



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

Quale psichiatria e quale psicologia per incontrare il soggetto?

RELATORE:
PROF. GIUSEPPE ORESTE POZZI

CORRELATORE:
PROF. DOMENICO COSENZA

Tesi di Laurea di
Flaminia Mastronardi
Matricola 509280

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

Dopo 100 anni dalla nascita di Franco Basaglia e 104 anni dalla nascita di Edoardo Balduzzi, con questa tesi ci si è posti l'obiettivo di comprendere come si sono sviluppate le istituzioni psichiatriche a seguito dell'approvazione della legge 180 in Italia e, nello specifico, in Lombardia. Partendo dalla concezione lacaniana del soggetto, si è voluto dimostrare come è solo l'incontro delle singolarità di paziente e analista a fare sì che il soggetto, anche quello psicotico, emerga. Pertanto, in una situazione istituzionale, la ricerca di uno standard di normalità non porta ad altro che all'emarginazione del diverso, del debole. In Italia Basaglia e Balduzzi hanno cercato di condurre la psichiatria e la psicologia nella direzione della singolarità, e in molti hanno scelto questo percorso piuttosto che quello della rigida imposizione istituzionale. Le testimonianze che sono state raccolte parlano di esperienze concrete nel campo psichiatrico e psicologico grazie alle quali è possibile comprendere come il desiderio dell'analista di incontrare il soggetto che ha davanti possa condurre a percorsi di cura inaspettati, anche nei casi più complessi.

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1 - PRINCIPI TEORICI.....	7
1.1 - Lacan e l'incontro con il soggetto psicotico.....	9
1.2 - Dalle Comunità Terapeutiche di Bion alla rivoluzione di Basaglia.....	22
1.3 - Balduzzi porta la psichiatria di settore in Italia.....	38
CAPITOLO 2 – ESPERIENZE TERAPEUTICHE.....	45
La gestione dell'équipe multidisciplinare.....	47
Gli strumenti terapeutici.....	62
I rapporti con la famiglia e con le istituzioni.....	91
L'esperienza terapeutica con Basaglia e Balduzzi.....	105
L'esperienza di Basti-Menti.....	112
Medici Volontari Italiani.....	117
CAPITOLO 3 – CONCLUSIONI.....	121
Bibliografia.....	126

INTRODUZIONE

La storia della psichiatria, in Italia e nel mondo, è ricca di contraddizioni e di controversie. In questo elaborato, l'intenzione è quella di concentrarsi sulla storia Italiana – più in particolare sugli avvenimenti che hanno costituito l'evoluzione della psichiatria in Lombardia – fino ad arrivare a parlare della situazione attuale.

Per poter parlare di psichiatria in Italia e in Lombardia, però, resta indispensabile tenere conto delle influenze internazionali che hanno condizionato alcune grandi personalità di questo paese. Due personaggi fondamentali sono stati Franco Basaglia ed Edoardo Balduzzi. Il 2024 segna i 100 anni dalla nascita di Basaglia e i 104 anni dalla nascita di Balduzzi. Ma oggi, a 46 anni dalla legge 180 del 1978, cosa è cambiato? Le visioni e gli ideali che hanno portato alla chiusura dei manicomi a favore di una psichiatria e di una psicologia che si occupassero e preoccupassero del soggetto e del suo reinserimento all'interno della società e del territorio sono stati rispettati? È arrivato il momento di porsi alcune domande, domande scomode che, però, molte figure impegnate in questo campo si fanno già da anni.

Se è vero che a seguito della legge Orsini, conosciuta come legge Basaglia, i manicomi sono stati chiusi, non va dato per scontato che, invece, il trattamento del malato mentale da parte degli istituti psichiatrici sia del tutto cambiato. Infatti, la posizione assunta dallo psichiatra e dallo psicologo potrebbe portarli a godere del potere sul paziente che la condizione di malattia mentale offre. Sta al clinico scegliere se approcciarsi all'individuo come oggetto o come soggetto dotato di un proprio desiderio unico e individuale. Oggetto di cure o soggetto da curare. La differenza potrebbe sembrare minima, ma è sostanziale.

Rimangono, quindi, attuali le idee rivoluzionarie di Balduzzi e Basaglia. Ai loro tempi, in Italia vigeva ancora la legge n. 36 del 14 febbraio 1904: *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*, la quale stabiliva che negli Ospedali Psichiatrici pubblici e privati dovessero essere ricoverati alienati di ogni genere per essere custoditi e curati, quando fossero pericolosi per sé o per gli altri o riuscissero di pubblico scandalo. Questa legge prevedeva che i malati venissero presi in carico dalle strutture manicomiali a seguito di richiesta da parte di un parente, un tutore o protutore, o da chiunque fosse interessato alla salute mentale del cosiddetto alienato. In sostanza, la volontà del soggetto non veniva presa in considerazione al momento del ricovero, e ancora meno per quanto riguardava le dimissioni, a totale discrezione del direttore e, in ogni caso, contestabili dagli interessati tramite reclamo al giudice di perizia (articoli 3 e 4 della legge n. 36/1904).

