra si impone, decisa a prendere in mano la situazione e far valere il suo ruolo.

"Non dimentichi gli accordi presi con il Dottor Ghio: niente soldi, niente spese!".  
Ambra con tono deciso.

"Cosa c'entra il dottor Ghio adesso! Ho promesso di non spendere troppi soldi ma ho bisogno di qualche soldo almeno per fare la spesa! Ha visto anche lei che il mio frigorifero è completamente vuoto!".  
Annette irritata.

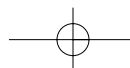
"Allora mettiamoci d'accordo, Annette. Quanti soldi ha intenzione di prelevare in banca?"

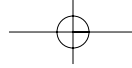
"Ma, non so, pochi soldi, solo due o trecentomila lire".  
Annette con naturalezza.

"Come due o trecentomila lire! Non se ne parla neanche! Sono troppi soldi! Se vuole prelevare centomila lire va bene, altrimenti, dovremo parlarne con il dottore...".  
Ambra con tono acceso.

"Ma su, Ambra, non faccia la bambina, sono solo pochi soldi!".  
Annette cercando di mettere in difficoltà Ambra.

"Non faccia la bambina lei. Gli accordi con il Dottor Ghio sono questi e la prego di rispettarli!".  
Annette alza la voce.





“Va bene, Ambra, stia calma! Farò come vuole, prenderò solo centomila lire. Ma adesso muoviamoci prima che chiuda!”.

Annette e Ambra entrano in banca, lo sportello è libero e Annette si dirige decisa verso il cassiere. Ambra la aspetta oltre la linea di cortesia, combattuta tra avvicinarsi e controllare e rimanere in disparte fidandosi di Annette. Sceglie questa strada, ma da quella distanza di due metri, cerca disperatamente di far capire all'impiegato di non dare troppi soldi ad Annette: sgrana gli occhi, fa cenni con la testa, cerca di tendere le orecchie per sentire il discorso. Il cassiere, da dietro lo sportello, la guarda con faccia interrogativa. In pochi minuti Annette ha sbrigato tutto, saluta ed esce dalla banca assieme ad Ambra.

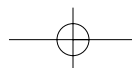
#### **Scena ottava**

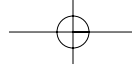
Il giorno seguente Ambra torna a casa di Annette. Il salone è in penombra, con le tapparelle semi abbassate. Il salone è sempre statico, immutato. Paul si avvicina ad Ambra lentamente, mentre lei si guarda attorno in cerca di Annette.

“Annette? Buongiorno”.  
Ambra ad alta voce.

“Buongiorno Ambra, solo un attimo!”.  
Annette con voce debole dal piano di sopra.

“Sono qui sotto!”  
Ambra sedendosi sul divano bianco. Si guarda attorno, accarezza Paul che si avvicina ai suoi piedi e poi accende il televisore. Appare la scena di una folla cupa e di un corteo funebre. Molta gente elegante, fiori, macchine lussuose: è il funerale di Lady Diana Spencer. Ambra osserva con attenzione, il cronista commenta le scene, i personaggi presenti, il clima di grande commozione.  
Ambra sente un rumore lieve e si volta verso la scala: Annette sta scendendo lentamente, indossa una vestaglia di seta color cipria, annodata attorno alla sua vita sottile. Ai piedi porta delle pantofole a punta dello stesso colore con tacco a spillo di pochi centimetri e piumino di cigno sulla sommità. È elegante anche se la sua andatura è un po' incerta, cammina sfiorando il muro con la mano. Annette si avvicina al divano e rivolge lo sguardo al televisore.





“È il funerale di Lady D”.  
Ambra con voce debole.

Annette si affloscia sul divano, scoprendo le cosce magre.  
Le scene alla TV sono toccanti.

“Oh, mon Dieu...”  
Annette fissa il televisore come se si trovasse realmente davanti al funerale.

“Ha visto quanta gente, Annette?”.  
Ambra con grande coinvolgimento.  
Annette non risponde, Ambra la guarda e vede Annette con gli occhi lucidi.

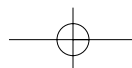
“Annette...”.  
Ambra sorpresa.

“È terribile! Lady D. era una donna così carismatica, buona, dolce...”.  
Annette commossa.

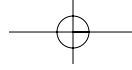
“Eh, sì, sembrava una bella persona!”.  
Ambra tristemente.

“Ma guardi, Ambra, era una vera signora, lei sì che era una principessa. Era amata dal popolo, faceva tanto del bene alla povera gente... Ne ha sopportate di tutti i colori con quella suocera e quel Carlo, che le metteva le corna e poi... poi ha dovuto farsi da parte perché la famiglia reale l'ha emarginata, colpevolizzata. Ma guardi, lei era il centro del regno, non so come faremo senza di lei, vede come sono disperati tutti i sudditi...”.  
Annette piange sommessamente.

“Eh, sì...”.  
Ambra la guarda e si sente stringere il cuore, il funerale è commovente, ma Annette lo è ancor di più.







“Poverina, non se la meritava proprio una fine così, proprio adesso che aveva trovato l'amore con Dody... era felice... per me è come se fosse morta un'amica, una di famiglia...”.

Annette guarda Ambra asciugandosi le lacrime. Anche Ambra si asciuga gli occhi.

Scorrono ancora le scene drammatiche del funerale. Annette e Ambra rimangono immobili, sedute sul divano, vicine e unite dallo stesso stato d'animo.

### Scena nona

Ambra entra nel salone della villa. Ormai è abituata al fatto che Annette non si premuri di aprirle la porta e riceverla. Ambra saluta e Annette, per la prima volta, la invita a salire. Ambra percorre la bianca scala senza corrimano, sembra di camminare in una conchiglia dell'oceano. Arrivata al piano di sopra, vede la luce accesa in una stanza e si avvicina chiedendo permesso. Annette la invita ad entrare: è un grande bagno di color lapislazzulo. Ambra nota subito alla sua destra delle piccole mensole disposte in colonna sulle quali sono sistemate, in modo un po' caotico tante boccette mignon di profumo, ricoperte da una coltre di polvere. La stanza è disordinata, a fianco della vasca da bagno sono appesi una serie di vestaglie e accappatoi di vari colori. Per terra è abbandonata una sottoveste di seta color crema. Il pianale di marmo nel quale sono incassati i due lavabi è zeppo di creme, detersivi, profumi, tubetti, deodoranti, flaconi, boccette. La ceramica è opaca come il grande specchio bordato da una cornice d'oro barocca. Annette è in piedi davanti allo specchio e sta cercando di raccogliersi i capelli con delle forcine. Indossa un accappatoio bianco ed è scalza.

“Buongiorno Annette. Che bel bagno!”.

Ambra guardandosi attorno.

“Buongiorno Ambra. Grazie”.

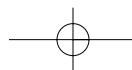
Annette con un leggero sorriso guardando Ambra nello specchio.

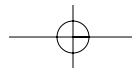
“Quanti profumi che ha. Lo sa che io faccio collezione di mignon?”.

Ambra guardando da vicino le boccette.

“Ah, sì? Sono carini... io li ho da molto tempo...”.

Annette con aria distratta.





Ambra la guarda in silenzio, sinceramente attratta da quei profumi, sforzandosi però di ricordarsi il motivo per cui è lì. Guarda con attenzione Annette.

“Cosa sta facendo Annette? Si raccoglie i capelli?”.

Ambra con tono gentile.

“Non vede i miei capelli? Sono un disastro! Da troppo tempo non faccio la tinta, ho una ricrescita orribile e le punte totalmente sbiadite e sfibrate!”.

Annette toccandosi con disprezzo alcune ciocche.

“Beh, potrebbe lavarsi i capelli, intanto. Se vuole la aiuto...”.

Ambra sfiorandole i capelli.

“Oh, non si preoccupi Ambra oggi voglio andare dalla coiffeur, così mi faccio sistemare”.

Annette fissando l'ultima ciocca.

“E quando vorrebbe andarci?”

Ambra spiazzata guarda Annette nello specchio.

“Subito! È veramente imbarazzante per me avere questi capelli in disordine. Non c'è niente di più sciatto di una donna con la ricrescita! Io sono sempre stata una donna curata: i capelli, le mani, i piedi, sono fondamentali, ma purtroppo, ultimamente, tra un problema e l'altro, le questioni con mio marito, i topi in giardino, il ricovero, non sono riuscita ad andare dalla parrucchiera e dalla manicure...”.

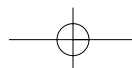
Annette concitata.

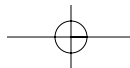
“Quindi vorrebbe andarci ora?”.

“Certo, anzi mi dispiace sia venuta fin qui, Ambra, perché io ho questo impegno!”.

Annette aprendo uno sportello sotto il lavabo e tirando fuori una parrucca mora.

“Ma Annette, non c'è problema, posso accompagnarla, così magari ci fermiamo a prendere uno shakera-





to, no?".  
Ambra guardando stupita la parrucca.

"Se lei vuole... ma non vorrei farle perdere tempo...".  
Annette infilandosi a fatica la parrucca.

"Si figuri, non c'è problema!"  
Ambra cercando di aiutare Annette tirando la parrucca dietro.

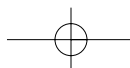
"Finisco di prepararmi così andiamo, ho già telefonato e mi aspetta fra un'ora".  
Annette si guarda allo specchio e ruota leggermente il capo a destra e sinistra.

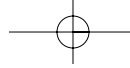
"Sta bene mora!"  
Ambra divertita. Guarda Annette col viso incorniciato da lucidi capelli corvini: sembra Cleopatra.

Annette si ammira soddisfatta e poi si dirige verso la camera da letto: un altro caotico ammasso di abiti, soprammobili, drappi, oggetti di cristallo e d'argento. Il letto è sfatto e le ante dell'armadio sono aperte. I vestiti appesi sono stipati in modo disordinato, abiti invernali ed estivi, da spiaggia e da sera. Una sequenza di stoffe preziose, lamé, seta, velluto, strass, chiffon, organza, voile, colori accesi e tonalità cupe. Quattro ante di serate importanti, colazione di lavoro, cene di rappresentanza, vacanze da sogno, crociere, shopping, cliniche, chalet.

**Scena decima** Annette e Ambra entrano nel salone della parrucchiera, un open space da poco ristrutturato con vetrate stile liberty che filtrano una luce color miele. Tre parrucchiere si stanno occupando di altrettante signore, una al lavatesta, una coi capelli bagnati che aspettano di essere tagliati ed un'altra sotto i colpi aggressivi di spazzola e phon.

"Buongiorno!"  
Le tre parrucchiere con tono allegro.





"Buongiorno!".  
Annette che si sente finalmente al sicuro.

"Sono subito da lei".  
La parrucchiera alle prese con la messa in piega.

"Ho portato un'amica...".  
Annette guardando Ambra.

"Bene, deve fare qualcosa anche lei?".  
La parrucchiera della messa in piega.

"O, no, sono solo di passaggio, ho accompagnato la signora...".  
Ambra un imbarazzata.

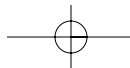
"Ah, d'accordo, accomodatevi pure...".  
La parrucchiera indicando col mento delle poltroncine verde acqua vicine all'ingresso.

"Grazie".  
Annette sicura di sé raggiunge con passi flessuosi le poltroncine e si siede, poggiando a terra la sua grande Borsa stampata.

"Io non rimango, grazie!".  
Ambra avvicinandosi ad Annette.

"Posso cavarmela da sola, Ambra".  
Annette scocca ad Ambra un'occhiata severa, senza alzare la testa.

"Oh, sì, certo, Annette. Le raccomando, però... niente spese eccessive e cerchi di stare tranquilla".  
Ambra parlando a bassa voce ma cercando di essere direttiva.



“Ma sì, sì, e quali spese vuole che faccia? Farò il taglio, il colore, i contrasti, una maschera ristrutturante e la piega. E la manicure, naturalmente!”.

Annette risoluta.

“Va bene... non esageri, però. Ci vediamo domani, allora...”.

“D'accord, a domani”.

Annette impaziente di essere lasciata in pace.

“Arrivederci”.

Ambra intenerita.

“Arrivederci!”.

Le parrucchiere dalle loro postazioni.

Ambra esce e tira un sospiro di sollievo. Anche per oggi è andata e fino a domani non ci penserà più, quasi che ciò che importa è che il suo accompagnamento fili liscio... del resto sarebbe impossibile controllare Annette ventiquattrore su ventiquattro.

Si incammina a grandi passi per le vie della città, accompagnata da un senso di sollievo e dal tepore piacevole del sole di settembre.

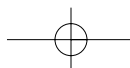
Dopo dieci minuti di passo spedito Ambra ha un pensiero improvviso: la terapia! “Ho dimenticato la terapia!”.

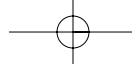
Pensa, mentre il suo cuore accelera. “E ora cosa faccio? Annette non può stare senza!”.

Si gira di scatto e con passi ancora più rapidi torna indietro, imprecando dentro di sé, non tanto per la strada in più ed il tempo perso ma per aver dimostrato di non essere una brava operatrice, non una persona affidabile, almeno.

Arriva al salone trafelata, entra e getta subito un'occhiata alle poltroncine verde acqua. Vuote. “Ecco, lo sapevo, Annette se n'è già andata. Ci sono cascata, a quest'ora avrà già comprato uno yacht ed due pellicce!”. Pensa Ambra in una frazione di secondo.

“Di nuovo qui?”.





La parrucchiera dal fondo del salone.

“Sì, io... cercavo la signora Annette...”.  
Ambra tesa.

“È lì”.  
La parrucchiera indicando Annette.

Ambra rivolge lo sguardo al lavatesta e vede una persona col capo reclinato sotto le mani della parrucchiera che sta cercando di sollevarlo per guardarla. Si avvicina e vede una donna inerme, con i capelli bagnati e tracce di schiuma sulla fronte, l'asciugamano tenuto stretto attorno alle spalle copre una vestaglietta color cioccolato, gli occhi disarmati di chi si trova impossibilitato a muoversi. È senza parole.

“Ah, è lei, Ambra”.  
Ambra ora rientra nel campo visivo di Annette che la guarda strizzando gli occhi.

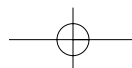
“Eh, sì... io...”.  
Ambra spiazzata guarda il trucco sbavato attorno agli occhi di Annette. Prova pena e vergogna.  
“Ho dimenticato una cosa... ha dimenticato queste...”.

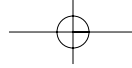
Ambra, che stringeva nella mano due pastiglie in un ritaglio di blister, le mette nella mano di Annette senza far vedere di cosa si tratta.

Annette, che si ritrova quel frammento di plastica in mano, capisce subito, non fa nemmeno un gesto, non si scompone, stringe le capsule nel pugno che sorregge l'altro braccio, quello che le serve a tener stretto l'asciugamano per non bagnarsi il collo.

“Allora vado...”.  
Ambra guarda Annette con un misto di implorazione e riconoscenza.

“Arrivederci”.  
Annette con gli occhi semi chiusi.





**Scena undicesima**

Ambra accompagna Annette al Centro di Salute Mentale. Va fatta una verifica sulla terapia attraverso un prelievo di sangue e vanno presi altri farmaci per casa.

Le due donne entrano assieme, nel corridoio due infermieri, un uomo e una donna che conoscono entrambe le salutano cordialmente.

“Ciao!”.

Ambra allegramente.

“Buongiorno.”.

Annette con voce lieve, dietro ai suoi occhiali scuri.

“Come va?”.

Ambra rassicurata da quel luogo.

“Tutto bene, e voi come state?”.

L’infermiera con tono amichevole.

“Bene, dovrei fare il prelievo...”.

Annette con tono gentile.

“Certo, si accomodi in farmacia, troverà il collega”.

L’infermiere indicandole la porta.

“Grazie”.

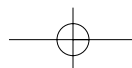
Annette bussa ed entra chiedendo permesso.

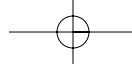
“Allora, come va? Ti diverti, eh?”

L’infermiere ad Ambra.

“Eh si!”.

Ambra annuendo in tono ironico.





“Ma lo sai che vi somigliate voi due?”.  
L’infermiere divertito.

“Chi? Io e Annette?”.  
Ambra stupita.

“Sì, voi due, avete gli stessi capelli e lo stesso portamento!”.  
L’infermiere fingendosi serio.

“È vero! Sembrate mamma e figlia! Identiche!”.  
L’infermiera con entusiasmo.

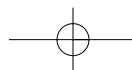
“Eh, sì, stando con Annette le assomiglierai sempre di più, siete proprio perfette insieme!”.  
L’infermiere ridendo.

“Ma dai!”.  
Ambra ridendo.

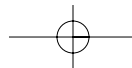
Annette apre la porta della farmacia, si trova Ambra di fronte. Le due donne si guardano, serie. I due infermieri ridacchiano.

Ambra e Annette continuano a vedersi nei giorni successivi, a volte stanno in casa, altre volte escono per andare in centro o al mare visto che il tempo lo permette ancora. Anche oggi Annette ha proposto di andare al mare, in uno stabilimento ben attrezzato che Ambra frequentava da piccola. Arrivano con l'autobus, perché la meta non è lontana dalla villa. Annette paga l'ingresso per entrambe e fa strada fino agli spogliatoi. Ci mette diverso tempo per cambiarsi mentre Ambra, che è pronta in pochi minuti, la aspetta fuori un po' spaesata. Annette esce dalla cabina col costume nero e con un pareo tigrato semitrasparente legato attorno alla vita. Porta i suoi immancabili occhiali scuri e in testa un cappello di paglia a tesa larga. Scendono le scale che portano alla spiaggia di cemento, essendo un giorno feriale di settembre c'è poca gente. Ambra sceglie una postazione vicino all'acqua e si spoglia rimanendo solo

### **Scena dodicesima**







con gli slip. Anche Ambra lo fa, anche se pensa che è un po' strano lavorare in topless. Annette è piuttosto attiva, non riesce a stare a lungo distesa a prendere il sole, si alza, fa un bagno, fa la doccia, si corica di nuovo, si rialza e si stende più volte. Propone ad Ambra di andare al bar per uno shakerato. Il pomeriggio trascorre così, abbastanza serenamente sebbene Annette sia un po' irrequieta. Quando è l'ora di andare via, viene ripercorso il rito dello spogliatoio, al contrario. Annette esce con i suoi pantaloni attillati color azzurro polvere e con un top dorato. Borstone sulla spalla, occhiali scuri, cappello in testa e sandali col tacco.

Ambra e Annette si dirigono verso la fermata dell'autobus. Sono d'accordo di passare dal Centro per un colloquio con il dottor Ghio. Arrivano alla fermata dopo un po' di salita, aspettano un minuto in silenzio sotto il tabellone giallo della fermata sul quale Ambra, stanca, appoggia la spalla. Annette ha una gamba leggermente flessa, le braccia conserte ed una mano appoggiata delicatamente sotto il mento. Il suo sguardo è imperscrutabile, sulla strada sfrecciano continuamente macchine dirette in città. Annette, senza muovere nessun altro muscolo del corpo fa un leggero, impercettibile, indecifrabile gesto con la mano sulla quale poggiava il mento. Immediatamente una macchina in transito, una cinquecento rossa, si ferma davanti al tabellone giallo. La figura alla guida si protende verso destra per aprire manualmente il finestrino. È un uomo di circa quarantacinque anni, moro, sconosciuto.

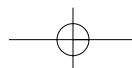
"Ha bisogno di un passaggio, signora?".  
L'uomo con un sorriso smagliante.

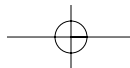
"Oh, sì, grazie, molto gentile!".  
Annette aprendo lo sportello.

"Prego!".  
L'uomo facendo un gesto sul sedile come per spolverarlo.