A partire dal 1931 venne inserito, nel Codice di Procedura Penale, l'articolo 604, il quale prevedeva l'iscrizione all'interno del casellario giudiziale del ricovero manicomiale. Una vera e propria stigmatizzazione che portava alla perdita dei diritti civili. Il "malato mentale" diventava, così, criminale, e di conseguenza perdeva il diritto di votare, sposarsi, vendere, amministrare, fare testamento o ereditare.

La legge 180 del 13 maggio 1978, 74 anni dopo la legge Giolitti del 1904, si pose l'obiettivo di riformare l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica ospedaliera e territoriale, al fine di superare la logica manicomiale. Innanzitutto, già dal 1968, con la legge 431 detta legge Mariotti, veniva data la possibilità al soggetto di sottoporsi volontariamente alle cure ospedaliere senza perdere diritti civili (articolo 4), così come la possibilità, per chi era già ricoverato, di trasformare il ricovero da coatto a volontario. Inoltre, a partire dal '68, vennero istituiti centri di igiene mentale a scopo di prevenzione e cura. Una grande innovazione fu quella di stabilire che ogni struttura potesse contenere un numero di reparti compreso tra due e cinque, ognuno dei quali aveva un limite di 125 posti letto, in modo tale da ridurre la trascuratezza e ridare dignità ai pazienti psichiatrici (articolo 1).

Si arrivò così, con l'approvazione della legge 180, alla piena applicazione per tutti i cittadini – compresi i malati di mente – dell'articolo 32 della Costituzione Italiana, il quale recita: "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Ricordiamo che la Costituzione entrò in vigore il primo gennaio del 1948, e che solo trent'anni dopo vide l'articolo 32 applicarsi a tutti i cittadini.

Con la legge Basaglia la malattia mentale assume finalmente la dignità di qualsiasi altra malattia. Il cosiddetto "matto" acquisisce il diritto di curarsi in maniera volontaria, di scegliere il medico e il luogo di cura che ritiene più adatto alla sua persona. È di questo che si occupa e preoccupa Basaglia, della persona e del suo diritto a essere trattata come tale, del suo diritto a "personare", come avrebbe detto lui stesso.

"Lei sa cosa vuol dire persona in senso etimologico? Persona: che suona attraverso. Noi dobbiamo dare la possibilità ad una persona di personare, di essere attraverso se stessa, di suonare." (Romagnoli, 1975).

Obiettivo di questa tesi è proprio quello di interrogarsi sulla condizione attuale della psichiatria in Italia, sulla sua applicazione e sulla possibilità di incontrare quegli ideali che, con lungimiranza, sono stati impostati da figure emergenti come Basaglia e Balduzzi (e non solo), figure che si sono impegnate affinché si potesse finalmente dare voce al malato mentale. Prima di loro la psichiatria si era maggiormente preoccupata di spiegare la malattia mentale, ma la

malattia mentale non si può spiegare, sostiene Basaglia. Si può, e si deve, invece, cercare di comprendere il malato mentale. È solo così che gli Ospedali Psichiatrici possono smettere di essere luogo di contenimento per diventare luogo di cure. Luogo di attenzione al soggetto, al suo essere in maniera unica, e quindi luogo di ascolto e di accoglienza.

Per comprendere davvero la questione, partiremo dalla teoria che ha condotto allo sviluppo di questi ideali. Dagli studi di Franco Basaglia in Inghilterra, dove ha appreso il modello inglese dell'Antipsichiatria e delle Comunità Terapeutiche. Per capire meglio queste ultime, spiegheremo il pensiero di un'altra importante personalità che ha avuto una grande influenza nella storia della psichiatria e della psicologia: Wilfred Ruprecht Bion, noto psichiatra e psicoanalista britannico. Gli studi di Bion alla Tavistock sul gruppo e sul beneficio che questo può avere sulla salute mentale dell'individuo sono stati un pilastro per la storia della psicologia e per la nascita delle Comunità Terapeutiche.

Ci soffermeremo poi sugli studi, dall'altra parte, di Edoardo Balduzzi in Francia. Qui ha scoperto la Psichiatria di Settore del modello francese, la quale ha ispirato il collegamento dell'Ospedale Psichiatrico con il territorio.

Prima di entrare nel dettaglio di queste teorie che costituiscono i fondamenti delle intuizioni messe in pratica in Italia, risulta fondamentale partire da ciò che le accomuna: chi è il soggetto e come funziona? Come si incontra il soggetto e il suo desiderio?

A queste domande scegliamo di rispondere seguendo il pensiero di Jaques Lacan, noto psicoanalista e psichiatra francese che ha a lungo studiato il funzionamento strutturale dell'uomo. La visione di Lacan sull'individuo e sui suoi rapporti con l'Altro risultano fondamentali per comprendere cosa vuol dire incontrare il soggetto, dargli voce. Questa visione conduce naturalmente agli ideali che hanno portato Balduzzi e Basaglia alla scoperta di nuove forme di psichiatria.