"Sono con la mia amica."  
Annette volgendosi verso Ambra.

"Annette...".  
Ambra impalata nello smarrimento più totale.





“Avanti! Il signore è così gentile...”.

Annette con un sorriso mentre solleva il sedile dell'utilitaria tre porte.

“Grazie...”.

Ambra titubante sale in macchina sedendosi sul sedile posteriore.

“Dove vi porto?”.

L'uomo mentre osserva Annette che si piega nei suoi pantaloni fascianti per salire in macchina.

Ambra sta per rispondere ma Annette le precede.

“Al Grand Hotel, grazie!”.

Annette con tono sontuoso.

Ambra è attonita. Il Grand Hotel, cinque stelle super lusso, è proprio a fianco del Centro di Salute Mentale! Ambra pensa: “Incredibile! Non mi sono nemmeno accorta che Annette stesse facendo l'autostop! Ma come ha fatto a far fermare questo tizio! Il solito ometto che vede una donna appariscente alla fermata del bus e fa subito il lumacone... un po' insolito, però, qui a Trieste. Certo che Annette la sa lunga! E cosa dovrei insegnare io a questa donna? Dovrebbe insegnarmi lei... a vivere! Ho appena visto come si può avere faccia tosta con classe... al Grand Hotel, e chi ci avrebbe mai pensato!...”

Mentre pensa a tutto questo Ambra osserva, senza ascoltare i discorsi Annette che gesticola e parla, interrompendosi, di tanto in tanto, in una risata civettuola. Vede, nello specchietto retrovisore, gli occhi dell'uomo fissi su Annette che danno fugaci sguardi alla strada.

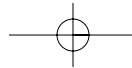
“Eccoci arrivati!”.

L'uomo rallentando di fronte al Grand Hotel.

“È stato un vero tesoro...”.

Annette ammiccante.

“Allora è sicura di non voler un passaggio fino a casa sua?”.



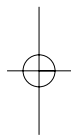
L'uomo osserva Annette mentre scende dalla macchina con movimenti sinuosi.

Ambra scende in silenzio, voltandosi solo per un attimo a vedere per intero il viso dello sconosciuto: sta fremendo per riuscire a vedere ancora Annette che è in piedi fuori dall'auto. Ambra scende, si trova davanti ad Annette e la vede raggianti. Esita per qualche istante.

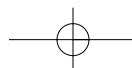
"Non ti preoccupare per me, so cavarmela da sola, fatti pure accompagnare da questo gentile signore... ci sentiamo. Mamma!".  
Ambra scandendo le parole.

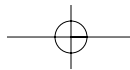
Annette sale in macchina rapidamente.

"Adieu!".  
Annette salutando dal finestrino abbassato.

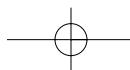


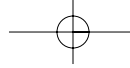
**Nota: le ultime sei righe sono  
un coup de théâtre. Il solo della pièce.  
In realtà, con Annette, andarono al Centro...**





**Servizi, operatrici ed operatori:  
il diritto di prendersi cura.**





di Ivana Mina

## E se il TSO non ci fosse? Riflessioni a margine di un gruppo di lavoro

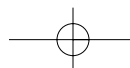
(...) Mi sembra importante sottolineare che la prima voce, e sicuramente la più forte, è stata quella dei pazienti che hanno contestato con molta nettezza l'uso del TSO, definendolo un sistema coercitivo che attesta il fallimento personale del terapeuta.

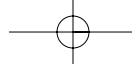
Il TSO è il risultato di più fattori negativi. Innanzi tutto attesta una carenza educativa e culturale di chi (e volontariamente non li chiamo terapeuti) deve curare e invece imprigiona: che mentalità può avere un medico che, a un certo punto, si rifiuta di usare la sua professionalità ed è disposto a trasformarsi in carceriere?

Certo, su questo punto bisogna fare dei distinguo, che sono stati bene evidenziati dalla discussione. Innanzi tutto, c'è lo psichiatra autoritario che non riconosce al paziente il diritto di essere persona e, appena questi si permette di discuterne i pareri magari mettendo in dubbio la sua preparazione professionale (spesso in realtà carente...), lo "ammorbisce" con un periodo di coercizione. Poi c'è lo psichiatra, magari involontariamente ipocrita, del "lo faccio per il tuo bene" e che, convinto di curare, va avanti con il TSO a go go. C'è anche lo psichiatra che addirittura scarica sulle spalle del paziente le proprie colpe (il reo confesso era nel nostro gruppo di lavoro...) e ti dice: "io terapeuta faccio violenza a me stesso per colpa tua (sic!) e mio malgrado ti faccio il TSO". Dulcis in fundo, c'è il terapeuta che vorrebbe delle alternative ma, non avendole, allarga le braccia sconsolato e fa, anche lui, il TSO.

L'errore che comunque sta alla base di tutti questi atteggiamenti è uno e sempre lo stesso: considerare il TSO uno strumento terapeutico. Certo, il TSO è uno strumento, come poteva esserlo ai suoi tempi la clava, ma visto che da allora una certa evoluzione c'è stata non sarebbe male che gli psichiatri modificassero la loro forma mentis e usassero la fantasia nel formulare l'ipotesi seguente: "se il TSO non esistesse, che strumenti alternativi vorrei adesso, cosa posso fare per procurarmeli, per realizzarli?".

La prima risposta che mi viene alla mente, naturalmente, è prevenzione, prevenzione della crisi, prevenzione del TSO. Ma questo entra in conflitto con molti meccanismi esistenti.





Il primo è di tipo culturale. Se il rapporto tra medico e paziente è, da parte del medico, quello del "qui comando io" non ci può essere terapia e questo chiude il discorso (e molta psichiatria è ancora fatta di questa pasta, lo abbiamo visto). Se il rapporto tra medico e paziente è di collaborazione e fiducia, il terapeuta dovrebbe, potrebbe essere "educato", "addestrato" a cogliere i segni premonitori della crisi, che non mancano mai e invece tante volte sono sottovalutati, ignorati, o non visti.

Non esercitare la prevenzione e lasciare che la crisi esploda è un grave danno, crea patologia.

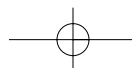
Per il medico, il TSO è un semplice atto amministrativo ma per il paziente il sopraggiungere della crisi è un evento sconvolgente. Nella sua vita salta tutto: i rapporti familiari, quelli sociali; il modo di percepire sé stesso vengono buttati all'aria. Spesso una crisi fa conoscere all'esterno del cerchio familiare una malattia che la società non accetta e che considera una vergogna, e questo può distruggere rapporti sociali importanti per il malato. La crisi, inoltre, molto spesso viene vissuta dal paziente come una sconfitta personale, e il TSO non fa che aggravare il peso della situazione. C'è poi un aspetto squisitamente fisico del TSO: la contenzione. La contenzione può essere chimica o fisica ma in entrambi i casi è una forma di violenza che è fortemente patologica. Se è fisica (e lo sappiamo tutti benissimo che spesso nei reparti si lega...) è una violenza bestiale che dovrebbe ripugnare a ogni medico e infermiere degno di tale nome che non voglia considerarsi un boia. Se è chimica, è comunque una grave mancanza di rispetto anche del corpo del paziente, perché infliggendo l'uso massiccio di psicofarmaci si hanno pesanti effetti collaterali.

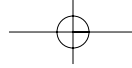
In sostanza: credo che da qualsiasi parte lo si esamini il TSO è violenza, e la violenza non solo non è terapeutica ma è patogena.

Infatti, come può essere o diventare terapeutico un rapporto tra medico e paziente se sullo sfondo dello stesso incombe un evento traumatico e arbitrario come il TSO? Come può un paziente riaffidarsi alle cure di un medico con partecipazione e fiducia dopo aver subito dal medico stesso una violenza come il TSO? Come potrebbe il loro rapporto diventare o tornare ad essere positivo?

Alcuni medici a queste contestazioni ribattono "ma è la legge e la legge mi lega le mani", ma io rispondo loro che la legge deve essere per l'uomo e non l'uomo per la legge, e se è vero che abbiamo una legge fonte di violenza e coercizione, vuol dire che questa è sbagliata e va cambiata.

Ma non credo che le cose stiano così. Il problema è sempre quello dell'evoluzione culturale. Se la malattia mentale fosse meglio conosciuta dalla società farebbe meno paura. Perderebbe lo stigma di vergogna e maledizione. Anche il cancro veniva considerato trent'anni fa una maledizione divina di cui non si doveva nemmeno citare il nome, tant'è vero che veniva definito eufemisticamente "il brutto male". Adesso, in una generazione, il cancro viene citato a ogni piè sospinto, ci sono associazioni benemerite che raccol-





gono fondi per la ricerca della cura alla luce del sole e i malati di cancro vengono seguiti, curati e circondati all'accettazione e dalla considerazione sociale. Questo io vorrei che avvenisse: una evoluzione sociale e culturale tale per cui un malato mentale fosse in grado di riconoscere la sua malattia sin dai primi prodromi e si recasse volontariamente e tempestivamente dallo psichiatra con la stessa naturalezza con cui al giorno d'oggi si va dal cardiologo.

Ma questa trasformazione culturale deve essere opera in primis dei medici. Il rifiuto da parte dei medici di usare la violenza nei confronti dei pazienti toglierebbe alla loro professione quell'aura, ancora grandemente diffusa, di carcerieri e aumenterebbe la loro autorevolezza professionale.

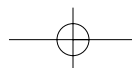
Inoltre: quanto costa il TSO? Quante risorse si succhiano i giorni di degenza chiusi nei reparti? E quanti TSO vengono propinati in Italia, e quanti ricoveri volontari sono in realtà dei TSO? Qui si ritorna al discorso dell'uso alternativo delle risorse. Se i medici entrassero nell'ordine di idee di domandarsi: "Ma se il TSO non esistesse che cosa farei, come potrei impiegare le risorse che il TSO assorbe?" forse da questo gioco di fantasia uscirebbero delle risposte finalizzate alla qualità della vita del paziente.

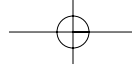
Deve ancora entrare nella testa dei medici il diritto di cittadinanza dei pazienti psichiatrici. I malati mentali sono dei cittadini come gli altri, che hanno diritti e doveri che vanno riconosciuti e rispettati, affetti da malattie, magari più d'una, che hanno il diritto di vedere curate.

Ma siamo lontani. Molta amarezza e delusione sono state suscitate in me dalla richiesta di un operatore che ha partecipato al gruppo di lavoro ( non so se fosse medico o infermiere ) di "regolamentare l'elettroshock"!!! Il suo intervento ha suscitato una marea di proteste.

Fatta salva la buona fede del proponente, mi domando però scoraggiata quanta strada ci sia ancora da fare per destrutturare la cultura prevaricatrice degli psichiatri. Se, anche da parte di medici che si giudicano democratici perché vengono qui a discutere con noi, vengono simili proposte, quanto lavoro c'è ancora da fare per ristrutturare la filosofia medica all'insegna del rispetto vero del paziente!

Questo testo, scritto nel gennaio 1999, fa riferimento a un gruppo di lavoro sul TSO nato in preparazione della conferenza "Tutti in gioco" promossa dalla fondazione Franco Basaglia in collaborazione con la Regione Lazio e il Comune di Roma (Roma, 21-23 settembre 1998, Università La Sapienza). Nella conferenza, come diceva il sottotitolo dell'evento, "gli utenti dei servizi di salute mentale hanno discusso di cittadinanza e psichiatria con operatori, familiari, amministratori, parlamentari e governo". Ivana Mina ha tenuto una delle relazioni introduttive e ha anche animato il gruppo di lavoro sul TSO che si è svolto nel corso della conferenza, scrivendo successivamente il testo che qui si riporta quasi integralmente.





## La riforma italiana, in breve<sup>1</sup>

di Maria Grazia Giannichedda

La legislazione che ha riformato la salute mentale in Italia è costituita da un insieme di provvedimenti: una legge nazionale sui principi approvata il 13 maggio del 1978 (la cosiddetta "legge 180") e 20 leggi regionali sui servizi e le politiche, in coerenza con il dettato costituzionale che riconosce alle Regioni larga autonomia nella pianificazione, gestione e amministrazione dei servizi sanitari.

La legge nazionale non ha subito alcun cambiamento dalla sua approvazione, mentre tutte le leggi regionali hanno avuto numerose revisioni.

Questo in breve il contenuto della legge nazionale, che è costituita da quattro articoli (art. 33, 34, 35 e 64) della legge di riforma sanitaria n.833 approvata nel dicembre del 1978. Questi articoli hanno incorporato la legge 180.

Tre i punti chiave della legge.

- a. Il divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici e di ricoverare nuovi pazienti in quelli già esistenti, che devono essere gradualmente superati e riutilizzati per altri scopi.
- b. Il principio che le funzioni di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle persone con disturbi mentali devono essere di norma svolte dai servizi di salute mentale territoriali.  
La legge istituisce inoltre, presso gli ospedali generali, i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), che possono avere non più di 15 letti ciascuno.
- c. La disciplina del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

### Cosa dice la legge 180



### Il dispositivo del TSO

Come nel caso del TSO per altre malattie, che la legge disciplina all'articolo 33/833, il TSO per malattia mentale deve svolgersi "nel rispetto della dignità della persona e dei suoi diritti civili e politici, (...) e deve essere accompagnato da iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte della persona obbligata".

Il TSO è richiesto da due medici, uno dei quali deve essere psichiatra.

È disposto dal sindaco o da un suo delegato.

È autorizzato dal giudice tutelare, che è anche responsabile della tutela giurisdizionale del TSO.

Il TSO può essere effettuato negli SPDC presso gli ospedali generali, presso i servizi di salute mentale.

Se il TSO si protrae oltre il settimo giorno e nel caso di ulteriori prolungamenti, lo psichiatra deve seguire la procedura indicata (sindaco e giudice) e deve spiegare per iscritto le ragioni del protrarsi dell'obbligazione.

Vorrei richiamare l'attenzione su due punti di questo dispositivo:

a. La ratio del TSO non è più la pericolosità della persona ma il fatto che ha bisogno di aiuto. Per usare le parole della legge, il TSO deve essere effettuato "se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e se gli stessi non vengano accettati dall'infermo" (art.34).

Questo ha alcune conseguenze importanti.

- Il fatto che la persona malata di mente non accetti il trattamento psichiatrico non è più, di per sé, indicatore di pericolosità sociale.

- Lo psichiatra non è più obbligato al controllo e alla repressione della pericolosità sociale.

Obbligare una persona malata di mente al trattamento significa tutelare i suoi diritti, non comprimerli.

b. Nella maggior parte delle legislazioni, anche in quelle delle democrazie occidentali che stabiliscono esplicitamente il rispetto dei diritti umani, la pericolosità sociale resta la ratio del trattamento coatto, il manicomio permane anche se limitato dal punto di vista quantitativo, e resta anche la legittimazione di forme di reclusione (porte chiuse, stanze di isolamento, contenzione fisica) dei cittadini malati di mente. Questo tipo di legislazioni intendono proteggere i diritti dei malati di mente tramite forme di controllo e di limitazione dell'agire dello psichiatra, quali per esempio l'introduzione della distinzione fra trattamento coatto e somministrazione coatta dei farmaci, la supervisione delle tecniche di reclusione e di alcuni interventi quali la psicotomia.

Il legislatore italiano considera che queste forme di controllo sull'operato del medico non possono essere strumento efficace di salvaguardia dei diritti del malato fin tanto che la malattia mentale con-

tinua ad avere uno "statuto speciale", e fin tanto che lo psichiatra continua ad essere fatto carico del controllo e della repressione della pericolosità sociale.

Nel regime italiano, quest'ultima responsabilità resta interamente nelle mani della polizia e delle altre istituzioni della giustizia penale.

Ciò non impedisce, quando sia il caso, al servizio psichiatrico e alla polizia di intervenire insieme nella stessa situazione, ma ciascuno potere sulla base del proprio specifico mandato.

La riforma psichiatrica italiana ha avuto un lungo processo di gestazione.

Il movimento per la riforma è nato nella seconda metà degli anni '60, spinto e guidato dal lavoro di Franco Basaglia e di quella rete di esperienze di de-istituzionalizzazione che hanno cominciato a creare sistemi di servizi comunitari prima della legge di riforma, utilizzando le risorse liberate dalla chiusura dei reparti di ospedale psichiatrico.

Nel 1968 l'Italia ha avuto una prima parziale riforma della legge, e dieci anni dopo il parlamento ha approvato la legge di cui parliamo, nel quadro della riforma del sistema sanitario nel suo complesso.

Alcuni dati quantitativi possono dare l'idea del processo di riconversione delle istituzioni psichiatriche avvenuto in Italia negli ultimi venticinque anni.

Il superamento degli ospedali psichiatrici è stato conseguito assai gradualmente, specie nell'ultima fase. Il processo è iniziato alla fine degli anni '60, quando più di 90 mila persone, su 55 milioni di abitanti, erano internate negli ospedali psichiatrici pubblici e privati.

Tra il 1971 e il '77 il numero degli internati è diminuito del 25%, e del 53% nel decennio successivo.

Infine, nel decennio '88-'98 il numero di internati è sceso fino a 7.704 persone, in maggioranza internate in alcuni ospedali psichiatrici privati, che hanno opposto le maggiori resistenze alla chiusura e alla riconversione.

L'indagine del Ministero della sanità nel 2001 le strutture psichiatriche mostra che il processo di chiusura degli ospedali psichiatrici a quella data era concluso.

Anche l'obiettivo di creare un sistema di servizi di salute mentali comunitari è stato conseguito gradualmente.

### **Un lungo periodo di gestazione**

### **L'applicazione della riforma**

L'indagine del 2201 evidenzia che, a livello nazionale, la disponibilità dei servizi di salute mentale comunitari è pari agli standard quantitativi fissati dal Ministero della Sanità in accordo con la Conferenza Stato-Regioni.

In particolare, il numero di centri di salute mentale, ambulatori e centri diurni è leggermente più alto (1.98) rispetto dello standard nazionale (1 per 150.000 abitanti).

Anche la disponibilità di strutture residenziali, ovvero letti non ospedalieri sia per ex pazienti di ospedale psichiatrico che per pazienti nuovi, è leggermente al di sopra dello standard nazionale: ci sono 2.96 letti a fronte di uno standard fissato a un minimo di 1 a un massimo di 2 letti 10.000 abitanti.

Invece il numero complessivo di letti in ospedale generale è leggermente al di sotto: meno di un letto (0.92) a fronte di uno standard di 1 per 10.000 abitanti.

Da questi dati di base possiamo concludere che in Italia si è compiuto il ciclo dell'innovazione dei servizi di salute mentale, con il completo riorientamento in senso comunitario del sistema delle istituzioni psichiatriche pubbliche e con la sostanziale riconversione della spesa per gli ospedali psichiatrici.

## Il processo di cambiamento

1. I principi della riforma "tradotti" dalle politiche regionali.

Tra regione e regione vi sono differenze, talvolta assai significative, nella disponibilità di servizi, nella loro varietà e tipologia, nella quantità e tipo di personale e nel numero di ore di apertura.

Occorre sottolineare che queste differenze non sono esclusive né tipiche del sistema della salute mentale: esse in gran parte riflettono differenze, storicamente radicate nell'economia e nella società, tra le regioni del Nord e del Centro, più ricche in termini di reddito pro capite e di disponibilità di servizi pubblici, e quelle del Sud, più povere e con un sistema pubblico meno sviluppato.

Fin dalle prime fasi della riforma questo è stato un problema centrale: ad esempio, le regioni del Nord e del Centro hanno approvato le legislazioni regionali di applicazione entro i primi due anni della riforma, mentre nel Sud sono stati necessari 5-6 anni per passare da disposizioni che regolavano la transizione a vere e proprie leggi regionali di programmazione e attuazione dei nuovi servizi.

Se si osservano i dati delle diverse indagini ministeriali che hanno seguito l'applicazione della riforma, si vede che le differenze tra le regioni nella implementazione dei servizi comunitari si sono sensibilmente

ridotte nella seconda metà degli anni'90.

Ciò va posto in relazione al fatto che, negli anni tra il '94 e il '98, sono state per la prima volta messe in atto a livello nazionale, con provvedimenti sia del governo ( Ministero della Sanità ) che del parlamento, interventi finalizzati a promuovere l'applicazione della riforma e ad armonizzare le differenze tra le regioni. Questo processo sembra essersi interrotto a partire dal 2001, in coincidenza con la riforma della Costituzione che ha riconosciuto alle Regioni maggiori autonomie, in vista di una trasformazione dello Stato in senso federalista.

Questa maggiore autonomia ha rafforzato, specie in alcune regioni, processi di privatizzazione di settori importanti dei servizi sanitari, che stanno rompendo nei fatti la cornice e la cultura del sistema sanitario nazionale.

Fuori da questo quadro in cui è stata concepita, sarà molto difficile l'applicazione della riforma psichiatrica nella sua sostanza, che è quella di fornire servizi di salute mentale comunitari, accessibili a tutti nel proprio luogo di vita e rispettosi dei diritti e dei bisogni delle persone che li usano. Potranno dunque venire grandi pericoli per la riforma psichiatrica da queste tendenze alla privatizzazione che l'Italia come molti altri paesi sta vivendo, coperte dietro la necessità di contenere o ridurre la spesa pubblica.

## 2. I principi della riforma "interpretati" dagli amministratori sanitari e dai dirigenti dei servizi di salute mentale.

Diverse ricerche, che qui per ragioni di tempo non è possibile analizzare, hanno messo in evidenza differenze significative, all'interno delle regioni, anche tra aree contigue o tra zone della stessa città, sia nei processi di superamento degli ospedali psichiatrici che nella qualità dei servizi offerti.

Alcune di queste ricerche hanno analizzato i processi di de-istituzionalizzazione attraverso indicatori quali la presenza di programmi di riabilitazione individualizzati, il coinvolgimento delle famiglie e della comunità, i progetti per l'inserimento sociale dei pazienti, dall'abitare al lavoro.

Altre ricerche hanno analizzato la qualità dei servizi attraverso indicatori quali la varietà nell'offerta di strutture e nella tipologia di personale, la continuità terapeutica, la collaborazione con le famiglie, il numero di trattamenti involontari, l'uso di mezzi di contenzione e la chiusura delle porte, la disponibilità di risorse per l'inserimento sociale degli utenti, per la ricerca, per l'aggiornamento del personale.

Non è possibile qui, per ragioni di tempo, analizzare le differenze riscontrate e i diversi risultati corrispondenti, né è possibile presentare i modelli innovativi che in Italia sono nati sia per quanto riguarda

i servizi (ad esempio il centro di salute mentale aperto 24/24 ore con posti letto) che per quanto riguarda i metodi di inserimento sociale (es. le imprese sociali) delle persone con disturbi mentali anche gravi. Queste differenze sono oggi, insieme, un problema e una ricchezza, come è stato efficacemente sottolineato dalla conferenza nazionale che la UNASAM, la rete che raccoglie la maggioranza delle associazioni di familiari, ha tenuto a Roma il 24 novembre 2004. Gli organizzatori hanno scelto di presentare e analizzare, per ogni regione, un esempio di buona pratica, chiedendo agli psichiatri, agli amministratori e al governo come mai queste buone pratiche si riscontrano in alcuni luoghi e non in altri, che pure appartengono allo stesso paese e magari alla stessa regione.

### 3. Il consenso verso la riforma

Questo esempio consente una ulteriore osservazione.

Quando è stata approvata, la riforma psichiatrica era sostanzialmente un patrimonio del movimento che l'aveva promossa. Ma le cose sono cambiate: nel 2001 un parlamentare che fa parte del partito del primo ministro ha presentato un disegno di legge nettamente orientato a ripristinare gli ospedali psichiatrici e il concetto di pericolosità del malato di mente. Le reazioni delle associazioni professionali (e tra queste della sezione italiana della World Psychiatric Association), della gran parte delle associazioni di familiari, delle associazioni utenti, del mondo associativo, di esperti e di opinion leaders, e anche di membri autorevoli dei partiti di governo sono state così negative che il disegno di legge, finora, non è andato in discussione in parlamento.

Questo non smentisce le osservazioni fatte prima sulle differenze nella applicazione della riforma, ma indica un dato importante, che il nuovo quadro di principi oggi è ampiamente accettato.

### 4. Riforme fatte e altre da fare

Un ultimo punto è necessario citare per comporre un quadro valutativo della riforma.

La legge che ha cambiato l'assetto dei principi in tema di salute mentale ha promosso nuove riforme legislative e nuove regolamentazioni che riguardano le persone con disturbi mentali. Tra le prime, la legge quadro sulla disabilità, la legge sulle "cooperative sociali", le disposizioni in materia di lavoro e di abitare

delle persone con disabilità. La più recente è la riforma degli articoli del codice civile che disciplinano l'incapacità, approvata nell'ottobre 2004 dai due rami del parlamento.

Molti altri problemi rimangono però da affrontare.

Il principale è rappresentato dalla persistenza di sei ospedali psichiatrici giudiziari, dove sono internate quasi mille persone, imputate o condannate, riconosciute malate di mente. Questi ospedali, che sono diretti da uno psichiatra e hanno anche infermieri psichiatrici tra il personale, sono inseriti nel sistema carcerario, mentre l'incapacità rimane definita da alcuni articoli del codice penale degli anni '30. Sedici sentenze della Corte Costituzionale hanno parzialmente corretto questi articoli, nelle parti più esplicitamente contraddittorie con i principi della riforma psichiatrica, ma una riforma sostanziale, che in questi anni di vita della riforma è stata più volte promossa, non è ad oggi nell'agenda del parlamento italiano.

Un commento finale.

Probabilmente questa presentazione non è riuscita a comunicare la complessità dei processi che la riforma psichiatrica ha messo in moto.

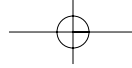
La scelta del parlamento italiano di rompere radicalmente con l'ideologia della pericolosità sociale del malato di mente ha provocato molte reazioni negative all'inizio, e più tardi la ricerca dei modi per far andare le cose come prima, a dispetto dei nuovi principi.

Ma la riforma ha anche aiutato il moltiplicarsi e diffondersi di pratiche nuove, che dimostrano che i diritti umani, la dignità e la cittadinanza delle persone con disturbi mentali possono essere prese sul serio da un sistema pubblico di salute.

Una mia amica, che dirige una associazione di utenti a Torino, usa dire "io sarò matta, ma di certo non sono matta quando dico che le cose in psichiatria possono cambiare. Io l'ho visto che è possibile".

[1] Versione italiana della relazione introduttiva *"The Italian Mental Health Law reform. Lessons learned"* presentata al Second International Training Forum on Mental Health, Human Rights and Legislation organizzato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità a Ginevra il 10-12 novembre 2003

## Note

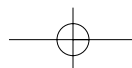


di **Claudia Battiston**

**Io l'una e lei l'altra**

**Anno 1992** *Due nomi uguali, due cognomi identici, due indirizzi simili, unico anno di nascita, unico mese, settembre, una classe dell'istituto superiore, la stessa per entrambe, due percorsi paralleli.  
Un foglio bianco con in mezzo una sola parola: perché?  
La definizione di psichiatria me l'ha fornita lei, semplicemente: la psichiatria si distingue dalla psicologia perché tratta i casi più gravi, i così detti 'matti'.  
Io ho scelto l'una e lei l'altra.*

**Anno 2003** Perché?  
Sai, avrei preferito non esserci al tuo funerale, avrei voluto non guardare il colore grigio della tua pelle, avrei dovuto non fissare le tue ossa sporgenti, ma era l'unico modo per credere che non saresti più stata con me. Era il 18 ottobre.  
Perché?  
Ho infilato i tuoi ultimi vestiti in una borsa di plastica, scegliendo la biancheria tra i cassetti dell'armadio divelto di camera tua, rovistando tra i mucchi di indumenti appoggiati sul letto, frugando tra le montagne di oggetti buttati sul pavimento. Era la prima volta che entravo in quella stanza.  
Perché?  
Imprigionata dentro il tuo corpo rigido, tu, gli occhi neri mi guardavano forse riconoscendomi, l'addome gonfio non ti doleva più mentre la dottoressa affondava le sue mani per verificare le tue viscere. Non pronunciavi più nessun suono. Mi dicevi sempre che avevi provato tutto nella vita tranne il manicomio e la prigione. Credo che tu sia stata la prigione di te stessa, in quegli ultimi giorni di ospedale.  
Perché?  
Nel reparto di medicina non sono più riuscita a venirti a trovare da sola, esigevo da me stessa di passare a farti visita sempre con un collega, con qualcuno che mi potesse dare un po' di conforto, qualcuno che



sapeva bene chi eri al di là del tuo referto medico.

Perché?

Cirrosi epatica da abuso alcolico...

Perché?

Ho pensato che forse era tutta colpa delle ostriche che ti piacevano tanto. Ho anche avuto paura che avessero colpa quelle uova fresche che ti avevo procurato qualche settimana prima. Non potevo credere al medico che mi aveva pronunciato questa diagnosi. Poco buon cibo inaffiato da tanto buon vino, così ripeteva.

Eppure dicevi che ti piaceva solo il thè alla pesca...

Perché?

Comunque era tutto scritto sulla carta di dimissione. Quella mattina sono passata a prenderti per portarti al controllo e quel pezzo di carta era appoggiato sulla tavola della cucina proprio lì al centro. Avevi indosso i vestiti di tua madre e le somigliavi in modo sconvolgente. Sulla strada per l'ospedale avevo velocemente slegato un lenzuolo aziendale dal sedile anteriore perché tu potessi vomitarci sopra il tuo sangue caldo. Per giorni mi sono portata addosso l'odore dolcemente acre del liquido rosso.

Perché?

Durante il precedente ricovero mi ripetevi che il tuo fegato stava bene, e per questo ti sentivi molto sollevata, c'era solo quel grosso calcolo che ti aveva procurato l'evidente colorito giallo, ti dicevo spesso che sembravi un canarino. Il tuo umore era decisamente buono, avevi già molte simpatie tra le infermiere, ti piaceva chiacchierare con la tua vicina di letto, tanto che eri piuttosto dispiaciuta quando l'avevano dimessa. Mi ripetevi che in fondo però quel periodo di ricovero lo consideravi come una vacanza.

Perché?

Ti ricordi cosa mi dicevi rispetto alle cose che ti mancavano da provare: con tuo fratello hai assaggiato pure il manicomio.

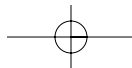
Perché?

Sabato 19 settembre una collega mi ha telefonato per avvisarmi che tua madre era morta in ospedale ed io ho pensato che avrei voluto esserci quando ti avrebbero informata. Così mi sono alzata dal letto, mi sono vestita in fretta ed ho raggiunto la mia collega, in macchina c'era anche tuo fratello. Era il giorno del suo compleanno.

Perché?

Avevo sinceramente paura della reazione di tuo fratello, pardon fratellastro, alla notizia. Certo tu lo avevi preparato a questa eventualità. Appena varcata la soglia della tua stanza di ospedale lui tra le lacrime ti





disse che vostra madre era morta, ma tu eri stata già avvisata. Della famiglia restavate solo voi due e tu lo avevi invitato a farsi coraggio.

Perché?

I vestiti per il funerale di tua madre li avevi preparati tu, avevi chiesto un permesso per uscire dall'ospedale, ci avevi lasciato tutti i documenti e tutti i soldi che eri riuscita a racimolare. Tuo fratello una collega ed io abbiamo scelto una cassa semplice, una camera ardente povera e niente fiori: non avevamo molti denari a disposizione. Ricordo però che mi avevi sempre detto che da brava 'formichina' mettevi da parte i risparmi...

Perché?

Al funerale di tua madre non hai voluto esserci: alla cerimonia eravamo presenti solo tuo fratello, una collega ed io. Tristemente in tre. Avrei dovuto capirlo che non ci saresti voluta venire. Per circa un mese e mezzo il Servizio ha accompagnato tuo fratello quasi quotidianamente a trovare tua madre e tu hai voluto venire con noi solo una volta, credo sia stata l'ultima volta che l'hai vista in vita. Nemmeno prima di morire ha voluto confidarti il nome di tuo padre.

Perché?

Avevo pianto con te nel corridoio del reparto, distanti dal suo letto, lontano dallo sguardo di tuo fratello. Tua madre pronunciava poche parole, ma erano tutte rivolte a lui: gli ricordava di stare in guardia, di non farsi abbindolare da te. Tu hai lasciato la tua casa e il tuo lavoro per accudirla, da quasi quattro anni convivevi nello stesso appartamento, eravate una famiglia che aveva provato a riunirsi.

Perché?

Eri disposta a tutto pur di riavere una madre. Per te era come una bambola rotta e tu avevi fatto il possibile per rimettere insieme i pezzi, ma per tua madre e tuo fratello eri semplicemente quella che si era messa in mezzo tra loro.

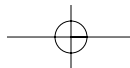
Avevi più volte cercato di liberare una stanza della casa dai bauli, volevi creare lo spazio per il letto di tuo fratello, non sopportavi di vederli dormire nella stessa camera. Inorridivi al pensiero che tra loro ci potesse essere un legame incestuoso ed io inorridivo con te.

Perché?

Ti avevo dato il mio numero di telefonino, per le urgenze. E l'urgenza era divenuta una quotidianità: tua madre all'ospedale e tu con il fiato di tuo fratello sul collo. Volevamo tenerlo ricoverato per un po', volevamo darti la possibilità di non preoccuparti di lui per qualche giorno. Non lo sopportavi più.

Perché?





Non siamo riusciti ad aiutarti.

Perché?

Ti chiudevi a chiave in camera da letto perché avevi paura, ti aveva già stretto le sue dita grasse al collo. Eri venuta da me con le tracce viola sulla pelle. Credevo di non poter fare molto. Ma volevo esserci nei momenti di tensione, esserti vicino per non farti sentire sola.

Perché?

Mi ripetevi spesso che di me tuo fratello aveva paura, non ho mai capito se per la mia voce acuta, per i rimproveri che gli rivolgevo quando non si voleva lavare, o se a causa delle minacce di ricovero nel caso non ti avesse "obbedito". Penso di aver letto nel suo sguardo l'impazienza e la volontà di farmi stare zitta.

Perché?

Eri già stata da un avvocato per verificare quali obblighi avevi su di lui, badare ad una madre malata era un dovere dal quale non volevi esimerti, ma convivere con un fratellastro matto lo consideravi un impegno vincolante. Volevi tornare presto ad avere una tua vita personale, perché quella diade stava togliendo tutto il tuo spazio.

Perché?

Per festeggiare il tuo compleanno mi hai chiesto di uscire insieme al ristorante, si sono uniti a noi altre due mie colleghe ed Andrea. Durante la serata i racconti delle tue incredibili avventure amorose e dei tuoi stravaganti viaggi avevano lasciato spazio agli scontri familiari e ai tuoi sfoghi. Delle foto scattate quella sera qualche copia l'ho tenuta, di una hai fatto l'ingrandimento e l'altra è appoggiata al cemento del tuo loculo.

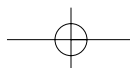
Perché?

Mi ripetevi spesso di aver trovato molta solidarietà all'interno del Servizio, in particolare con alcune persone sulle quali sapevi di poter contare. E non ti risparmiavi nei ringraziamenti e neppure nei regalini per tutti. "Il dono è una carezza al cuore". Pronunciavi sempre questa frase mentre mi trovavo a scartare una pallina per il mio cane o un paio di reggicalze rosso per l'ultimo dell'anno.

Perché?

Ti ho fatto conoscere Andrea proprio in occasione dell'ultimo dell'anno al Club Zyp, la tua mano gli ha volutamente tastato le parti intime perché, mi hai subito confessato, volevi controllare che la merce che mi ero scelta fosse di buona qualità. Tuo fratello non si risparmiava di ondeggiare il suo enorme corpo nelle danze più sfrenate. Tu invece assorbivi la sofferenza delle vite altrui e per questo non sei voluta rimanere fino allo scoccare della mezzanotte.

Perché?



Una cenerentola che doveva rientrare per non veder tramutare la carrozza in zucca e i cavalli in topi. Sai, certi episodi della tua vita mi sono sempre parsi estremamente fantastici. Da piccola eri stata abbandonata da tua madre davanti alla porta d'ingresso di un convento di clausura. Quel luogo è stato tutto il tuo mondo per oltre diciotto anni. Tra quelle mura avevi avuto ottanta madri ed un'educazione tanto rigorosa quanto eccellente.

Perché?

Ti vantavi spesso di avere una dote straordinaria, ovvero di saper leggere l'animo delle persone, la loro vera identità già al primo sguardo. I lunghi anni di clausura ti avevano allenato. Così una volta uscita da quella prigione ecclesiastica ti sei avvicinata alla parapsicologia ed alla lettura della mano. Beh! Non ho potuto resistere, e così una mattina di un anno e mezzo fa ho appoggiato il mio dorso sul tavolino del bar accanto alla tazzina di caffè e al bicchiere di the freddo. E tu hai iniziato a raccontarmi la mia storia. Chissà forse proprio in quel momento le nostre storie si sono da prima sfiorate e poi intrecciate. Da prima io ero dentro la tua vita, la tua famiglia, la vostra complessità. Poi tu eri dentro alla mia vita, nel mio presente. Chissà forse invece è proprio quando mi hai confessato che per te ero come una figlia mancata mentre io sentivo che tu per me eri come una zia stravagante e premurosa che ho sentito il legame che ci univa, l'affetto che provavo.

Perché?

Perché la prima volta che ti sei rivolta al Servizio per ricevere aiuto qualcuno ti aveva accusato di essere alterata dall'alcol, invece io ti avevo considerata semplicemente turbata dalla situazione che stavi vivendo e scoprendo poco a poco. Una donna di circa sessant'anni, biondissima, vestita con i pantaloni, che indossava un paio di occhiali rosa a forma di cuore, questo è quello che ho osservato la prima volta che ci siamo incontrate. Non ti ho giudicata. Non ti ho scrutato con occhi da operatrice, ma se l'avessi fatto adesso saresti ancora qui, credo.

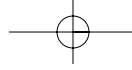
Perché?

Tuo fratello voleva che il tuo funerale fosse identico a quello di tua madre, così io ed il mio collega abbiamo dovuto scegliere una cassa semplice, una camera ardente povera e niente fiori.

Tu avresti voluto una cassa di legno con rifiniture in oro, una camera ardente dal profumo speziato, un tappeto di petali fucsia.

Io ne sono convinta.

Perché?



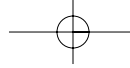
## Una nuova cultura operativa

di Roberto Mezzina

Una nuova cultura operativa deve valorizzare ogni singolo operatore come un'unità-servizio:

- capace di interpretare il suo ruolo al di fuori delle rassicurazioni delle routines istituzionali e dei muri delle "strutture" - che talvolta portano a riprodurre gesti regressivi ed esercizi di potere apodittico (neo-istituzionalità).
- dotato di una soggettività consapevole delle relazioni e del sistema di servizi in cui è inserito (il circuito, le strategie, ecc.), capace di rendere accessibili, al singolo utente ed alla situazione problematica, delle opportunità di salute/di salute mentale; non come "prestazioni" ma attraverso
  - la relazionalità,
  - la comprensione,
  - l'azione pratica di trasformazione.