In seguito a questa prima parte teorica, fondamentale per comprendere la storia della psichiatria e della psicologia implicata nelle cure psichiatriche, ci concentreremo su un'analisi qualitativa dell'attuale situazione in Lombardia. La scelta di una ricerca qualitativa è stata fatta per cogliere le diverse sfumature di una condizione che quantitativamente potrebbero sfuggirci. D'altronde, se la decisione è quella di studiare le istituzioni psichiatriche, ma anche la condizione umana che in esse è implicata, allora forse sarà il linguaggio e non il numero a darci un'idea più chiara di tutto ciò. Con questa affermazione non si intende sminuire l'importante apporto teorico che viene dato alla disciplina psicologica tramite i dati quantitativi, bensì si intende spiegare una scelta che è stata fatta quando è stata presa la decisione di iniziare l'indagine. Pertanto, sono

state raccolte le preziose esperienze nel settore, le storie e le opinioni di figure che lavorano o hanno lavorato prima, durante e dopo l'applicazione della legge 180 in Italia.

L'obiettivo di questo elaborato è quello di cogliere i diversi punti di vista di chi tocca con mano il settore della salute mentale attuale, di comprendere il funzionamento delle istituzioni psichiatriche e di sapere in che modo si relazionano all'individuo, al cosiddetto "malato mentale". Questi argomenti verranno esplorati attraverso figure professionali diverse, per cercare di raccogliere informazioni in modo tale da formare un quadro il più possibile completo della cura di quella che, ancora oggi, chiamiamo follia.

Le esperienze che abbiamo raccolto riguardano gli psichiatri Simone Vender (Università dell'Insubria) e Isidoro Cioffi (psichiatra a Varese), Francesco Comelli (psichiatra a Milano) la Psicologa Anna Barracco, il medico Dottor Faustino Boioli che ha fondato l'Associazione Medici Volontari Italiani ed opera a Milano città Metropolitana.

Oltre al contributo indispensabile delle interviste, fondamentali per la scrittura di questa tesi sono state la frequentazione di alcuni incontri del gruppo Basti-Menti, fondato da Francesco Comelli con particolare riferimento alle riunioni di programmazione del giovedì mattina; la partecipazione all'evento organizzato dal Gruppo di Lavoro Provinciale per la salute mentale (GLP) "*Giornata di studio su criticità e risorse della Psichiatria*" a Varese, con visita guidata ai padiglioni Antonini (ex reparto donne agitate) e Golgi (ex reparto uomini agitati) dell'Ex Ospedale Neuro-Psichiatrico di Varese dove lo psichiatra, Professor Giuseppe Armocida, ha fatto da guida illustrando la storia e la vita che si svolgeva nei luoghi che costituivano l'ultimo Ospedale Psichiatrico costruito in Italia nel 1938 "Ospedale Neuro-Psichiatrico" di Bizzozero (Varese); la visione dei film "*I giardini di Abele*", regia di Sergio Zavoli (1968) e nell'ambito della neuropsichiatria "*À ciel ouvert*", regia di Mariana Otero (2014) che pur essendo stato girato in Belgio, rappresenta il lavoro che viene svolto anche da alcuni centri sorti venti anni fa in Lombardia.

Nell'ultimo capitolo, dopo aver maggiormente elaborato le suddette esperienze per poter dare una visione della situazione odierna nel campo psicologico e psichiatrico, verranno tratte le conseguenti conclusioni, facendo riferimento a quelle che sono le necessità della realtà contemporanea nel settore della salute mentale.

CAPITOLO 1 - PRINCIPI TEORICI

In questo capitolo ci si soffermerà su quelle che sono le basi teoriche degli approcci psichiatrici e psicologici presi in considerazione, in modo tale da poter studiare l'applicazione odierna dei principi che hanno portato a sviluppare la legge 180.

Ciò che verrà elaborato in questo capitolo, quindi, risulta necessario al fine di comprendere lo sviluppo delle ideologie che hanno consentito il passaggio da strutture manicomiali, pensate per il contenimento e l'emarginazione degli alienati, alle istituzioni psichiatriche, volte alla cura del paziente e della sua rete sociale sul territorio. Si tratta delle ideologie di Basaglia e Balduzzi. È importante sapere che Franco Basaglia ed Edoardo Balduzzi studiarono all'estero, portando in Italia i modelli appresi rispettivamente in Inghilterra ed in Francia.

Il modello inglese prendeva come punto di partenza l'Istituzione, che poi era anche ciò che contestava, per costruire Comunità Terapeutiche in grado di reintegrare il malato di mente all'interno di una struttura sociale. Invece, il modello francese si concentrava sul settore, ovvero sulla continuità assistenziale con le attività che il paziente avrebbe intrapreso all'esterno dell'Istituzione.

Approfondiremo questi due modelli, i quali hanno permesso di arrivare al sistema che oggi viene utilizzato nel campo della salute mentale in Italia. Con la legge del 1978 e la lenta chiusura dei manicomi, la storia della Psichiatria ha finalmente preso una svolta in direzione dei diritti delle persone che soffrivano a causa di malattie mentali. Le innovazioni intuitive portate da Balduzzi e Basaglia sono quelle che hanno ispirato il modello attuale delle Istituzioni Psichiatriche in Italia. Questo perché, per quanto distinte – e, a volte, causa di contrasti tra i due – le proposte cliniche di Basaglia e Balduzzi trovano un punto sostanziale di accordo: l'interesse per il soggetto. Ridare diritti, dignità e voce alla persona, che prima di essere malato mentale non è altro che questo.