Per andare insomma verso quel "rapporto uomo a uomo", nel fuori, che Basaglia indicava come limite *utopico cui tendere*.



di Paolo Da Col

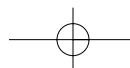
## La pratica ed il concetto della “presa in carico” tra professionalità individuale, organizzazione di servizi e contesti

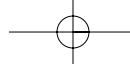
### La “Presa in carico”

- prendersi cura di situazioni “complesse”
- “qualcuno che si prenda cura di me”
- vedere e ascoltare
- capire “tutto”
- lavorare in equipe
- visibile per la persona e gli operatori il livello di responsabilità attuale (chi fa cosa)
- dare “cuore e anima” agli interventi

### Cambiamenti per la presa in carico

	DA	➔	A
CULTURALI	Frammentazione Operatore Prestazioni Lavoro riparativo		Globalità Servizio Processi assistenziali Lavoro per progetti
ORGANIZZATIVI	Operatore Singolo servizio del / nel ??? Frammentazione responsabilità Non conoscenza dei costi delle decisioni Non conoscenza dei risultati		Gruppo di lavoro – TEAM - Sistema di servizi NEL DISTRETTO Governo delle risorse Valutazione dei costi delle decisioni Documentazione dei risultati, verifica e valutazione





PROFESSIONALI  
Lavoro libero professionale  
Visione settoriale  
Difesa di singoli profili  
Rigidità organizzativa

Logica di servizio – stile lavoro  
Responsabilizzazione di servizio  
Flessibilità delle risorse umane  
Funzioni professionali integrate

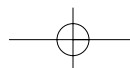
LE COSE PIÙ SERIE PERCHÉ PIÙ VERE: UNA STORIA DI VITA

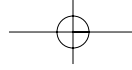
**Fatti non teorie**

Mi chiamo Grazia; ho 84 anni; sono vedova; soffro di cuore e artrosi; 4 ricoveri in H in 1 anno e molte visite mediche; prendo 8 medicine/die; ho pensione di 700 euro/mese e piccolo app. di proprietà in 4° p.; mio figlio (61 a) viene 1 x /settimana; mia sorella di 82 anni è in cdr; faccio fatica a lavarmi, mangiare, cucinare, pulire, muovermi in casa, anche per andare in bagno. Chi mi può aiutare? Chi mi può seguire?



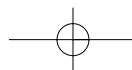
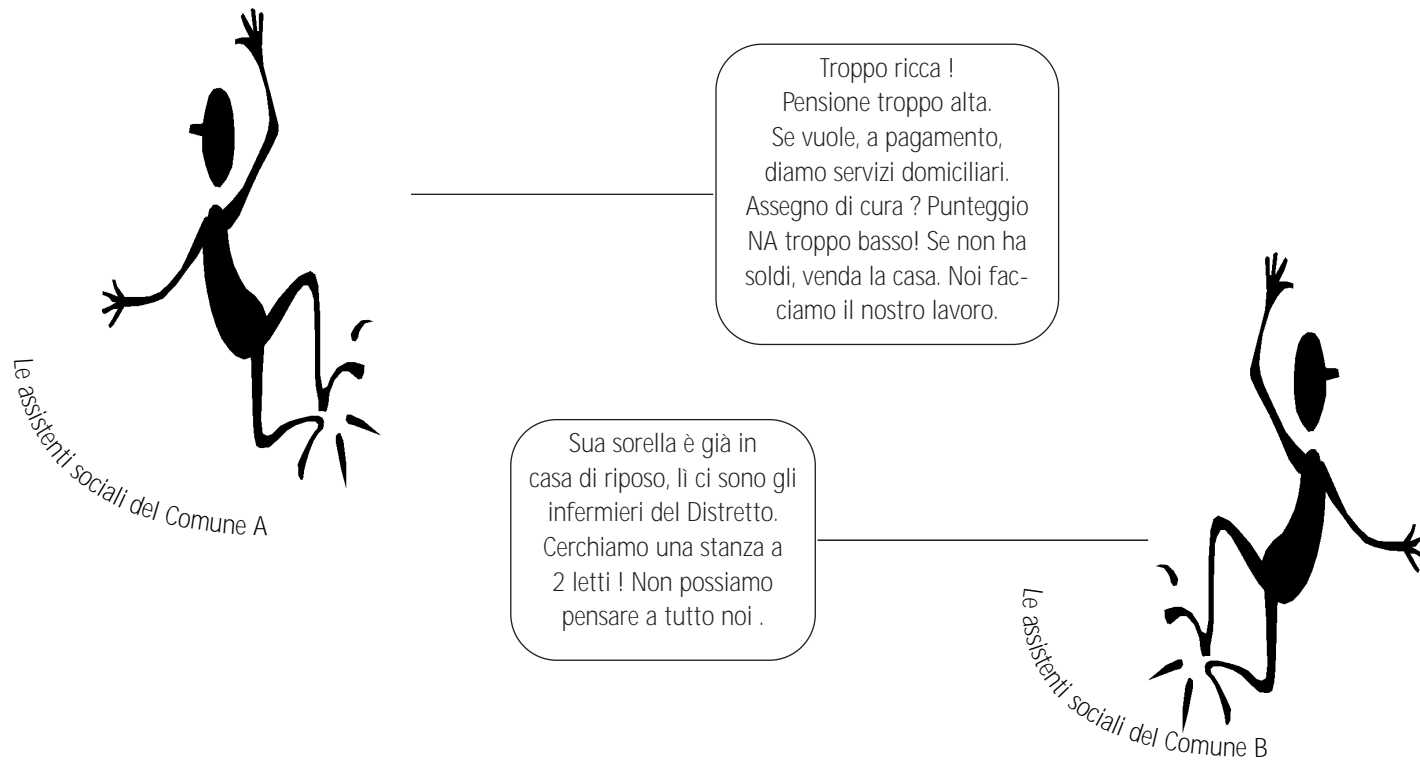
Mi pare di essere come tanti anni fa, quando dovevo partire per andare a trovare una parente con un lungo viaggio. Non sapevo come fare: alla fine ho cercato una persona che mi aiutasse. Era gentile: mi ha ACCOMPAGNATO in macchina, pensava lei ai bagagli, alle soste, faceva tutto lei. A un certo punto non mi sono preoccupata più. Certo, mi era costata parecchio, ma che comodo! Altrimenti non ce l'avrei fatta! Chi potrà adesso farmi da ACCOMPAGNATORE?

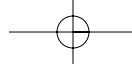




UNA STORIA VERA, CON MOLTE DOMANDE, MOLTE RISPOSTE.

Le risposte sono in mano a molti "attori" bisogna tenere conto di tutti: persona, famiglia, assistente sociale, MMG, ospedale, distretto; oggi interviene uno, domani l'altro, qualche volta tutti insieme ... bisognerebbe avere una visione globale, unitaria, tenere conto dei BISOGNI, delle RISORSE, dei DIRITTI ci deve essere "un regista" di tutto.

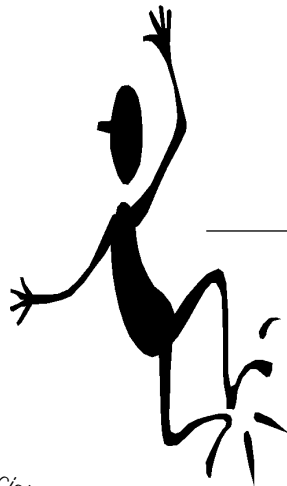




Facciamo uno sforzo economico comune (pensione +.....) e con un'assistenza domiciliare di (con Adest nostre e badante) lei rimane a casa sua. Il Distretto penserà alle infermiere, non si preoccupi.

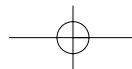


*Le assistenti sociali del Comune C*



*Le assistenti sociali del Comune D*

Noi possiamo intervenire con interventi sociosanitari: pasti a domicilio giornalieri ed un supporto con le assistenti domiciliari per aiutarla nell'igiene personale e della casa, aiuto per la spesa e per le ricette dal medico. Se desidera, il centro diurno per anziani del comune almeno 2 gg/sett.







Sempre vecchi !  
Basta casi sociali!  
È il 4° ricovero inutile;  
dimetterla subito; l'obiettivo dell'azienda è accorciare la durata delle degenze!  
Si rimandi al MMG e al distretto !

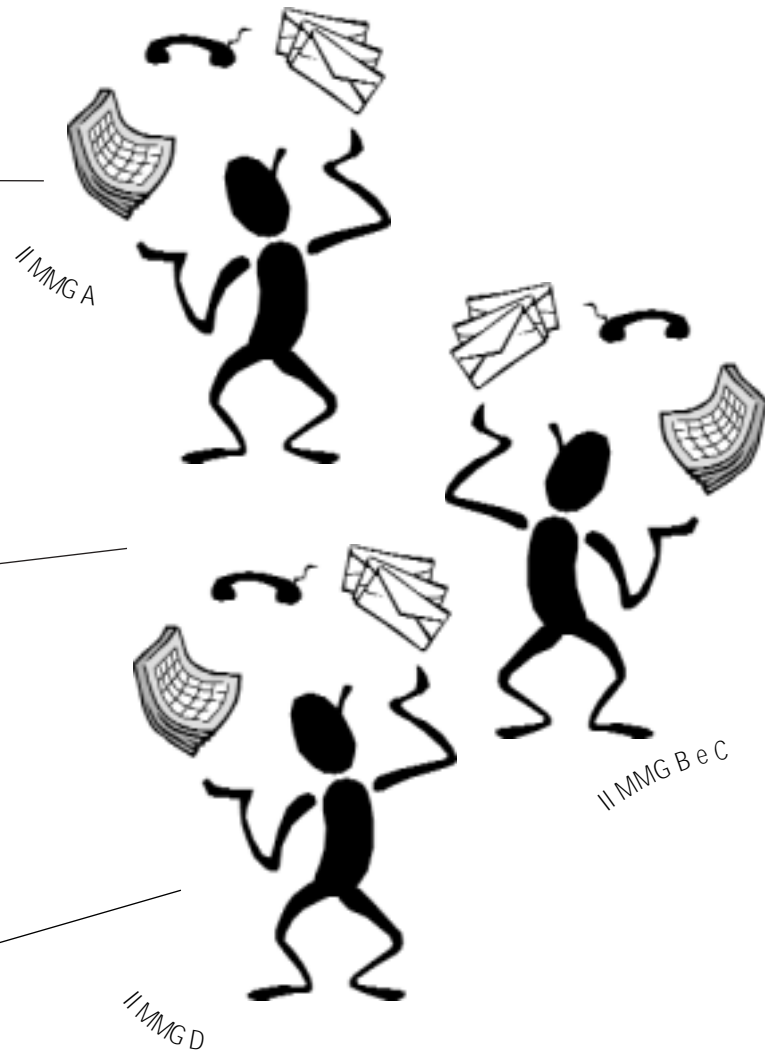
Ospedale B:  
Basta vecchi, basta ricoveri impropri!  
Se dico che è in dimissione,  
è in dimissione!  
Ospedale C:  
caro Distretto, caro MMG, la signora è gestibile a casa; eventuali scompensi vanno affrontati nel seguente modo... possiamo tenerci in contatto per qualsiasi evenienza...

Visita fisiatrica e cardiologica con corsia preferenziale; essendo paziente in ADI idem per altre visite specialistiche richieste dal MMG e continuità assistenziale con il distretto, tramite dimissione protetta in caso di ricovero.

Più di così ! Non posso fare molto. Verrò a casa quando posso; le prescriverò un'altra medicina e farò venire a casa lo specialista... Però anche io ho un budget! E SONO SOLO

MMG B): Bé, una visita programmata a 40 mila me la potrei anche fare ogni tanto, magari mi organizzo per fare un giro unico con altre cose...  
MMG C): Come ho detto in UVD, si tratta di un caso tutto sommato gestibile a casa (...forse dovrei prescrivere meno farmaci...)

Mi impegno a prenderla in carico io; a seguirla a domicilio con visite domiciliari ogni quindici giorni per controllare le condizioni generali e prevenire il verificarsi di scompenso cardiaco con successivo ricovero ospedaliero.



lo sto peggio di lei !  
Mia moglie è malata.  
Ma cosa fa il Comune?  
Mi spetta AVERE TUTTO, no?  
Cosa ? Devo anche pagare io  
per lei? Non dimettetela!

*Il figlio A in ospedale*

Però, visto lo sforzo che fanno al  
Distretto (Sociale compreso) potremmo  
anche noi farci vedere un po' di più...  
magari la domenica... cercare di capire  
di cosa ha bisogno

*Il figlio B*



*Il figlio C*

Posso essere presente solo una volta la settimana perché lavoro e sono molto impegnato ma le telefono tutti i giorni e mia moglie si può occupare della spesa e di qualche lavoro in casa e portarla a casa nostra più spesso.  
Per fortuna c'è questa nuova legge sul sociosanitario !



Al distretto A

Su, su coraggio, che ora cerchiamo di aiutarla: uno di noi la seguirà per tutto. Una buona UVD, un po' di ADI, arriva il SAD, un po' di MMG, un aiuto dai parenti o dai vicini, magari dal volontariato... poi... poi...

Al distretto B

Con il "Sociale" che copre il fabbisogno tutelare, al resto (sanitario) pensiamo noi: infermiere al bisogno, fisioterapista e cardiologo al bisogno, eventuali ausili disponibili all'istante!!! Naturalmente su segnalazione del MMG! E d'intesa con i familiari! E, se necessario, lo specialista a domicilio!

Al distretto C

Considerato che vive sola, telesoccorso. Inoltre il nostro servizio infermieristico (+ MMG) a domicilio per controlli ematologici e dei parametri vitali settimanalmente. Per l'artrosi intervento del fisioterapista 1 x /sett su indicazione del fisiatra. Potrebbe inoltre fare delle attività motorie organizzate all'interno del centro diurno. Il cardiologo: a domicilio.

Ho 85 anni; vedova; soffro di cuore e artrosi; 3 ricoveri in H in 1 anno; prendo 6 medicine/die; ho pensione di 700 euro al mese e piccolo appartamento di proprietà in 3° piano; il figlio viene 1x/settimana; la sorella di 85 anni è in cdr; faccio fatica a lavarmi, mangiare, cucinare, pulire, muovermi in casa, anche per andare in bagno. Non ho scampo: la casa di riposo!



Caso sociale! Non per noi!  
3° ricovero inutile; dimessa, anche perchè noi dobbiamo fare degenze brevi! Si rimandi al MMG e al distretto!

In ospedale

Io non riesco a starle dietro!  
Ho famiglia!  
Cosa fa il Comune?  
Mi spetta no? Cosa?  
Devo anche pagare?



Il figlio

Non posso fare molto; verrò a casa quando posso; più di così!  
Intanto le prescrivo un'altra medicina e la invio dallo specialista... Anche se adesso cominciano a dirmi di stare attento al budget!



Il MMG

Troppo ricca! Pensione troppo alta. Se vuole servizi in casa, solo a pagamento, con il nostro global service. Se non ha soldi per la casa di riposo, venda la casa. L'assegno di cura? Non possibile; BINA=350

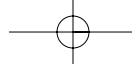


Le assistenti sociali della UOT

Su, su coraggio, che ora cerchiamo di aiutarla. Un po' di ADI, un po' di MMG, un pizzico di volontariato... E poi: Amalia, agenda farmaci... 30 giorni in RSA?



Al distretto



- come passare da interventi frammentati ad un approccio globale unitario coordinato?
- realizzare integrazione e continuità di cura?
- a Grazia servono tante prestazioni oppure un percorso unico?
- o una "presa in carico" con un responsabile del caso?

#### CASO DESCRITTO

Mi chiamo Grazia; ho 84 anni; sono vedova; soffro di cuore e artrosi; 4 ricoveri in H in 1 anno e molte visite mediche; prendo 8 medicine/die; ho pensione di 700 euro/mese e piccolo app. di proprietà in 4°p.; mio figlio (61 a) viene 1 x /settimana; mia sorella di 82 anni è in cdr; faccio fatica a lavarmi, mangiare, cucinare, pulire, muovermi in casa, anche per andare in bagno. Chi mi può aiutare ? Chi mi può seguire?

LA TENDENZA POTREBBE ESSERE A DARE RISPOSTE PER "COMPETENZE"

Risposte singole sarebbero "corrette" individualmente, ma poco efficaci globalmente.

Chi fa il "regista" ?

Chi fa da "accompagnatore"?

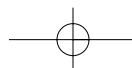
UN APPROCCIO "TRADIZIONALE" ESITA NEL PALESARE... LE SOLIDE BASI ALTRUISTICHE DEL NOSTRO LAVORO

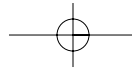
È sicuro: l'insuccesso non è colpa nostra, ma degli altri; "quelle cose" spettano agli altri (per competenza professionale e finanziaria)



**Una storia vera, molte domande,  
molte risposte**

**Approccio "tradizionale"**





**Approccio “nuovo”** SOLUZIONE ASSISTENZIALE PIU' PROBABILE:

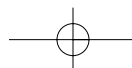
NON LA SCELTA DELLA CURA MA...  
LA CURA DELLA SCELTA !  
NON LA LIBERTA' DI SCELTA,  
MA LA SCELTA DELLA LIBERTÀ: la casa di riposo è “dietro l'angolo...”