E allora, quando parliamo di individualità, non possiamo evitare di citare Jaques Lacan, il quale ha dedicato i suoi studi alla scoperta del soggetto e del desiderio che lo muove, che lo rende vitale. L'interesse per l'Altro è fondamentale per liberare il malato mentale dalla sua condizione di isolamento, per condurlo verso un incontro di sé e del suo Altro. È ciò che la psichiatria ha mancato di fare negli anni della clinica gerarchica, la clinica del potere; anni in cui il matto era tenuto lontano dalla società perché considerato pericoloso, ma che in questa condizione era diventato invisibile. Lacan ci aiuta a vedere come la persona funziona nella società se questa

non gli volta le spalle, se lo aiuta a trovare la sua identità unica e ad applicarla per diventare parte integrante della comunità.

È dalle opinioni di Lacan sul soggetto che partiremo, per poi collegarci al modello inglese (di cui egli apprezzò particolarmente il lavoro di Bion sulle Comunità Terapeutiche) e al modello francese che hanno ispirato le due diverse proposte cliniche, sociali ed organizzative di Basaglia e Balduzzi in Italia.

1.1 - Lacan e l'incontro con il soggetto psicotico.

Lacan si interessò alla psicosi sin dall'inizio dei suoi studi. In particolare, come psichiatra scopre l'importanza e l'utilità clinica dei testi di Freud. Nello studiarli ne ammira la complessità e, allo stesso tempo, ne nota la parzialità dovuta all'interesse specifico di Freud per la cura delle nevrosi.

Utile per comprendere tutto ciò che seguirà sarà una breve spiegazione di ciò che distingue la nevrosi dalla psicosi. Partiamo dal presupposto che, parlando di nevrosi e di psicosi, facciamo riferimento alla diagnosi di struttura; una diagnosi che cerca di leggere i sintomi a partire da come questi rinviano alla struttura psichica del soggetto. Capire e cogliere come il soggetto stesso tende a prodursi attraverso i propri sintomi permette anche di capire il modo che tale soggetto mette in atto per riuscire ad adattarsi all'ambiente in cui vive e cresce.

Con Freud, la cura psicoanalitica si era concentrata prevalentemente sulla cura delle nevrosi. Il principio della nevrosi, per Freud, è la rimozione, o *Verdrängung*, ovvero l'espulsione dalla coscienza (*Io*) di pensieri e desideri che subiscono l'azione repressiva del *Super-Io*, istanza psichica che si occupa di rimuovere ciò che risulta intollerabile alle norme sociali che l'individuo ha dovuto accettare tramite le regole e l'educazione che gli sono state trasmesse dalle figure genitoriali. Le spinte pulsionali (*Es*) che vengono rimosse dalla coscienza sono proiettate su altri oggetti o rappresentazioni, i quali assumono – a livello inconscio – il significato di desideri intollerabili che il *Super-Io* ha dovuto censurare per rendere il bambino accettabile agli occhi dei genitori, e poi della società. Questi oggetti, carichi di nuovo significato a livello dell'inconscio, diventano i sintomi della nevrosi per effetto di un compromesso dell'*Io*. Quindi la rimozione è quel meccanismo attraverso il quale il soggetto censura o trattiene nell'inconscio rappresentazioni connesse alla spinta pulsionale. La rimozione si verifica quando l'appagamento di una spinta pulsionale al piacere potrebbe causare un dispiacere di altro genere; quando le spinte provenienti dall'*Es* risultano incompatibili con il *Super-Io*, per cui l'*Io* si trova costretto a rimuoverle, con il loro conseguente ritorno – sotto forma di compromesso – verso nuove rappresentazioni.

Per quanto concerne la differenza tra nevrosi e psicosi, nel 1923 Freud scrive:

“Nel contesto di un ragionamento di altro tipo, relativo all'origine delle psicosi e alla loro profilassi, sono giunto a una semplice formula, che si riferisce a quella che è probabilmente la differenza genetica più importante tra le nevrosi e le psicosi: la nevrosi sarebbe l'effetto di un

conflitto tra l'*Io* e il suo *Es*, mentre la psicosi rappresenterebbe l'analogo esito di un perturbamento simile nei rapporti tra *Io* e mondo esterno”.

Nel testo intitolato *Nevrosi e Psicosi* del 1923, Freud spiega anche che l'effetto patogeno è legato al comportamento dell'*Io*: se nella condizione di tensione conflittuale l'*Io* rimane fedele alla propria dipendenza dal mondo esterno cercando di censurare l'*Es*, o se invece si lascia sopraffare dall'*Es* e quindi strappare dalla realtà. In questa situazione il *Super-Io* svolge la funzione per l'*Io* di modello ideale di reciproca compatibilità fra i molteplici rapporti di dipendenza cui è soggetto. Nel caso della psicosi, quindi, la rottura dell'*Io* con la realtà esterna è dovuta al fatto che è l'*Io* stesso a tornare al suo stato originario indifferenziato in cui si dissolve interamente o parzialmente nell'*Es*, il quale non conosce gli oggetti e la realtà.

Questa nozione viene chiarita ulteriormente dal momento in cui Freud afferma che nella psicosi abbiamo la preclusione. Per parlare della psicosi allora è opportuno fare riferimento a Lacan. Egli traduce il termine *Verwerfung* mediante il termine *Forclusion* per indicare la modalità in cui viene realizzata la negazione sul significante stesso: si nega il significante in quanto strumento della rappresentabilità per il soggetto. Questo concetto ha dato la possibilità di comprendere che nelle psicosi lo strutturarsi della memoria e della realtà psichica non sia in grado di seguire completamente le vie della rimozione, perché viene preclusa la modalità metaforica nella combinatoria dei significanti. Ciò porta a una rigidità nella comunicazione tra realtà psichica e realtà esterna poiché la realtà psichica, in questo caso, si struttura su connessioni metonimiche, immaginarie, che possono perdersi di fronte a esperienze reali che richiedano al soggetto una risposta metaforica. Lacan chiamerà funzione paterna quella che, a livello inconscio, si struttura come uso metaforico del significante.

Prima di addentrarci nella metafora paterna, però, è necessario spiegare quali sono i tre registri lacaniani che organizzano l'esperienza del soggetto.

L'immaginario è il registro delle identificazioni e del narcisismo, dell'*io (moi)* e delle relazioni intersoggettive; su questo piano il soggetto assume l'altro speculare come propria immagine.

Il simbolico è il registro del linguaggio, un piano sovraindividuale che anticipa la dimensione dell'immaginario. Il campo del simbolico è quello dell'Altro inteso come luogo del linguaggio e della cultura, diverso dall'altro speculare proprio perché non corrisponde al simile.

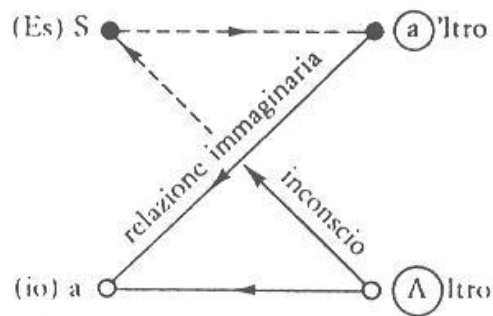
Il reale si definisce come registro dell'impossibile, essendo ciò che resiste sia all'immaginario, sia al simbolico. Del reale non vi è padronanza. Il reale è ciò che resta del processo di simbolizzazione, è ciò che non entra nella parola, che non è riconducibile ad un significante e che è fuori dall'immaginario. Può solo essere avvertito come ciò che angoschia, proprio perché non può rientrare in un significante. Difendersene in maniera assoluta comporterebbe il rischio

di rifugiarsi eccessivamente nell'immaginario, con tutte le conseguenze che questo potrebbe comportare.

L'unione di queste tre dimensioni è rappresentabile ed è stata rappresentata da Lacan ricorrendo al nodo borromeo, che necessita di un quarto elemento perché possa tenere senza sciogliersi, senza scombinarsi, senza scomporsi, senza distruggersi. Il quarto elemento può essere rappresentato dal Nome del Padre o dal sintomo, ma è utile occuparsi di comprendere il ruolo della funzione paterna prima di poter scoprire in che maniera il sintomo può essere utilizzato come quarto elemento che tiene legati i registri tra di loro.

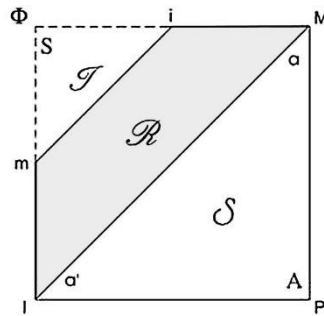
Lacan si occupò di analizzare il fenomeno elementare della psicosi, ovvero l'allucinazione, che lo portò ad interpretare la follia come mancanza del significante essenziale per la significazione dell'uomo, piuttosto che come deficit delle funzioni psichiche. Il soggetto psicotico si ritrova, così, costituito dal linguaggio senza potersi rappresentare nel proprio discorso a causa della preclusione del significante Nome-del-Padre durante il suo processo di significazione. La traduzione del termine *pre-clusione* in *for-clusion* – termine tratto dal linguaggio giuridico – da parte di Lacan sta ad indicare che l'impedimento non è precedente nell'esperienza del soggetto, ma rappresenta un cedimento strutturale di fronte ad un impatto con il reale. Il suffisso francese “*for-*” è di ordine spaziale – vuol dire chiuso fuori – ricordando la topologia freudiana della psicosi: quello che è abolito all'interno ritorna dall'esterno. Invece, il suffisso “*pre-*” è di ordine temporale o logico, ricordando la teoria lacaniana: ciò che viene precluso nel simbolico fa ritorno nel reale. Nel *Seminario V* sulle formazioni dell'inconscio (1957-1958) Lacan rilegge l'inconscio freudiano utilizzando la linguistica strutturale, e questo gli consente di stabilire che l'oggetto ha valore metonimico (vi è una contiguità di senso o di forma tra significanti), mentre la funzione paterna agisce come metafora. La metafora paterna, legandosi alla metonimia significante dell'oggetto, struttura l'inconscio come un linguaggio. Nella *questione preliminare* (1966), di conseguenza, Lacan afferma che per trattare la psicosi è necessario tenere presente che c'è un fallimento dell'inconscio. Pensare il matto come normale che manca di salute è stata la grande trovata della psichiatria, la quale ha provveduto a rinchiuderlo, a completarlo tramite un'istituzione, a correggerne il comportamento a livello biochimico e, infine, a cercare di stabilizzarne l'umore. La psicoanalisi, invece, si occupa di trattare lo psicotico come tale, interrogando il rapporto tra il perceptum allucinatorio e il suo soggetto. Ma l'insensatezza del folle ha una struttura. Rileggendo l'Edipo, Lacan è in grado di affermare che la psicosi è strutturata; il triangolo immaginario costituito da padre, madre e figlio struttura la realtà del soggetto attraverso il Nome del Padre. Lo schema R è in grado di spiegare questa operazione, ma già nello schema L (Lacan, 1966), in cui viene definito lo stadio dello specchio, è possibile