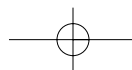
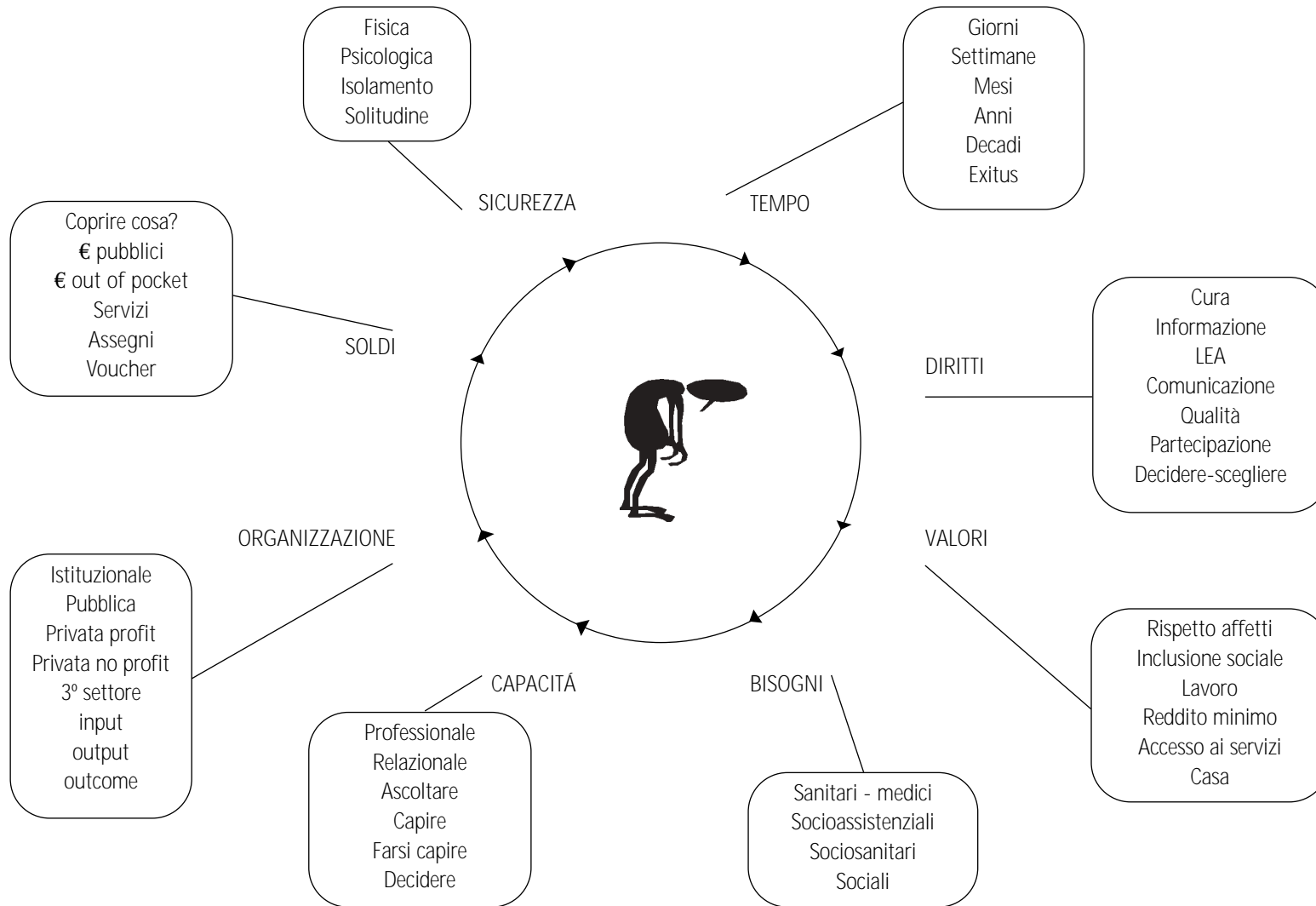
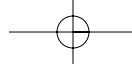
**Una corretta presa in carico**

- si depotenzia ciò che è solo medico
- si cerca di comprendere nel suo insieme la situazione ed i problemi della persona
- si decide che un operatore è responsabile del caso e degli interventi
- si cerca una stretta alleanza con “altri”

**Quali le parole chiave  
per la signora Grazia?**

- TEMPO
- VALORI
- BISOGNI - DIRITTI
- CAPACITÀ - ABILITÀ
- ORGANIZZAZIONE
- RISORSE
- ISOLAMENTO SOLITUDINE
- (SENSO DI) SICUREZZA







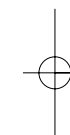
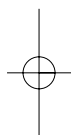
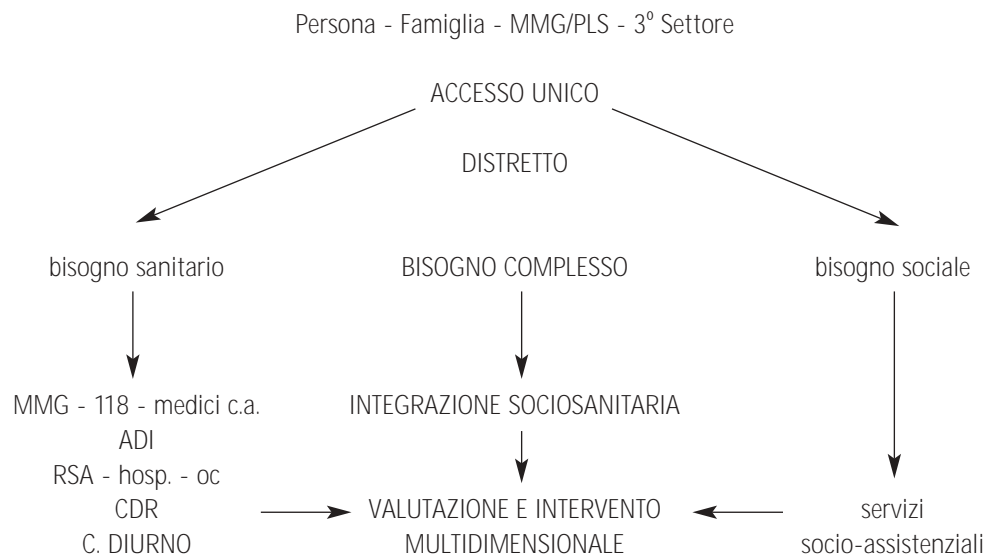
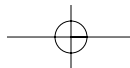
### Il nuovo distretto: lo strumento forte del cambiamento

RUOLO DI CONNESSIONE



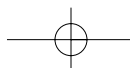
IL "NUOVO" DISTRETTO

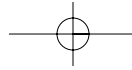




Il Distretto è la struttura operativa che ha il mandato di assicurare la presa in carico per la continuità terapeutica, nell'ambito intrasanitario, sociosanitario e – globalmente – intersettoriale. Là dove vivono le persone.

**Presa in carico... Integrazione... Continuità**



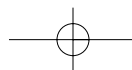


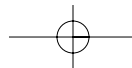
**Per il cittadino, un unico risultato atteso...**

ESSERE ACCOMPAGNATI  
DA RISPOSTE PRONTE (TEMPESTIVE)  
UNITARIE E GLOBALI  
AL SUO BISOGNO  
DI BENESSERE E SICUREZZA



SALVE! Sono sempre Grazia; mi sono trasferita a Magiclandia; qui i distretti funzionano a meraviglia: mi hanno accolto benissimo e si sono SUBITO veramente presi cura di me; vengono in tanti, là c'è Peppe che comanda tutto; non mi sento mai sola; non ho più paura; ogni giorno ricevo a casa cure e rassicurazione; mi curano bene il cuore e l'artrosi; non ho più ricoveri in H da 1 anno; prendo solo 3 medicine/die; a fine mese mi restano sempre un po' di soldi della pensione; mio figlio si sente tranquillo e mi tratta bene, lo vedo quasi tutti i giorni; mia sorella sta qui vicino a me, in casa; mi aiutano a lavarmi, mangiare, cucinare, pulire, muovermi in casa, anche per andare in bagno. Alla casa di riposo non ci penso più. Mi è tornata un po' di voglia di vivere.



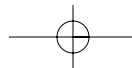


## I dipartimento di Salute mentale di Trieste

Istituito nel 1981, il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste è stato progressivamente definito nei suoi compiti e nelle sue funzioni, fino a giungere all'attuale regolamento, deliberato il 29 dicembre 1995 dal Direttore generale dell'Azienda Sanitaria.

Riportiamo qui di seguito i tre commi dell'Art.1 in cui vengono esposti con chiarezza finalità e obiettivi del DSM:

- il Dipartimento per la tutela della salute mentale è, ai sensi dell'Art. 23 della legge regionale 30/08/1994 n. 12, la struttura operativa dell'Azienda per i servizi sanitari finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria e all'organizzazione degli interventi rivolti alla tutela della salute mentale dei cittadini;
- è compito del Dipartimento operare per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione, esclusione nei confronti delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale, e partecipare a promuoverne attivamente i pieni e completi diritti di cittadinanza;
- il Dipartimento garantisce che i servizi e i presidi per la salute mentale operanti nell'Azienda sanitaria costituiscano un complesso organizzativo unico e coerente, avendo attenzione di evitare qualsiasi frammentarietà e carenza di azioni, assicurando lo stretto coordinamento tra i servizi stessi e gli altri servizi dell'Azienda sanitaria, con particolare riguardo ai servizi distrettuali e al raccordo con la comunità e le sue istituzioni.



### **La direzione**

I compiti della direzione del DSM, anch'essi definiti nel regolamento del '95, sono di indirizzo, programmazione, gestione e verifica dei servizi e degli interventi.

Presso la direzione del DSM sono attivi i seguenti organi di staff:

- ufficio di gestione, coordinamento e valorizzazione del personale, che negozia con i responsabili delle Unità Operative le assegnazioni, la composizione delle équipes e le allocazioni delle risorse umane;
- ufficio di contabilità analitica e per centri di costo, che dispone di un sistema di rilevazione ben strutturato: i centri di allocazione delle risorse sono rappresentati dalle diverse UO, dalle loro articolazioni e dalla direzione;
- ufficio per il sistema informativo, che raccoglie, elabora ed archivia i dati di struttura, processo ed esito degli interventi, contribuisce alle attività di programmazione;
- ufficio di segreteria, che gestisce i rapporti con l'amministrazione, risponde e collabora con le strutture operative dell'ASS.

Negli ultimi anni è stato inoltre istituito l'ufficio per l'aggiornamento e la formazione del personale, al fine di soddisfare i bisogni formativi di tutte le figure professionali. Poiché è elevata la domanda di formazione che proviene da altri DSM italiani, oltre che dall'area della cooperazione internazionale, questo ufficio è operante anche verso "clienti" esterni.

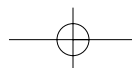
### **La struttura organizzativa**

Il DSM di Trieste è costituito dalle seguenti Unità Operative:

- 4 Centri di Salute Mentale (CSM) attivi sulle 24 ore per 7 giorni, ciascuno dei quali serve una popolazione di circa 60.000 abitanti ed è dotato di 8 posti letto; inoltre un CSM sperimentale, con la disponibilità di 4 posti letto, istituito nel 1999 e gestito dalla Clinica Psichiatrica per la circoscrizione di San Giovanni (12.000 abitanti).

Punto di accesso al sistema di salute mentale, fulcro del coordinamento delle attività e della programmazione degli interventi, queste Unità Operative rappresentano il naturale sviluppo dei 5 gruppi di lavoro costituiti già agli inizi degli anni '70, diventati 7 nella fase di superamento dell'ospedale psichiatrico e nei primi progetti di assistenza decentrata e territoriale. Progressivi aggiustamenti, in rapporto sia ad una generale crescita qualitativa della domanda che alla diminuzione della popolazione, hanno portato all'attuale definizione di 4 Aree Territoriali, coincidenti con i 4 Distretti;

- il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) con 8 posti letto, situato presso l'Ospedale maggiore, dove lavora a stretto contatto con il pronto soccorso per ricevere e filtrare la domanda di emergenza



- e di urgenza, e indirizzarla ai CSM di competenza;
- il Servizio Abilitazione e Residenze, situato nel Comprensorio di San Giovanni, che - nel raccordo operativo con i CSM - svolge funzioni di monitoraggio e coordinamento di attività riabilitative residenziali (gestite direttamente o in collaborazione con cooperative di tipo A), attività di centro diurno (in collaborazione con agenzie formative), programmi di formazione e inserimento al lavoro (in collaborazione con cooperative di tipo B);
  - la Clinica Psichiatrica Universitaria, situata nel Comprensorio di San Giovanni, che in quanto sede della scuola di specializzazione in psichiatria svolge attività didattica e di ricerca, oltre che di cura e assistenza. Dispone complessivamente di 16 posti letto, 4 dei quali utilizzati nell'ambito dell'intervento territoriale (vedi sopra, CSM di San Giovanni).

Le risorse umane disponibili presso le Unità Operative (febbraio 2004) sono costituite da 242 unità, così distribuite fra i diversi ruoli professionali: 28 psichiatri e psichiatre, 7 psicologi e psicologhe, 153 infermieri e infermiere, 8 assistenti sociali, 14 operatrici tecniche di assistenza (ota), 8 tecnici della riabilitazione, nonché dal personale amministrativo ed ausiliario (circa 21 unità). A queste risorse vanno aggiunti circa 20 soci/e di cooperative sociali, educatori ed educatrici che gestiscono alcune residenze e i programmi riabilitativi ad esse collegati. Infine tirocinanti e volontari/e, spesso provenienti da altre città, regioni e paesi del mondo.

Per quanto riguarda le risorse organizzative, il DSM si avvale di servizi di base esternalizzati (lavanderia, mensa, pulizie, manutenzione del verde, trasporti), forniti da cooperative sociali accreditate (di tipo B). Ogni CSM dispone di un servizio mensa per l'utenza, al proprio interno o presso trattorie convenzionate, e mediante di 4 autovetture (25 in tutto nel DSM), necessarie a svolgere interventi d'urgenza, visite domiciliari, attività ricreative, interventi di accompagnamento dell'utenza.

Nella valutazione delle risorse economiche, di cui dispone il DSM, occorre menzionare il fatto che nel 2003 le attività e gli interventi sono costati complessivamente circa 15 milioni di euro (29 miliardi di lire). Di questi, mezzo milione di euro è stato speso in attività extra - cliniche: erogazione di borse di lavoro, assegni d'integrazione sociale, attività ricreative, attività formative, sostegno a cooperative sociali ed associazioni di autoaiuto.

#### **Risorse umane, organizzative ed economiche**

### **Come accedere ai servizi di salute mentale**

Per accedere ai servizi di salute mentale di Trieste non sono necessarie particolari procedure: la richiesta può essere posta direttamente dalla persona interessata e/o da terzi coinvolti (congiunti e familiari, parenti, amici, vicini di casa, persone a vario titolo coinvolte) al Centro di Salute Mentale competente territorialmente.

L'intervento si svolge nel rispetto dei diritti di riservatezza e privacy dell'utente primario; quando sono altri a formulare la richiesta, ogni tentativo viene intrapreso affinché sia la persona che manifesta il disagio o il problema ad esprimere la domanda di aiuto al servizio. In questo senso è importante che anche i familiari vengano indirizzati, tramite il medico curante, verso i più opportuni sforzi per coinvolgere l'utente primario nel dare il proprio consenso e la propria adesione, in modo da non compromettere la relazione di fiducia che occorre instaurare fin dal primo incontro.

Le modalità di contatto sono le seguenti:

- accesso diretto in orario di apertura, per richiedere l'appuntamento e/o la consulenza;
- richiesta telefonica di colloquio e/o consulenza;
- richiesta di intervento tramite il medico curante.

Il primo contatto può avvenire anche in sedi diverse da quella del CSM: presso il Distretto, a domicilio, o presso altre agenzie, istituzioni o strutture sociosanitarie. L'arrivo al CSM tramite il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura riguarda esclusivamente persone la cui domanda - generalmente d'urgenza o d'emergenza - sia pervenuta alle strutture di pronto soccorso dell'ospedale.

Non ci sono liste d'attesa e il primo colloquio avviene di solito entro le 24 ore successive alla richiesta. La domanda è accolta dal personale in servizio e la prima valutazione, dopo il colloquio iniziale, è svolta dallo/dalla psichiatra o psicologo/a, in collaborazione con altri membri dell'équipe (infermieri/e, assistenti sociali).

Nel corso del primo contatto si prendono in considerazione gli aspetti problematici per come vengono presentati, si valuta l'opportunità e la consistenza del progetto di presa in carico, vengono specificate le eventuali modalità di prosecuzione del rapporto. La risposta e il programma terapeutico sono in genere commisurati ai problemi e ai particolari bisogni dei soggetti coinvolti: in questo senso la scelta del servizio è di offrire il più possibile interventi personalizzati, non standardizzati. Per accedere al primo colloquio non è attualmente necessario pagare il ticket sulle prestazioni sanitarie.

Il regolamento del DSM, approvato nel dicembre 1995, ha inteso ribadire la questione dei diritti delle persone che ricorrono ai servizi di salute mentale proponendo all'art.16 una "Carta dei diritti degli utenti" che qui riportiamo. Non sembri una inutile ripetizione, una lista ridondante di diritti già sanciti dalla costituzione, dato che sono scarsamente godibili nella realtà per le persone che soffrono di disturbi mentali. Proprio nel sottolineare la "debolezza dei diritti", la Carta vincola e impegna i servizi - e cioè tutti gli operatori del DSM - a costruire percorsi di garanzia del loro costante, quotidiano esercizio.

"... in particolare deve essere garantito l'accesso ai seguenti diritti:

- diritto di libera espressione, in ogni sede, in ogni ambito
- diritto al rispetto delle proprie convinzioni morali, religiose, politiche
- diritto al rispetto delle proprie scelte sessuali
- diritto di comunicare con chiunque, in qualunque momento
- diritto di vedere riconosciute, ricercate e rafforzate le proprie abilità, e non semplicemente evidenziate le difficoltà e le disabilità
- diritto di essere informati su qualsiasi trattamento, e coinvolti nelle decisioni che possono essere legate alla propria salute e alla propria vita
- diritto a non subire azioni lesive della propria integrità fisica e della propria dignità (in particolare qualsiasi mezzo di contenzione fisica)
- diritto di vedere soddisfatti i bisogni elementari e di essere sostenuti nella ricerca di risposte a bisogni di emancipazione
- diritto di scelta dell'équipe curante e, nell'ambito di questa, delle singole figure professionali
- diritto di associarsi
- diritto di decidere che ogni atto di cura/manipolazione del corpo sia fatto da operatori/operatrici dello stesso sesso".

#### I CENTRI di Salute Mentale

L'attività del Centro di Salute Mentale (CSM) è rivolta ad accogliere la domanda di cura delle persone adulte del territorio. I programmi e gli interventi non sono indirizzati, come a torto si pensa, solo alla popolazione che presenta problemi e disturbi mentali gravi, ma a tutti coloro che in cicli e fasi della loro vita sperimentano stati più o meno prolungati di angoscia e di tristezza, di paura e di ansia, spesso in coincidenza con particolari eventi (ad es., mancanza di lavoro o perdita di ruoli produttivi, solitudine e/o

#### **I diritti delle persone che ricorrono ai servizi di salute mentale**

#### **Le Unità Operative**



isolamento sociale, gravi conflitti familiari, lutti e separazioni, etc.). In molti di questi casi il rapporto con il CSM può risolversi in una sola consultazione o in un numero limitato di incontri; altre volte, con modalità diverse, dura per periodi lunghi e molto lunghi.

#### ATTIVITA', INTERVENTI, PRESTAZIONI

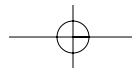
I CSM si caratterizzano come luogo d'incontro e di scambio, offrendo prestazioni, interventi e programmi sia per gli utenti che per i familiari. Sono attivi sulle 24 ore, con 8 posti letto per l'ospitalità diurna e notturna; svolgono attività di emergenza e urgenza, ambulatoriali, di day hospital e di centro diurno, accogliendo domande molto diversificate. Gestiscono inoltre gruppi - appartamento, comunità terapeutiche di transizione e gruppi di convivenza.

Lo stile di lavoro privilegia la continuità dell'intervento terapeutico - riabilitativo, specie per le persone che soffrono di disturbi mentali gravi. Tale criterio prevede di sostenere la persona nell'esercizio di fondamentali diritti e nell'accesso a opportunità sociali (casa, istruzione, formazione al lavoro, gestione della salute, attività del tempo libero), accompagnandola nei suoi percorsi abilitativi e orientandola nel rapporto con altri servizi e istituzioni. Per le stesse ragioni il servizio è organizzato per intervenire nei diversi luoghi in cui l'utente si trova: non solo la sua abitazione, ma anche l'ospedale, il pensionato per anziani, fino eventualmente al carcere e all'ospedale psichiatrico giudiziario.

Descriviamo qui di seguito, molto in sintesi, le principali attività, interventi e prestazioni dei CSM; nel capitolo successivo saranno invece presentati i programmi attualmente in corso nel DSM di Trieste, nei quali tutte le Unità Operative sono variamente coinvolte.

Ospitalità Notturna - Per periodi di tempo variabili (da una notte a più settimane, mediamente per 6 - 7 giorni) il Centro può offrire ospitalità notturna. In ogni struttura sono disponibili 8 posti letto, utilizzati come uno degli strumenti di risposta alla crisi, per periodi in cui vi è maggiore necessità di protezione da particolari rischi, o per offrire possibilità di distanziamento sia al paziente che alla sua famiglia. A Trieste anche il ricovero ai fini del Trattamento Sanitario Obbligatorio si realizza di norma nel CSM, in alternativa alla degenza ospedaliera presso il Diagnosi e Cura.