osservare come il rapporto con l'Altro sia barrato dall'asse del riconoscimento immaginario. L'io non è un uno, ma è già un noi; il soggetto appare come relazione con l'Altro, attraverso il cui sguardo egli acquisisce un'immagine unificante, l'immagine dello specchio che lo identifica con il proprio simile. Il percorso di costituzione dell'io parte dall'organismo non ancora soggettivato (S), per poi ritrovarsi nell'altro simile (a') e finalmente costituire l'io (a) attraverso una relazione immaginaria. L'immagine unificante che verrà a crearsi come vettore della relazione immaginaria sarà poi in grado di censurare la sua dipendenza dal discorso dell'Altro (l'Altro del linguaggio, lo sguardo della madre) tramite la rimozione, grazie alla quale l'immagine del soggetto si deposita nel luogo dell'Altro per diventare inconscia. L'io è una somma di frammenti immaginari, ovvero di identificazioni, in cui il soggetto si riconosce. La coscienza della propria completezza e unità arriva dall'Altro, quindi dall'esterno. L'io avverte prematuramente il suo essere completo tramite l'immagine dell'altro simile (io ideale) rispetto all'effettiva appropriazione simbolica del corpo, legata alla domanda. L'immagine, quindi, mostra all'io la sua unità, mettendolo, però, di fronte alla sua incompletezza, motivo per il quale il soggetto si rivolge all'Altro che ne sa di più. Questo fa sì che si costituisca la divisione strutturante del soggetto della nevrosi, il soggetto barrato. Durante lo stadio dello specchio, in sintesi, il soggetto si aggrappa al riferimento di colui che lo guarda per trovare la propria identità e compiacersi della propria unificazione immaginaria.



Il paranoico, invece, aderisce senza dubbi all'immagine speculare: lo sguardo della madre si fissa nell'Ideale come riconoscimento dell'Altro. Per lo psicotico è l'Altro che lo ama e lo perseguita. È l'Altro che lo parla, che fa di lui il suo oggetto di godimento (*oggetto piccolo a*). L'Altro dello psicotico viene percepito come completo, come sapere assoluto, proprio perché privato della dimensione enigmatica data dall'essere incontrato come desiderante (Altro barrato). È per questo che se qualcosa non va nell'esperienza del folle è sempre l'Altro a essere percepito come malato, mai il soggetto. L'errore dell'Altro consiste nella sua mancata soggettivazione; è un Altro disumano perché senza legge, nel senso che coincide con la legge.

Con lo schema R (Lacan, 1966) vediamo l'inserirsi della metafora paterna all'interno di questa dinamica.



Nello schema R il triangolo immaginario (\mathcal{I}) contiene il soggetto (S) nel punto zero, l'io (m) e l'immagine del simile (i) – i primi due termini dell'identificazione immaginaria – ai suoi due vertici. Si vengono a creare una serie di identificazioni immaginarie, le quali portano alla formazione dell'Ideale dell'io (I) e dell'oggetto M, in quanto erede dell'oggetto materno. Con questi due assi viene prolungato il triangolo immaginario, così che possa essere costruito un campo che vada a barrare la piena iscrizione del soggetto nel campo del simbolico; viene a costituirsi il campo del Reale (\mathcal{R}). La realtà è il risultato di un'organizzazione simbolica (\mathcal{S}) dell'immaginario, e l'operatore che ha il compito di estrarre la realtà dal caos è il Nome del Padre (P). Il Nome del Padre è in grado di mettere il soggetto in relazione con il reale del godimento, nonostante questo sfugga alla presa della parola e del riconoscimento immaginario. Questa operazione è quella che permette al soggetto di costituire una “realtà psichica”, permettendo al soggetto di istituirsi. L'organizzazione del linguaggio, oltre a implicare una dimensione dell'Altro, fa sì che i significanti si combinino e ricombinino in una struttura reticolare, presentandosi nel luogo del soggetto come messaggio. L'effetto di questo messaggio deriva da una combinatoria – sostituzione o condensazione – di due significanti. In questo modo viene a prodursi la significazione. Le due tipologie di combinatoria freudiane vengono da Lacan ricondotte ai due assi fondamentali del linguaggio: metafora e metonimia, le due modalità con cui i significanti si uniscono per creare catena e rete.

La metonimia è contiguità di senso, di forma, di parte per tutto; per cui due significanti si legano perché hanno qualcosa in comune. La metafora non ha bisogno di vicinanza; opera per condensazione, per cui un significante si lega ad un altro prendendone il posto e nel sostituirlo fa corpo comune con esso. Nella metafora c'è un guadagno perché un significante si arricchisce di un altro significante, quindi c'è un salto a livello dell'esperienza. Il soggetto psicotico è precluso dalla possibilità di usare la metafora perché il suo sistema simbolico, ovvero l'Altro

da cui dipende la sua situazione, è un luogo dove le metafore non si fanno, dove vengono preclusi il guadagno e il salto di esperienza della metafora. È così che Lacan stabilisce che la funzione Nome-del-Padre, guidando gli annodamenti a reticolo delle catene significanti, fa funzionare l'ordine simbolico che permette di mantenere la funzione della realtà.

“Io mostro la funzione radicale del Nome-del-Padre, che è di dare un nome alle cose, con tutte le conseguenze che questo comporta, fin al godere specialmente” (Lacan, 1975).

Ciò che manca nello psicotico non è il padre come significante o come reale, ma è la funzione del Nome del Padre che non è simbolizzabile; per quanto possa essere innalzato, il padre non arriva a svolgere la sua funzione. A livello simbolico, la funzione del padre ha il compito di significare il desiderio della madre, ovvero la significazione umana originaria: il suo dovere è quello di tradurre nel senso della dicibilità e nel senso immaginario del fantasma il fatto che la madre desideri qualcosa che non è il suo stesso figlio. Il padre non è l'altro della madre, ma colui che fa sì che l'altro della madre abbia una significazione; è il Nome dell'altro della madre. La mancanza della significazione del Nome del Padre fa sì che il figlio non sia in grado di accettare a livello simbolico il fatto che la madre abbia un oggetto exteriorizzabile, che possa essere staccato da lei. È così che al soggetto manca la possibilità di simbolizzare la causa dell'assenza della madre, dell'assenza delle sue cure, diversa dalla mancanza dell'oggetto del bisogno e diversa dalla mancanza d'affetto. Il Nome-del-Padre si occupa di inscrivere nel luogo dell'Altro il significato del desiderio materno, ovvero la significazione fallica. È il ruolo che Freud dà alla castrazione come termine dell'Edipo.

La presenza di un significante nell'Altro, in condizioni normali, esiste nel soggetto allo stato rimosso, motivo per il quale non vi ha accesso se non tramite automatismo di ripetizione, ovvero tramite la formazione dell'inconscio. Nel soggetto psicotico, invece, un significante nell'Altro non è presente in maniera rimossa perché egli non vi ha mai avuto accesso. Nel luogo in cui viene chiamato il Nome del Padre può rispondere nell'Altro un buco, che a causa della mancanza dell'effetto metaforico provoca un buco al posto della significazione fallica (Lacan, 1974). Questo buco strutturale lascia il soggetto senza difese simboliche di fronte al desiderio dell'Altro, il quale è così in grado di esercitare la sua attrazione mortifera sotto forma di angoscia quando il simbolico non lo colma di contenuti fantasmatici, grazie ai quali il desiderio diventa vivibile. Le costruzioni immaginarie dello psicotico non danno, come fanno nel soggetto nevrotico, una risposta all'enigma del desiderio dell'Altro, ma sono una difesa fragile da ciò che viene presentato dal desiderio, dal fascino del reale che si pone senza enigmi, come puro godimento.

È per questo motivo che l'emozione implicherebbe l'individuo psicotico in una relazione con il desiderio dell'Altro senza protezione, di cui percepisce tutta la carica mortifera. Il reale che si articola con la ripetizione che struttura il simbolico costituisce una deriva, ma questo non succede quando il reale si presenta come fissità del significante; è così che il significante perde il suo valore dialettico di differenza per diventare un pezzo di reale. La particolarità della psicosi riguarda i rapporti tra la parola e il linguaggio; il soggetto, privo della dialettica data dalla parola – che è il mezzo per verificare il riconoscimento dell'Altro – viene catturato dall'inerzia del linguaggio.

Il bambino oggetto del fantasma materno, a differenza del bambino che rappresenta il sintomo della coppia, ha la funzione di rivelare l'oggetto del fantasma materno. Preso in questo rapporto duale – e non in una struttura triangolare contenente il Nome-del-Padre – lascia spazio a poche manovre da parte dell'analista, il quale dovrebbe incarnare la posizione di terzo. Quindi il bambino che è preso in una relazione triangolare contenente la metafora paterna, oltre al desiderio materno, va ad occupare il posto di significante della coppia tramite il sintomo in quanto metafora. Il bambino che, invece, occupa il posto dell'oggetto, andrà a saturare la mancanza specifica del desiderio materno nella struttura che è propria alla madre; nel caso della psicosi metterà fuori gioco la funzione paterna. “È secondo una tale necessità che si valutano le funzioni della madre e del padre. Della madre: per il fatto che le sue cure portano l'impronta di un interesse particolarizzato, fosse solo tramite le proprie mancanze. Del padre: per il fatto che il suo nome è il vettore di una incarnazione della Legge del desiderio” (Lacan, 1969).