Ospitalità Diurna/Day Hospital - L'ospitalità per alcune ore, o per l'intera giornata, viene proposta per offrire una condizione di temporanea protezione o tutela, specie negli stati di crisi o di tensione, per favorire il distanziamento dal proprio gruppo di convivenza e alleggerire il carico della famiglia. L'ospitalità è inoltre indispensabile per seguire terapie farmacologiche e per il sostegno psicoterapeutico,



per stimolare la partecipazione ad attività individuali e di gruppo, a programmi di orientamento, a percorsi di informazione e formazione.

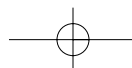
Visita ambulatoriale - Corrisponde alla prima visita (anche come semplice consultazione) o a visite successive, di verifica dell'andamento del programma terapeutico. Durante la visita ambulatoriale si scambiano notizie e pareri con la persona e/o con i suoi familiari, si effettuano verifiche sul trattamento farmacologico, si danno consigli o si interviene in situazioni di crisi. È in questa sede che si preparano certificati medici e relazioni sanitarie specialistiche.

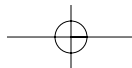
Visita domiciliare - Programmata o svolta d'urgenza, la visita domiciliare consente la conoscenza delle condizioni di vita della persona e della sua famiglia. In certi casi serve a mediare i conflitti nelle relazioni di vicinato, specie nell'intervento in situazioni di crisi. Per le persone che hanno difficoltà a recarsi al servizio, viene utilizzata per somministrare la terapia farmacologica e portare sostegno, o accompagnare a/da casa, in ospedale, negli uffici pubblici, a corsi di formazione e al lavoro.

Lavoro terapeutico individuale - Incontri programmati, orientati all'ascolto e all'approfondimento dei problemi e delle condizioni di vita della persona. La dimensione del colloquio facilita il confronto nell'acquisizione di nuovi punti di vista, consente forme di apprendimento e di rassicurazione, stimola maggiore consapevolezza, aiuta a intravedere vie d'uscita e a costruire nuovi equilibri.

Lavoro terapeutico con la famiglia - Incontri programmati con i membri della famiglia per verificare e discutere le dinamiche e i conflitti, allo scopo di favorire una maggiore conoscenza e partecipazione ai problemi, stimolare possibili cambiamenti, costruire alleanze e adesione consapevole al programma terapeutico.

Attività in/di gruppo - Incontri programmati, in cui il confronto e lo scambio di informazioni su problemi comuni rafforza la capacità di conoscersi reciprocamente, organizzarsi e organizzare la partecipazione e il tempo libero, costruire e ampliare la rete sociale. Il lavoro di gruppo - tra operatori e utenti, spesso con la partecipazione di volontari - ha soprattutto lo scopo di attivare una rete sociale al di là della famiglia, in cui possono essere coinvolte figure significative (amici, colleghi di lavoro, vicini di casa), o altre figure che svolgono un ruolo importante nel processo terapeutico e di reintegrazione sociale.





Incontri di gruppo vengono proposti anche ai familiari, per migliorare le loro conoscenze intorno al disturbo mentale, accrescere nel confronto reciproco la capacità di fronteggiare i problemi e gli stati di crisi, costruendo e ampliando la rete di relazioni su cui si basa il mutuo aiuto.

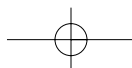
Interventi di abilitazione e prevenzione - Si tratta di iniziative, dirette e indirette, volte ad avviare percorsi di accesso all'informazione e alla cultura, alla formazione e all'inserimento lavorativo. Essenziali strumenti di queste attività sono le cooperative finalizzate, i laboratori espressivi, la scuola, le attività sportive e ricreative, i gruppi di aggregazione giovanile e di autoaiuto.

Sostegni per l'accesso a diritti e opportunità sociali - Interventi e programmi a favore delle persone più svantaggiate e delle loro famiglie, in cui si prevede l'attribuzione in via diretta di assegni economici (di integrazione sociale, di formazione al lavoro, di sostegno alle attività riabilitative) oppure, in via indiretta, inviando e/o accompagnando il paziente presso enti ed istituzioni con medesime finalità (ad es.: Ater - Azienda Territoriale Edilizia Residenziale; Tribunale; Fondazioni; Inps - Istituto Nazionale Previdenza Sociale; Ufficio di collocamento). I programmi possono inoltre attivare, in accordo con la persona, la gestione e l'amministrazione del patrimonio.

Sostegni all'abitare - Programmi terapeutico-riabilitativi svolti a domicilio o in condizioni di residenzialità (gruppi appartamento, comunità alloggio, comunità terapeutiche), mirati a sostenere le capacità di vita quotidiana, per preservare o riapprendere abilità sociali e interpersonali, di vita in gruppo. I programmi comportano differenti gradi di assistenza e di protezione, in rapporto alle disabilità e ai bisogni delle persone.

Attività di consulenza - Interventi presso servizi sanitari o reparti ospedalieri ove siano ricoverati utenti già in cura al CSM, ma anche per l'approccio con persone non note al servizio, al fine di svolgere approfondimenti diagnostici, consigliare terapie specifiche, avviare la presa in carico. La consulenza è attiva anche con il carcere, per persone detenute che presentano problemi e disturbi psichici. Più intensi sono la presenza e il lavoro di raccordo e consulenza nelle sedi distrettuali, tramite la mediazione del medico di medicina generale, e nelle case di riposo pubbliche e private.

Telefono - Segnalazioni, consigli, appuntamenti, verifiche. Anche in caso di urgenze.



Da più di 20 anni Trieste vive senza manicomio e il numero delle persone che si riferiscono ai servizi nel corso di un anno è mediamente del 13,5 per mille della popolazione (3500 utenti/anno). Non è molto sviluppato il settore della psichiatria mercantile, non si sono verificati fenomeni di trasferimento e deposito delle persone in altre istituzioni (transistituzionalizzazione), se si esclude il ricorso ai reparti di medicina generale e di geriatria di persone anziane affette da malattie organiche, concomitanti a disturbi mentale. Dopo la creazione nei primi anni '80 del Servizio per le Tossicodipendenze, molti programmi indirizzati a persone dipendenti da alcool e droghe illegali sono sviluppati in collaborazione con il DSM (cooperative, laboratori, tempo libero, sport).

Attualmente il Comprensorio di San Giovanni ospita meno di 50 persone in alcune piccole residenze; dal 1980 nessun paziente è stato più ricoverato.

La rete dei servizi è costituita da 4 Centri di Salute Mentale per una popolazione di 247.000 abitanti. Dal 1999 la Clinica psichiatrica universitaria è parte integrante del DSM e ha attivato un Centro di Salute Mentale.

La spesa per l'assistenza psichiatrica si è dimezzata: alla fine del 1971 il bilancio consuntivo dell'Amministrazione Provinciale ammontava a più di 5 miliardi, circa 26 milioni di euro; a chiusura del bilancio dell'Azienda sanitaria nel 2001 il DSM è costato 26,5 miliardi di lire, poco meno di 14 milioni di euro (il costo del denaro nel frattempo è aumentato di circa 12 volte).

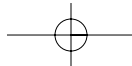
La riduzione complessiva del personale, registrata nel corso degli anni, porta dalle 524 unità nel 1971 alle 235 unità del 2001; la riduzione dei posti letto è a sua volta passata dai 1.160 posti letto ospedalieri nel 1971, a 140 posti letto variamente distribuiti nel territorio e con funzioni differenziate (SPDC, CSM, Clinica, Residenze).

Il ricorso al privato è molto contenuto: 90 triestini, pari al 2% dell'utenza, sono stati ricoverati nel 1999 in cliniche private fuori regione. Infine, un unico luogo di cura, il manicomio, è stato sostituito da poco meno di 40 differenti strutture con funzioni e compiti diversificati.

Se questi indicatori di risorse e di popolazione mostrano il cambiamento istituzionale e strutturale, alcuni risultati restituiscono il senso del processo di deistituzionalizzazione, facendo giustizia di molti luoghi comuni e pregiudizi che si sono sedimentati attorno all'idea della chiusura dell'ospedale psichiatrico:

- il numero di persone ricoverate in ospedale psichiatrico giudiziario erano più di 24 nel 1971, e in media 20 negli anni '70; attualmente si registrano due soli casi nel 2001, e in media 0,5 nel corso degli ultimi dieci anni (pregiudizio della pericolosità);
- il numero dei ricoveri coatti era mediamente di 150 negli anni '70 (60 per 100.000 abitanti), mentre ci

## **Dati e risultati del processo di deistituzionalizzazione**



sono stati 20 Trattamenti Sanitari Obbligatori nel 2001, e negli ultimi 20 anni la media si è tenuta intorno a 8 TSO per 100.000 abitanti per anno (pregiudizio del rifiuto delle cure);  
- erano 50 i suicidi registrati nel 1971, sono stati 43 nel 2001, con un tasso del 17,4/100.000 a fronte di un tasso medio di 23/100.000 nel periodo 1985 - 1996 (pregiudizio dell'abbandono).

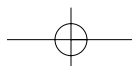
### **Verso nuovi scenari**

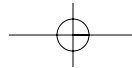
Valutando il lavoro territoriale degli ultimi vent'anni, l'indicatore che forse più di tutti dà ragione all'organizzazione territoriale dei servizi è la presa in carico della crisi e la sua evoluzione. L'approccio non burocratico agli stati di crisi, al di fuori del modello medico, ha ridotto e tende a ridurre - se non a rendere inutile - il ricorso ai ricoveri ospedalieri, favorendo un più rapido ristabilimento di condizioni di equilibrio. Oltre a diminuire il rischio di ricadute, la crisi resta un evento che è parte della storia delle persone, con un proprio significato che va compreso e ricostruito, e un bisogno che va preso in carico attivando e finalizzando risorse e legami del contesto.

Intendiamo qui riferirci ad attitudini e stili operativi propri di un servizio territoriale che, distanziandosi dal modello clinico, si concretizzano in una disposizione del servizio ad andare incontro al paziente: un'accoglienza al di fuori di tempi e spazi clinico-ospedalieri, senza utilizzare filtri e competenze rigide, standardizzate. Un servizio che sappia valorizzare la rete dei rapporti sociali, insistere sulla qualità e sulle abilità delle persone piuttosto che sui sintomi. Che non definisce protocolli e tempi di ricovero, ma presta la massima cura nel progetto, mantenendo elevata la qualità degli spazi, degli arredi, della pulizia, del cibo, in quanto decisiva per la qualità delle relazioni.

Nel corso degli ultimi cinque anni si sono stabilmente organizzati programmi di cui gli utenti sono protagonisti: gruppi di autoaiuto che fanno capo a giovani associati in club con sede propria; programmi di informazione e organizzazione dell'aiuto reciproco per i familiari; un programma che fonda la sua attività sulla valorizzazione delle differenze di genere. Insieme al forte sviluppo delle cooperative sociali, che lavorano in una prospettiva di "impresa sociale", questi programmi sarebbero impensabili al di fuori del coinvolgimento e della partecipazione dell'utenza.

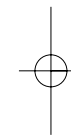
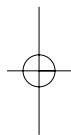
Un'altra area progettuale che si va evolvendo e strutturando, e che rappresenta forse uno dei punti di maggior rottura con il passato e di anticipazione di sviluppi futuri, riguarda la formazione. I programmi spaziano dall'informatica all'editoria, dalla comunicazione sociale all'educazione civica, dalla moda alla gestione di un'emittente radiofonica, in una gamma che ogni anno si diversifica e si allarga. In futuro,





non solo a nostro parere, l'educazione svolgerà un ruolo preminente nella costruzione di percorsi di sviluppo sostenibile per le persone e il loro habitat.

Questi scenari - impresa sociale, autoaiuto, partecipazione dei familiari, differenza di genere, formazione - costituiscono, all'interno della rete dei servizi, gli indicatori che meglio di altri restituiscono la tensione dei servizi e degli operatori verso la costituzione delle nuove istituzioni per la salute mentale.

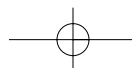


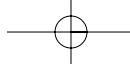
**Estratto da: "Guida ai Servizi di Salute Mentale".**

**[www.triestesalutementale.it](http://www.triestesalutementale.it)**

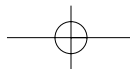
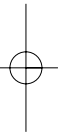
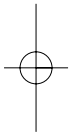
**[dsm@ass1.sanita.fvg.it](mailto:dsm@ass1.sanita.fvg.it)**

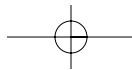
**286**





Alcune conclusioni





## Veglia

di Patrizia Rigoni

### **...Quando il mio peso mi sarà leggero...**

Da *Preghiera*, Ungaretti

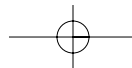
Progetto Leonardo è in assoluto il progetto che mi ha stancato di più. Una stanchezza forte, totale. Ma non perché fosse pesante da trascinare, al contrario, credo piuttosto che fosse una stanchezza dovuta al fatto che fosse troppo vivo, troppo vicino alla mia vita, troppo vicino alla letteratura. E già nel costruire questa sorta di sequenza capisco che ancora mi stanca, che la sua pienezza mi travolge, tocca corde che radicano molto lontano: in Leonardo mi ha affaticato tutto il bello della pesantezza.

Per me, che sento come compito quello di cercare la leggerezza della parola e la sua poeticità, la traduzione nel linguaggio scritto di ogni esperienza dell'accadere, il gruppo Leonardo è stato l'occasione di condividere dal profondo quel cesto stracolmo che altro non è che il fardello della Realtà.

Fare luce su questo passaggio è come dover disvelare tutta il tema della mia opera esistenziale. In fondo, proprio in questo cercare la trasformazione dal pesante al leggero, dal crudo della solitudine alla dolcezza del condiviso sta la natura del mio atto artistico ed estetico, e forse anche della mia stessa ricerca di significato terreno.

Potendo nuovamente cogliere qui insieme l'occasione di chiudere l'esperienza, o ancora di riaprire dialogo, ne apro per mettere luce su un percorso che non è tanto cronologico, ma a macchie di intensità e mi aiuta a ricostruire alcuni miei passaggi, dentro questo anello inscindibile contraddittorio ondivago e doloroso vita-letteratura, binomio dentro il quale e contro il quale si devono confrontare tutti gli scrittori moderni che hanno perduto certo l'identità del genio chiuso nella stanza in condizione di eremitaggio, ma allo stesso modo faticano a trovare un'identità pubblica e sociale che in qualche modo si sovrapponga e coincida con il senso dell'identità intima più profonda, di quella sorta di dovere etico

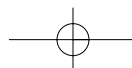


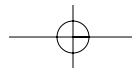


verso il mondo, di incarico alla partecipazione obbligata al proprio contesto storico e politico, oltre che naturalmente culturale, e quindi di presa di posizione cosciente e coraggiosa verso le forme tramandate della convivenza nelle comunità, nelle sue valenze positive, ma anche nelle sue storture, dovute a incapacità di rigenerarsi, di scoperchiare completamente riti ormai svuotati di freschezza e soprattutto dovuti alla fatica e spesso alla rimozione della messa in gioco per intero delle proprie soggettività.

Cercherò allora di ritessere, e Leonardo in qualche modo me lo permette e dimostra come anche su di me la narrazione abbia trovato nuova strada, nuovi collegamenti, una porzione di spaccato autobiografico che assume oggi per me una coerenza insperata e per alcuni aspetti sorprendente. I miei primi tre quaderni adolescenziali, i primi tre quaderni che pensavo dovessero diventare libri intorno ai sedici anni e su cui mi ero data l'assoluto dovere della conclusione avevano come titolo: Mia madre, Io, Tato. Cominciamo dall'ultimo: Tato (il soprannome di Artico, un nome assolutamente straordinario in terra brianzola) era un mio coetaneo, di famiglia molto modesta culturalmente, ma con un padre che come da felice tradizione aveva costruito una piccola fabbrica di lamiera zincata per le scossaline dei tetti; Tato, che rinunciò presto alla scuola, andava la sera ad azienda chiusa per lavorare con le mani la lamiera: costruiva modellini di moto, poi avendo a disposizione frese e torni e attrezzi di ogni genere costruì una nuova carcassa intera per la sua moto, poi per quella di un amico, poi incominciò a brevettare; poi arrivò a disegnare una scocca di macchina intera, che brevettò; la sera studiava le regole della dinamica per alleggerire i cuscinetti a sfera, poi per ridurre gli attriti, e poi tutti i giorni costruiva, costruiva, costruiva. Ordinava nuovi materiale, toccavamo insieme le nuove resine sintetiche, l'evoluzione delle nuove scoperte, ne capivamo le differenze al tatto. Nemmeno un giorno mancò a quel suo segreto e privato appuntamento serale. Arrivò a costruire una macchina da corsa che pesava meno di qualunque altra sul mercato, con cui incominciò a vincere premi vari; ne brevettò ancora il modello, ne costruì una decina, li mise in pista e ne verificò ogni errore, poi continuò così, di anno in anno...

Mi portava in officina qualche sera con lui; e io lo guardavo costruire, ad occhi spalancati e nel vederlo provavo per lui qualcosa che non era amore, era qualcosa di più, una sorta di incantamento, stupore, era trasporto, era qualcosa che oggi capisco che valore avesse: rendere corpo all'idea. Tato rendeva cosa tangibile l'idea che aveva in testa. La velocità di questo passaggio mi ipnotizzava: dal dentro dei suoi sogni al suo fuori da sé: per me. E in qualche modo per tutti.





Ci giurammo amicizia profonda: quando io avessi pubblicato il mio primo libro glielo avrei comunicato; nel frattempo, più di dieci anni dopo, lui intanto aveva raggiunto un prototipo di macchina da corsa di piccola cilindrata che era stato comprato dalla Renault francese, la quale ormai gli aveva commissionato anche studi su biciclette superleggere e carrozzelle per disabili.

Quando lo invitai alla mia presentazione (ed eravamo ormai quasi trentenni) mi rispose che era felice, ma non poteva, perché aveva un appuntamento con la più grande società di costruzioni di elicotteri; aveva mandato mesi prima un progetto, e quello era davvero il suo grande sogno, la leggerezza del volo.

‘Rigoni’, mi disse, ce l’hai fatta tu e pensi che io non ce la possa fare?

Ai suoi occhi io ero corsa in avanti, lui non ancora abbastanza.

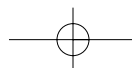
Voglio dire la sua sete di movimento verso il progetto e di conseguenza il giudizio che dava di sé era sempre comunque insufficiente; il processo non finiva, bisognava continuare.

Naturalmente Tato oggi è milionario, parla forzatamente tre lingue e siede al tavolo delle trattative d’affari quando secondo me non avrebbe potuto nemmeno stare seduto a una tavola.

Ma naturalmente non è una critica sociologica che voglio fare all’uomo lombardo che si è fatto da sé, cultura che purtroppo ha generato non soltanto costruzione di poesia; voglio parlare del fascino che ha avuto nella mia formazione la produzione dell’oggetto, la concretezza. E soprattutto una concretezza generata da una parte dalla fede inesausta dei sogni e dall’altra dalla certezza delle capacità umane di dare forma ai pensieri. Con l’obbligata e continua verifica di sé.

Naturalmente il quaderno di Tato fu un lungo racconto che riuscii a comporre, almeno per un po’ di anni, e che manca ancora del finale di un suo lungo volo intorno alla terra con un elicottero interamente realizzato dalle sue mani, che credo prossimo alla realizzazione; il quaderno dal titolo “Io” rimase bianco per un bel po’, fino a quando cominciai a capire che in tutta la sua complessità nascondeva l’avvio definitivo della scelta della scrittura a tempo pieno; il quaderno dal titolo “Mia madre” apparve più di vent’anni dopo, qua e là, dentro i romanzi conclusi, ma si frammentò dentro altre narrazioni e non riuscì ad avere un’unica forma narrata. Certamente, più le cose ci sono vicine, più ci appartengono da dentro, visceralmente, più tempo chiedono, per quella famosa e auspicata traduzione in forma.

Ma restiamo in quel tempo adolescenziale, nella grande fase formativa dell’identità: la prova della matu-



rità, la grande svolta: all'orale, la tesi su Ungaretti, e in particolare sulle poesie scritte in tempo di guerra: il fardello della realtà, e contemporaneamente la responsabilità di uomini di fronte alla realtà.

Nel 'Sentimento del tempo', 'L'allegria di naufragi':

Poter parlare di Ungaretti alla maturità me la rese assolutamente emozionante, come una prima opportunità di pubblico in ascolto davanti a me; tanto comunicai credo questo entusiasmo che mi lasciarono parlare di lui per mezz'ora, e poi l'esame con buone strette di mano fini.

La poesia dal titolo già così fortemente significativo: *Veglia*, scritta nel 1915, ancora oggi mi dà i brividi:

*Un'intera nottata  
buttato vicino  
a un compagno  
massacrato  
con la sua bocca  
digrignata  
volta al plenilunio  
con la congestione  
delle sue mani  
penetrata  
nel mio silenzio  
ho scritto  
lettere piene d'amore*

*Non sono mai stato  
tanto  
attaccato alla vita.*

È così straordinariamente semplice. Quasi banale. Quasi geniale. La parola nuda, lo spazio nudo, l'uomo nudo. Non c'è parola, non c'è scelta di contrattura della riga, della scelta di andare a capo, che io non mi senta di capire come se mi girasse nel sangue. La contrapposizione chiave di parole come *massacrato* e *plenilunio*, *penetrata* e *silenzio*, *digrignata* e *vita*, *buttato* e *compagno*, *mai* e *tanto*. C'è tutto quello che penso sia il senso stesso della musica dei perché.

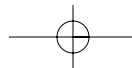
Prima dell'interrogazione orale c'era stato il tema scritto; naturalmente sul Verga, i Malavoglia. Avevamo studiato anche i poeti francesi, avrei anche potuto scegliere la ricchezza di Foscolo, eppure la violenza di Verga, il suo grido per l'uomo, per una giustizia che doveva avvenire qui, in fretta, sulla terra, per una religiosità fatta di corpi e di sangue, il sole su quelle pelli sudate, il furore del dolore vero, mi coinvolse totalmente.

Anche sulla prova scritta non feci nessuna fatica, parlavo di quello che sapevo e amavo, ma anche di quello che non sapevo e non avevo ancora interamente alla coscienza, ma sarebbe stato il mio futuro. Sostenevo, con audacia e testardaggine, che per fare della letteratura, bisognava partire dalla scelta verista.

Parlavo in fondo di qualcosa che non sapevo e avrei fatto quasi trent'anni dopo, non solo nei miei romanzi, ma anche con gli amici del progetto Leonardo. Non a caccia di estetica formale, non nella ricerca squisitamente fantastica del raccontare; come allora, senza saperlo, dicendolo senza capirlo, cercavo l'odore della passione nelle parole dello scrittore, l'odore della sua vita e del suo coinvolgimento, la fatica dell'essere dentro e non fuori, di sapere di centrare sempre con tutto e di non potersi permettere distanza dalle cose, dai gruppi, da quei frammenti di storie private, ma anche di Storia collettiva e totale che andiamo a comporre ogni volta in ogni scelta, in ogni ora della nostra vita.

Con gli amici di Leonardo ho ascoltato il risorgere di questa bellezza: dolori per morti veri, per brandelli di vite spezzate, per bocche digrignate nella notte al plenilunio; che cosa possiamo fare noi, in ogni notte di plenilunio, con il compagno al fianco? Quale la nostra responsabilità di uomini? Come rispondere alla coscienza, in un tempo che sempre più ce lo chiede?

*Un'intera nottata  
buttato vicino  
a un compagno  
massacrato  
con la sua bocca  
digrignata  
volta al plenilunio  
con la congestione  
delle sue mani  
penetrata  
nel mio silenzio*



Fine della prima strofa di Veglia: Ungaretti lascia uno spazio bianco, che ci è necessario: una tregua, dopo tanta violenta forza, un momento di pausa: spazio, respiro, sospensione.

Torniamo e riprendiamo a leggere.

Seconda strofa, conclusione della poesia, tre versi:

*Non sono mai stato  
tanto  
attaccato alla vita.*

E come, per quali tortuosi meandri dell'anima, si arriva a questo passaggio?

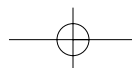
Che cosa è successo, a fianco di quella bocca del compagno che non può più parlare? Che cosa c'è, che cosa possiamo, noi che siamo ancora bocche sane, bocca vive, nella sospensione tra la prima strofa e la seconda? Permettetemi una rilettura riga per riga: *Non sono mai stato* (con tutta la sua carica di riscoperta di un sé nuovo, diverso, dove si può caricare il sono, così come il mai, e persino stato), *tanto* (che qui diventa avverbio lunghissimo, nel tempo e nella spazio), *attaccato alla vita* (che non ha bisogno di commentarsi, si commenta da solo).

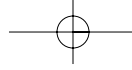
Quale è la cerniera che collega i due pezzi? Quale è l'ultimo verso della prima strofa?

*Ho scritto lettere piene d'amore.*

*Ho scritto lettere piene d'amore.* Cinque parole, una più forte dell'altra.

Leggiamole, ascoltiamo la loro potenza: ho scritto, cioè mi sono dedicato all'atto, non l'ho solo pensato, non l'ho rimuginato, non l'ho tenuto per me; ho scritto, ho deciso, ho lavorato perché fosse, ho compiuto un gesto che va fuori, che esce da me, dal mio lamento, persino dal mio dolore; ed infatti ho scritto lettere, e le lettere non sono diari per se stessi, non sono aforismi di superbia onnipotente con cui predire o indirizzare il futuro, non sono teorie né tantomeno certezze; sono lettere, voglia di dire e di raccontare; e le lettere immediatamente ci danno l'idea che ci sia un altro che le può ricevere, e quindi fanno partire lo scambio, mettono in moto la circolarità delle emozioni, la polifonia del pensiero; e come non bastasse scrivere lettere preoccupiamoci anche del fatto che siano piene, queste lettere, che siano piene nonostante l'emozione di catastrofe, di danno irreparabile, di massacro; che non si abbia paura di esagerare, perché





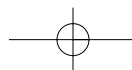
nonostante il sangue e le guerre questa è l'unica forza, è la sola ricchezza che abbiamo, abbondare d'amore, per le cose che facciamo, per la voglia di rimanere attaccati alla terra, attaccati ad ogni altro a cui abbiamo voglia di mandare delle lettere, per tutte le cose che ci chiedono di essere comunicate. Per le cose che in fondo ci permettono di amare noi stessi, le nostre scelte, il nostro stesso vivere.

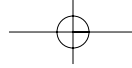
Bene, ho riletto tutte le autobiografie e le pagine conclusive dei Leonardini: sono tutte lettere piene d'amore. *Da lontano, Che fatica la scrittura, La frittata, lo grasso di amori, 89 a 5 in quattro ore, Le iniziali sono le sue, Io l'una e lei l'altra, Storia di Lina, La realtà è più della finzione, Il fu..., Lettera a Tata, Madame A., Storia di Maria*, sono praticamente quasi tutte scritte dentro la notte della vita, trattano sempre di dolori e di ombre, perché questo è il patrimonio da cui siamo partiti, da una professione che in fondo è sulle trincee della solitudine e dei silenzi, del rischio di essere anche perseguitati, di non essere capiti, di compiere gesti che soltanto molto tempo dopo verranno raccolti.

La professione dell'infermiere psichiatrico è *sempre* con compagni al fianco, e sono compagni abbandonati, sono compagni che hanno nemici, veri e immaginari. Sono compagni che urlano e chiedono, sono compagni a cui è difficile resistere, perché chiamano a gesti coraggiosi, a decisioni veloci, a responsabilità coinvolgenti e pericolose.

In questo allora ecco l'eroismo terreno, la ricerca di una strada sempre aperta, la domanda inesausta sul perché certe cose accadano, sul perché si debbano vedere e attraversare deserti così spaventosi. Lo stesso destino di ricerca e domanda che in parte viene scelto dagli scrittori, costretti a rivedere in continuazione i confini tra il giusto e l'ingiusto, il giudicato e il giudicante, la normalità che schiaccia e la voglia inesausta e gridata di nuove libertà e di nuove qualità di relazioni. Il confine labile e feroce tra sé e il mondo, la problematicità rinnovata tra l'essere uomini soli e sradicati e il doversi sempre confrontare con un'idea di comunità di appartenenza, dalla piccola comunità familiare a quella più allargata, a quella istituzionale, ma anche a quella più storica della collettività in generale, e che oggi per esempio ci chiede di ridefinire un'identità di appartenenza europea.

Ebbene io credo che quella fatica assoluta di cui parlavo in prima pagina sia dovuta proprio a questo passaggio, che ci è riuscito mi sembra, e questa settimana di festa in questo luogo di sole e frutta, con la complicità che si è creata ne è la prova: abbiamo mischiato la ricerca della parola con la ricerca dei corpi; non è più importante chi è scrittore e chi infermiere, ci sono delle scelte che ci chiamano, siamo obbli-



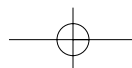


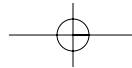
gati entrambi a decidere nuovi linguaggi; lavorando insieme sulle nostre rispettive narrazioni siamo riusciti a fare quel salto di fosso dalla trincea carsica e isolata alla piazza più calda della visibilità, quel salto in aria dalla paura di essere fraintesi al coraggio di credere fino in fondo a ciò che siamo e siamo stati, rispettando le nostre rispettive ferite, i nostri diversissimi percorsi personali; l'abbiamo fatto *insieme*, e forse proprio per questo ci è riuscito, perché è stato *condiviso*.

Il peso di uno è diventato un po' il peso degli altri, io vi ho dato forma di parola e di leggerezza ma voi mi avete dato cesti di pesantezza; voi avete raccolto i miei cesti di pesantezza e io ho goduto dei vostri voli di leggerezza; in questo scambio continuo il fardello scuro si è sollevato dalle spalle, ha trovato un pezzo di cielo, è rimasto in aria per il tempo di essere tollerato e respirato e poi ha ri-preso fiato ed è ricaduto sul tavolo con una nuova strofa, con la disponibilità ad uno sforzo emotivo e anche lessicale, ma soprattutto teso alla ricerca di una prassi di concretezza, che altro non è che nuova forma, nuova parola.

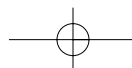
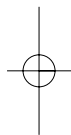
Nuova forma e nuova parola che certo, forse sono ancora da costruire ed è giusto che lo siano, perché se già le conoscessimo entrambe non sarebbero veramente nuove, con regole e sistemi di riferimento ancora da immaginare; ma delle quali abbiamo avuto, nel raccontare le nostre storie, delle certe indicazioni: il probabile di una nuova possibilità è sempre a disposizione, soltanto bisogna crederci, e farlo uscire dalla testa, passarlo nelle mani, renderlo comunicato, dargli forma di realtà: che parta dal linguaggio e torni alle cose, che parta dalle cose e ritorni linguaggio: chiunque sia il nostro compagno lo deve poter prendere a sua volta in mano e studiare, e leggere, e poi riascoltare, e magari sostenerlo nella forma, farlo diventare proprio, impossessarsene. Riceverlo a piene mani e magari scambiarlo nuovamente con qualcun altro che a sua volta lo possa far diventare storia di gesto, atto compiuto. Perché finalmente si faccia quel piccolo atto che modifica piccole realtà, che possa diventare poi piccolo processo, e quindi da lettera a quaderno a libro, e poi in un tempo più lungo storia di tutti e finalmente storia di di Storia, che possa andare nella direzione che soltanto anni prima ci sognavamo potesse avere. (È questa la nostra traduzione di quella orribile parola: empowerment, di cui oggi ci si riempie la bocca ma non si sa bene di che cosa riempire??)

Insomma durante il percorso Leonardo ci siamo resi più leggibili, abbiamo costruito leggibilità; siamo entrati nelle pieghe e nelle piaghe delle ingiustizie e dei tradimenti, delle impotenze e delle colpe, di tutto ciò che davvero porta e attraversa la sofferenza umana. Di questioni che a volte sembrano costruite per costringerci a chiederci: Perché? Perché tanto? E perché ancora? Perché a certe persone? Perché in certi momenti? Perché senza apparente delicatezze, senza rispetto? Perché senza tregua?

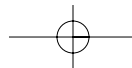




I leonardini hanno avuto coraggio da vendere, forza da leoni in questo, posso dirlo con cognizione di causa; non sono molti gli operatori che avrebbero potuto resistere a tanta arsura e a tanta nudità: io ringrazio tutti quanti, davvero, del lavoro senza resistenze, ma soprattutto di un lavoro che si è nutrito del verismo verghiano delle vite, che allora si può dire oggi, trent'anni dopo il mio esame di maturità, nel fulgore di una nuova maturità, non è più verismo letterario, è verità, forse prima verità, verità della vita. Verità da cui partiamo noi e verità da cui possono partire le forme e le parole, e soprattutto le forme delle parole. L'unica pesante verità da cui possiamo trarre forza in nome della leggerezza. L'unica pesantezza con cui abbiamo insieme perso peso e puntato al volo.







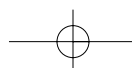
di Lorenzo Decarli

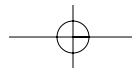
Lettera aperta al lettore

Già da lontano, gettando un'occhiata all'ampio terrazzo che incorona l'edificio, colgo l'eccitazione nei gesti di saluto delle colleghe. Sto arrivando a rilevare il turno pomeridiano, una lunga notte mi attende.

È successo qualcosa. Infatti, mi informano le colleghe, che stanno visibilmente ancora smaltendo la tensione, Cesare ha aggredito un paio di medici, distruggendo pure il bel tavolo rosso che faceva vistosa mostra di sé nel salone del refettorio. Stanco, insofferente, incapace di dominare un disagio crescente, è arrivato, inferocito, accompagnato dai suoi, e non ha trovato modo migliore per palesare la situazione. Ora il bestione dorme il suo tormentato sonno farmacologico, non darà problemi questa notte. Mi ritrovo a contemplare i detriti desolati del bel tavolo rosso nuovo di zecca; la stessa mattina era servito per il tè e i biscotti del "gruppo del protagonismo", sorta di riunione mista tra ricoverati e persone che afferiscono allo scopo; nella quale si discute, a tema, e ognuno racconta qualcosa di sé: "padri e figli" era il tema di giornata. Il tavolo del protagonismo. Davvero ha funzionato, per Cesare, non c'è che dire.

Forse i conti non tornano proprio. Le esigenze che misuriamo ogni giorno sembrano appartenere decisamente ad un altro pianeta, rispetto alle misure messe in atto. Ecco, forse sono queste le cose che hanno a che vedere con l'individuazione di indicatori di qualità, ma ancora di più con la storia e l'organizzazione del servizio. Perché tutto continuerà come prima. Praticanti e volontari continueranno a fare i loro passaggi accademici, continueranno a tormentare la signora che ha avuto un figlio suicida e l'altro delinquente con lunghe confessioni sul tema "padri e figli"; il comparto si gratterà la rogna degli acting-out o delle crisi senza fine e senza sbocco, notte e giorno, come prima, nell'attesa che questa o quella decisione vengano prese, tra un palleggio e l'altro, un'assenza per ferie o per convegni e l'altra; la dirigenza centellinerà con cura la partecipazione a demarcare una distanza che è nell'ordine delle cose... Le sirene tentatrici di un ripiegamento nell'iterazione di pratiche che si credono consolidate e rassicuranti e/o l'appostamento opportunistico nell'attesa di venir cooptati in qualche nicchia meno esposta ai venti della quotidianità operativa... Le cose che succedono quando ci si accorge che l'intento non è comune a tutti in un





gioco di squadra degno di questo nome. Si dirà... sono dinamiche sempre esistite, ineliminabili, ci vuole tempo.

Eppure delle indicazioni diverse ci sono... la strategia del vedere, dell'attenzione, del non dare nulla per scontato, della modificabilità dell'organizzazione, del suo doversi per forza piegare alle mutevoli esigenze operative. Ma operative per cosa? Non si può dire che tutte queste cose in fondo non siano già state dette e teorizzate sicuramente molto meglio di quanto non possiamo fare noi. E allora dov'è che la prassi si ferma, tra interessi consolidati o da consolidare e pigre transumanze restie a provare percorsi nuovi. Dov'è che non si ha il coraggio di ficcare le mani, e di dire le cose come stanno?

Protagonismo. Voglia di essere protagonisti di quello che si fa. È una questione senz'altro trasversale, intellettualmente, però vitale per chi non ha niente da perdere tra professionalità o tornare a contare coltelli e forchette. Dare voce ai soggetti e a se stessi come unica alternativa praticabile tra essere scudi umani o disertori. Ma chi ci sta? E come utilizzare chi non ci sta? Su questo non si è andati molto oltre la manipolazione di potere, l'organizzazione del gruppo omologo più che omogeneo. Come impedire che le buone pratiche non diventino faticose esperienze minoritarie facili da ignorare e destinate alla resa per stanchezza?

Già, per tornare a noi, che cosa ho da insegnare io? Oggi che si moltiplicano i segnali di un ritorno della psichiatria all'antica funzione del controllo sociale, magari con tecniche meno scopertamente vessatorie, non è un caso il ripiegamento su loro stessi dei servizi, e la visibilità del "caso" fornita principalmente dall'allarme sociale suscitato, e dall'esigenza del suo contenimento come biglietto da visita dell'accettabilità e presentabilità nel salotto buono.

Cos'è che ci siamo sforzati di fare, non so quanto riuscendoci? Abbiamo cercato nella sincerità del racconto di ricostruire un possibile percorso di verità che facesse il punto assieme dello stato di cose presenti quanto a metodi e saperi di un campione di operatori della salute mentale non particolarmente rappresentativo ed eccellente, benché l'etichetta di formatori è già bella pronta e anche su questo si gioca la partita, e di quelli che possono essere i limiti di un'esperienza che non può dimenticarsi di essere triestina. Questa pratica della nudità ci può portare da qualche parte? E se sì, è pratica contagiante, sarà con/vincente? Ci vediamo.

## Franco Basaglia con gli infermieri di Trieste. Corso di aggiornamento 1979

### Istituzioni aperte e istituzioni chiuse

Quando abbiamo cominciato a parlare di questo corso di formazione per gli infermieri, ho detto delle cose che mi sono state rimproverate poi dagli operatori. Ho detto che non è un caso che la scuola degli infermieri, cioè il suo inizio, coincida con la fine della mia gestione triestina. L'interpretazione di alcuni medici di queste parole è che la storia è finita e oggi comincia la storiografia. Fino ad ora si è cambiato, si è trasformato e oggi comincia la razionalizzazione del cambiamento; in altre parole, da questo momento non avverrà niente di nuovo perché ciò che di nuovo è avvenuto a Trieste, è avvenuto con me: oggi comincia la razionalizzazione, si comincia ad edificare, ad abbellire la casa che si è cambiata.

Io non sono affatto d'accordo con quest'affermazione; penso che ciò non è assolutamente vero perché se trasformazione c'è stata qui a Trieste, questo non è dipeso da me ma dallo sforzo partito da tutti, dagli infermieri, dai medici, ma soprattutto, direi, dalla forza operante dei degenti, dei pazienti, dei "matti", di quelli che oggi chiamiamo "utenti"; perché se non ci fosse stata questa forza trasformatrice nella gente che noi abbiamo curato, nelle persone che venivano a domandare aiuto, noi non avremmo cambiato niente, non avremmo fatto storia.

Penso che l'ulteriore organizzazione che noi possiamo dare ai servizi triestini sarà ulteriormente storia, perché noi dobbiamo dimostrare che dei servizi trasformati possono dare una risposta ai bisogni della gente. Come questo avvenga è ancora poco chiaro e il fatto di essere qui a parlare serve a chiarirci su cosa abbiamo fatto. Anche perché penso che noi docenti a questo corso non possiamo insegnare qualcosa a voi infermieri, ma penso sia necessario piuttosto chiarire ciò che è avvenuto in questi anni perché noi stessi, tecnici del vertice, non lo comprendiamo bene; non comprendiamo per quale ragione prima c'erano mille persone in ospedale e oggi non ci sono più; non comprendiamo come mai quest'istituzione ha cambiato la sua cultura, i suoi limiti; come mai il manicomio che era chiuso e ben delimitato un tempo dalle sue mura, oggi non ci sia più e al suo posto ci sia tendenzialmente un nuovo tipo di rapporto tra chi ha bisogno e chi risponde ai bisogni, tra noi e gli utenti.

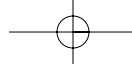
Penso sia questo il mistero che circonda il nostro incontro e a cui dobbiamo dare una risposta per comprendere meglio cosa stiamo facendo.

Le definizioni di salute e malattia oggi appaiono molto diversificate da un tempo, come diversificato da un tempo il concetto di istituzione. Non siamo capaci di dare una definizione di salute e malattia se non criticando la definizione che avevamo imparato molti anni fa. Che la malattia o la salute sono rispettivamente lo squilibrio e l'equilibrio della situazione biologica o psicologica di una persona. E non abbiamo capito bene che cosa sia il concetto di istituzione perché lo vivevamo in un senso, oggi lo viviamo in un altro.

Ricordo che circa vent'anni fa quando questo lavoro di trasformazione era ai suoi inizi, sono andato in Inghilterra perché in quegli anni cominciava in quel paese una grossa opera di trasformazione sul programma istituzionale sanitario in generale e psichiatrico in particolare. Ho visitato molte di queste istituzioni e ho visto che, a differenza delle nostre, c'era un differente rapporto tra medico e malato: un rapporto più libero, meno coercitivo e ricordo che non riuscivo a capire il concetto di istituzione. Lo capivo sì, perché lo avevo studiato, ma il vissuto di istituzione che avevo sperimentato fino a quel momento, vivendo nelle istituzioni italiane, era molto differente dal concetto vissuto di istituzione come lo vedevo nelle istituzioni inglesi e ho chiesto, vergognandomi, ad un mio collega inglese: - Cosa vuol dire istituzione? - Lui non sapeva darmi una risposta, si meravigliava molto della mia scarsa eleganza concettuale, in quanto gli inglesi pensano che i continentali siano molto più concettuali, molto più precisi nelle definizioni, mentre loro sono molto pragmatici, e guardandomi mi rispose in maniera pragmatica: "L'istituzione è... - guardandosi intorno - ... questa" indicando con le mani. Eravamo in una stanza di un manicomio. E così ho avuto l'illuminazione per cui ho capito che l'istituzione in quel momento eravamo noi due, là, in quel posto che era il manicomio, e quindi ho cominciato a capire che tutti quei discorsi che noi facevamo in quel momento erano discorsi che aprivano o chiudevano quest'istituzione, che eravamo noi due.

Se noi facevamo dei discorsi di apertura, l'istituzione era una situazione aperta; se noi facevamo dei discorsi di chiusura l'istituzione era un'istituzione chiusa. Questo era il parlare, ma poi c'era anche il fare; cioè se il personale dell'istituzione la gestisce in maniera chiusa, mentalmente e praticamente, questa è un'istituzione chiusa; se fa il contrario è un'istituzione aperta.

Ebbene nel '59, l'Inghilterra - come primo paese tra i paesi occidentali - inaugura quello viene chiamato il National Act: cioè determina la medicina come servizio nazionale per cui tutti hanno diritto ad usare i servizi nazionali medici senza pagare denaro, cioè pagando le tasse il cittadino ha la possibilità di essere

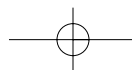


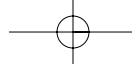
curato gratuitamente.

Questo vuol dire che lo stato s'interessa direttamente alla gestione dell'istituzione. Vuol dire che stato e istituzione in quel momento rappresentano una situazione che il cittadino può usare direttamente e quindi non è più una situazione privatizzata, non è più delegata la sua gestione ad altri privatamente, ma lo stato deve dare e assicurare, attraverso le sue istituzioni tutti i diritti di libertà che il cittadino deve avere. Ecco perché, a questo punto, lo stato si accorge che, tra i suoi assistiti, anche i malati mentali non devono essere più chiusi, ma devono avere i diritti civili di tutti gli altri, cioè sono malati come tutti gli altri malati. Il malato mentale così può avere accesso informalmente alle istituzioni pubbliche. Informalmente nel senso di persona totalmente libera che viene preso in carico da un medico che ha trasformato la sua logica ghezzante in una logica medica omologata a tutte le altre specialità mediche. Negli anni cui mi riferisco dopo il N.A. (1959) entra nella medicina inglese, un concetto molto importante che è il concetto della socialità, entra il sociale nella medicina, il sociale nella medicina psichiatrica. L'Inghilterra come primo paese nell'orbita occidentale inaugura quello che poi si chiamerà "Psichiatria Sociale".

Entra il sociale nella malattia, per cui la schizofrenia, la mania, l'isterismo ecc... non sono più etichette scientifiche, biologiche o psicologiche, ma etichette che vengono ad avere una pregnanza sociale molto forte per cui nell'analisi della schizofrenia noi possiamo vedere che lo schizofrenico non è tale in assoluto, ma schizofrenico in un ambiente particolare - per cui il medico deve affrontare non solo il malato ma la socialità che lo circonda. Ecco come l'istituzione si apre, come l'istituzione apre i suoi battenti. Ecco come l'istituzione comincia a diffondersi al di là delle mura chiuse e comincia a farsi sociale. Comincia a distruggere la sua istituzionalizzazione e comincia così a socializzarsi nel territorio; ma resta pur sempre istituzione perché quando il medico nel territorio o nell'istituzione aperta affronta il suo utente, comincia un discorso che avviene in un'istituzione e allora si ripropone quell'esempio che il mio collega inglese mi ha dato guardandosi intorno, in seno a questa o a quell'istituzione, perché l'istituzione viene ad essere il tutto, il niente. Questo è molto importante perché così s'inaugura un capitolo che porta ad una visione estremamente dialettica tra il dentro ed il fuori, dove il dentro non è riferito al dentro di un'istituzione chiusa, ma al dentro di noi; e il fuori al fuori di noi.

In altre parole con l'inizio di questa logica il manicomio come "teatro della follia" scompare, e viene buttato fuori, scodellato nel territorio, tutto quello che c'è dentro il manicomio. Ciò fa vedere quanto di sociale c'era all'interno della malattia della persona: e quanto questa malattia è intrisa di rapporti mal



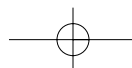


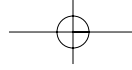
vissuti, di situazioni che ripropongono continuamente quel che è il rapporto di oppressione tra le persone. In altre parole, l'apertura del manicomio evidenzia la mistificazione di un rapporto di norma e la creazione nel manicomio di un'anormalità che viene ad essere l'anormalità dell'anormalità; vale a dire che è anormale perché non sta alla norma, e nel momento che entra nel manicomio chiuso diventa due volte anormale: anormale di un'anormalità costruita attorno alle mura del manicomio e quindi, nel momento che si leva almeno una di queste chiusure si ha l'altra chiusura della situazione tra una persona che ragiona bene e una persona che ragiona male.

E qui è l'abilità di vivere questa nuova istituzione aperta, di vivere una situazione della quale non abbiamo la chiave, ma abbiamo invece il rischio di questo rapporto che è sempre aperto e che è nostra abilità tenerlo aperto e non chiuderlo. Direi che tutto questo si verifica e si è verificato in rapporti che non sono solo rapporti di manicomio, chiuso o aperto. Penso che lo abbiamo verificato tutti noi, vivendo questa situazione di apertura, per esempio nei nostri rapporti familiari. Lo so - perché avete cominciato con me - che voi avete vissuto delle gravi crisi familiari nel momento che vedevate che il vostro lavoro pratico era messo in discussione, nel momento che non potevate più essere in un rapporto autoritario coi malati, per esempio nel momento che questo rapporto chiuso si apriva nell'ospedale, nel momento che capivate che il malato aveva gli stessi diritti che avevate voi; nel momento che tornavate a casa avvertivate che il vostro figlio aveva gli stessi diritti di libertà che avevate voi e molti dei limiti che voi avevate posto nella vostra famiglia erano totalmente falsi, erano di una norma falsa; allora siete entrati leggermente in crisi perché era la stessa crisi che vivevate nel lavoro.

Questa è l'evidenza di un'altra istituzione che è la famiglia, istituzione apparentemente aperta ma totalmente chiusa che si ripropone ad essere aperta quando l'istituzione del nostro lavoro si vede che non resiste più all'attacco dei tempi nuovi, del mondo che cambia, della trasformazione della nostra società che non può più stare nell'ambito troppo stretto o nella camicia troppo stretta, che ormai deve cambiarla in modo che sia conforme coi tempi.

Non possiamo più obbligare il malato ai nostri voleri, non possiamo più obbligare i figli ai nostri voleri, comincia allora un tipo di rapporto dialettico tra due poli diversi: io che ho il potere e il malato che non ne ha. Io che ho il potere come padre e il figlio che non ne ha. Su questi due poli di rapporto gioca tutto il potere istituzionale della NORMA e dell'ANORMALITÀ, della salute e della malattia; allora mi pare che il discorso si faccia ancora più interessante perché il nostro compito è continuamente di scoprire che cosa



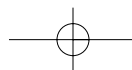


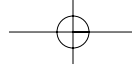
è malattia e cos'è salute, perché una persona che viene da noi, un malato, è malato perché viene da noi. È importante la scoperta della malattia o meno? È questo il nostro compito: di essere dei bravi sanitari, o no? Perché è molto facile essere dietro ad un tavolo, aspettare che una persona venga là e pensare, perché viene da noi "è necessariamente malato".

Se viene da noi non è che sia malato. Può essere una persona che, presa nelle spire della sua situazione si ammala perché l'organizzazione nella quale vive non gli permette di vivere, allora sarà nel rapporto tra noi due che troveremo una situazione che è al di là di questa domanda che viene a farmi; che lui è malato e io invece, medico, sono sano. Sarà nella dialettica di questa situazione che io potrò avere un rapporto diverso, nuovo, con quella persona che è stata sempre catalogata istituzionalmente come malata.

Allora il discorso cambia, e quello che è istituzione chiusa in questo momento e tra un'ora non lo è più; la stessa cosa è nel momento in cui io mi riferisco al concetto di salute e di malattia, evidentemente la trasformazione di una società che vuol essere sé stessa cambia perché si creano dei rapporti estremamente dinamici che difficilmente s'istituzionalizzano. Ebbene qui sta tutta la difficoltà di affrontare il discorso perché ci accorgiamo continuamente che tante cose che credevamo immutabili, eterne, date una volta per tutte, non lo sono. Tutto il lavoro per esempio che è stato fatto a Trieste, ci ha portato a considerare che tutto il problema istituzionale chiuso com'era, catalogato in quel determinato modo, era una maniera di gestione della devianza e che la nostra azione di liberazione in riferimento a questa problematica era di natura politica, che noi, cercando di liberare l'istituzione, di trasformarla, di scodellare questo insieme nel territorio, facevamo della politica. Ebbene noi siamo stati nel tempo tacciati di molte etichette perché la cosa importante era di istituzionalizzare la nostra azione di trasformazione; allora eravamo al contempo rivoluzionari, poi autonomi, poi brigate rosse: eravamo accusati di tutto.

Direi che quello che noi eravamo è quello che siamo adesso cioè persone che non vogliono vivere costantemente dentro l'etichettamento di una situazione falsa, ma vogliamo vivere in una situazione che si rinnova anche perché, facendo il nostro mestiere - ho l'impressione - abbiamo fatto una scoperta: è vero che noi abbiamo agito e abbiamo affermato di essere dei politici, ebbene, gli psichiatri sono sempre stati dei politici perché la gestione dell'istituzione chiusa era l'espressione di un tipo di controllo sociale che si esprimeva nella parte povera della popolazione di uno stato. I manicomi avevano come finalità non tanto quello di curare ma quello di controllare; penso che nessuno possa dire che questo non è vero, perché la gente che entrava nei manicomi difficilmente usciva, e, se usciva, usciva soltanto per essere rinormalizzata e rimessa in una catena di produzione finché non sbagliava un'altra volta e un'altra volta rimessa in ospedale.





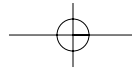
Per esempio, se noi pensiamo ad un malato, ad un deviante tipico quale è l'alcoolista, sappiamo che è sempre stata trattata dall'istituzione pubblica del Manicomio come una persona da controllare e non da curare. L'alcoolista è una persona che viene in ospedale perché disturba l'ordine pubblico, perché dal momento che beve e non è capace di controllare il proprio comportamento, è preso dalla Polizia e viene portato nel ghetto del manicomio o del carcere. Sappiamo anche che ci sono altre persone che bevono e che possono controllare la propria ubriacatura perché sono dentro le mura di una casa; quelle persone non finiscono in manicomio ma possono curarsi e si curano.

Allora direi che ci sono due tipi di alcoolismo ed è l'alcoolismo dei poveri che entra nell'istituzione non tanto per essere curato ma per essere controllato. Perché cosa facevamo per queste persone che entravano in manicomio? Le chiudevamo dentro uno sgabuzzino, li punivamo in maniera che dopo un mese, quindici giorni uscivano, non bevevano per un mese poi bevevano un'altra volta e ritornavano in manicomio. E così è il ciclo produttivo del malato.

Cosa abbiamo fatto noi per aprire l'istituzione? Aprire l'istituzione non è aprire la porta, è aprire la testa di fronte a questo "malato". Direi che abbiamo cominciato a dare fiducia a queste persone sapendo che avrebbero bevuto ancora, ma se non fossimo entrati nel rischio del rapporto con la persona, se noi non avessimo cominciato a considerare il nostro mestiere come un mestiere con dei rischi reali, io penso che l'istituzione sarebbe stata sempre chiusa, avrebbe avuto il lucchetto. Io so per esempio che molti di noi sono andati anche a bere con gli alcoolisti, si sono ubriacati con loro. Penso che questa azione che sembra assurda, è un'azione estremamente importante, estremamente terapeutica perché l'alcoolista ha visto che anche il suo medico, anche il suo infermiere può cadere nella stessa situazione in cui è lui, sono entrati tutti e due insieme nell'istituzione.

Ebbene, si è cambiato il vissuto tra curato e curante perché il curato ha visto che il curante era nella stessa situazione. Questo è un grosso rischio, che è valso la pena correre per tutti. Noi abbiamo sempre corso un rischio molto grosso perché quando abbiamo dato la libertà al malato e il malato è andato per la strada, egli sapeva che aveva un rapporto di solidarietà con il proprio curante che doveva rispettare e viceversa. Questo tipo di rapporto estremamente importante ha creato un momento pratico di apertura delle istituzioni che ha portato logicamente a cambiare il nostro concetto di salute o di malattia; soprattutto, ripensando alla definizione che il mio collega inglese mi aveva dato di "cosa è l'istituzione" ci ha portato, quando uno ci chiede "cosa è l'istituzione", a prenderlo per mano, portarlo per la strada e dire: "È questa".

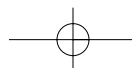


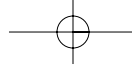


In questa maniera noi distruggiamo il concetto di istituzione aperta e ci poniamo in una dimensione totalmente altra, una dimensione in cui il rapporto da uomo a uomo è determinante per la nostra vita sociale.



**Trascrizione di due lezioni/conversazioni  
di Franco Basaglia con gli infermieri di Trieste,  
lezioni intervallate da un dibattito.  
Estratto, versione integrale nel cd-rom.**





## Postfazione

di Franco Rotelli

Resta aperta la questione. Quale politica per i servizi ? Quale servizio alla politica (sanitaria e oltre) attraverso l'auto/etero-formazione?

Ben trasparente qui l'eterna questione del potere. Chi decide, come decide, perché decide, per quale fine, con quali mezzi? Chi ne ha l'autorità perché, a che scopo? Ma molto resta non detto.

Quali sono gli effetti delle decisioni. A che idea del mondo le micropolitiche interne al servizio e quelle relazionate con chi ne fruisce, fanno riferimento. Con quale livello di consapevolezza, quale linearità, quali misconoscimenti, quale contraddittorietà.

A quale idea di democrazia pensiamo?

Le risorse dei soggetti utenti, le risorse dei soggetti operatori, le risorse dei territori soggettivati. I modelli scientifici desoggettivati, il farmaco, le schede valutative, gli standard, i protocolli, le procedure, gli orari, le regole. Le une di fronte agli altri.

Che idea di comunità, che rispetto, con quali mezzi, dei diritti singolari?

Che energia a cambiare i contesti, che ideologia nell'estraniarsi dai contesti.

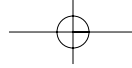
Casa, lavoro, affettività. Tre assi dell'esistenza: quali politiche sui determinanti (questi) dell'esistere?

Ridurre anomalie o produrre soggettività, ruoli, visibilità, legami, teatro in cui ciascuno a suo modo possa essere di più (e più a modo suo).

Di fronte alla stupidificazione violenta, imperiale, quale ricchezza di invenzione istituzionale per salvaguardare e coltivare nicchie di intelligenza democratica, di felicità relazionale, di complessità critica e negoziale?

Quale valore al mettersi di traverso rispetto ai modelli comportamentali auspicati negli operatori, al mettersi di traverso da parte delle singolari caratteristiche di ciascuno di essi. Il valore del loro resistere alla formazione, come messa in forma.

Quale etica del servizio pubblico, quale estetica dei rapporti?



Quale ruolo di ciascuno e dei collettivi nella sfera dell'agire pubblico? Quale contributo alla vita della città? Quale città? Quale normalità?

Produce cattiva ideologia la messa tra parentesi dello specifico, ch  sul fare (insieme) si deve essere interrogati e interrogare, ma   gi  cattiva ideologia la messa tra parentesi del "generale".

Attraversa questi testi la babele instabile del non detto che rischia per  di far babele il detto.

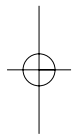
La "formazione" presume di solito la penombra discreta, per laicit , sulle generali questioni. Dubito che ci  sia in generale lecito. Non lo   qui avendo per oggetto persone e contratti sociali tra persone e cittadini in bilico sul loro esserlo, il tremendo crinale delle libert , dei diritti, delle peculiarit  soggettive, delle vulnerabilit  oggettive, delle ferite familiari, sociali, dei valori in crisi manifesta, delle iperprecarie materiali circostanze.

Mettere tra parentesi le scienze o mettere tra parentesi i soggetti?

  gi  possibile uscire dalle parentesi e far respirare la complessit  del mondo? Possiamo esserne capaci (certamente non da soli ma in un gruppo, un team, un'equipe, un collettivo)?

Proviamoci. La prossima volta di pi . Da che, ci piaccia o no, i servizi (tutti i servizi) fanno politica e sarebbe doveroso sapere quale politica facciamo noi o meglio quale politica il nostro fare comunque produce, che alleati cerca, provoca, interroga.

Non c'  attore peggiore di quello che non conosce la parte che svolge nel film che sta facendo.



Trieste, 13 settembre 2004