Si può pensare al Desiderio materno come a un buco originario comune a tutti che si impone al soggetto come insoddisfazione, proprio perché nella memoria è preceduto da una sensazione di pienezza di soddisfazione, e pertanto riempibile tramite sostituzione metaforica, ma non tramite un'operazione di metonimia. La metafora paterna è, così, in grado di prenderne il posto per avviare la successive possibilità di funzionamento; è una metafora originaria e originante del funzionamento metaforico. Per i soggetti psicotici questo momento successivo alla metonimia non è possibile, quindi il buco può essere rattoppato da funzionamenti metonimici, ma mai davvero chiuso. Nella preclusione il tempo del ritorno non c'è, nel senso che non esiste come tempo del ritorno del rimosso simbolizzabile. L'effetto del ritorno del rimosso mette il soggetto a pieno titolo nella significazione, nel suo posto simbolico. L'espressione “ciò che è precluso nel simbolico ritorna nel reale” non indica un ritorno allo stesso titolo di un ritorno del rimosso; non è un ritorno sintomatico, ma è solo un farsi presente come buco. Dire che il significante si fa reale vuol dire che il significante, in quanto tale, manca (Viganò, 2009).

Miller, in *La lezione delle psicosi*, sintetizza la psicosi così:

“L’alienato, colui che ha rifiutato la seduzione del padre, ma a prezzo della sua anima e persino della forma stessa del suo corpo. Non ha voluto scambiare il godimento con il significante del padre, e il godimento gli è rimasto intimo, mentre il significante del padre gli è precluso... non ha messo nell’Altro la causa del suo desiderio”. È in questo modo che lo psicotico stabilisce la precondizione per la creazione, e questa sarà la via che Lacan indicherà per il suo trattamento. Il sintomo psicotico si crea nel tentativo di guarire, nel tentativo di annodare i tre registri. Il delirio è l’espressione di un pensiero che riesce a seguire soltanto le vie metonimiche di contiguità dei significanti, senza la capacità creativa della metafora paterna. Anche il delirio è in grado di arrivare ad un suo punto di creazione, usando un significante come supplenza del Nome del Padre. La psicosi può arrivare a stabilizzarsi per trovare un rapporto soddisfacente con la realtà quando un significante riesce a legare del godimento, come fa la metafora paterna. Lacan, tra il 1975 e il 1976, dà alla parola sintomo la nuova ortografia di *sinthomo*, che segnala una diversa definizione del sintomo. Se inizialmente il concetto di sintomo è quello di una formazione dell’inconscio, quindi di una parte del discorso dell’Altro, in *Le formazioni dell’inconscio (Seminario V)*, Lacan dice: “Il sintomo è articolato come un linguaggio”, allo stesso titolo dell’inconscio. Risulta diviso tra significato e significante e la sua dimora poteva essere il corpo o il pensiero.

“Il *sinthomo* è ciò che c’è di singolare in ogni individuo” (Lacan in *Joyce il sintomo*).

Il *sinthomo*, così inteso, si opporrebbe come singolare a tutto ciò che il sintomo, nella sua prima accezione, comporta di generale. L’inconscio non è ciò che c’è di singolare dell’individuo, è per questo che Lacan lo pone nell’Altro. Invece il *sinthomo* alloggia nell’Uno. In questo modo l’inconscio diventa discorso dell’Altro, mentre il *sinthomo* è discorso dell’Uno. Nella lezione del 16 novembre del 1976 (*Seminario XXIV*, Lacan), infatti, si legge:

“L’inconscio è situato nell’Altro, portatore di significanti, che tira i fili di ciò che si chiama imprudentemente il soggetto”. In questo senso l’inconscio è una generalità e non una singolarità. “Noi crediamo di dire quello che vogliamo, invece è ciò che hanno voluto gli altri”. Il soggetto viene ricondotto dall’inconscio a ciò che chiamiamo l’Altro, e così “è quello che hanno voluto gli altri, in particolare la nostra famiglia, a parlarci”. A questo punto Lacan nota che l’analizzante, lasciato a se stesso, parla di faccende di famiglia, qualunque sia la cultura in cui è stato educato e qualunque sia il tipo di relazione che ha avuto con la sua famiglia. Invece, il *sinthomo* rappresenta ciò che c’è di singolare in ogni individuo, e vedremo con l’analisi che Lacan fa di Joyce come può essere talmente singolare da non riuscire a comunicare.

Lacan suggerisce la possibilità di pensare alla psicoanalisi come ad un accesso all’identità sintomale, partendo dall’Uno-da-solo piuttosto che dall’Altro. Il soggetto è chiamato a non

accontentarsi di dire ciò che hanno voluto gli altri, a non accontentarsi di essere parlato dalla propria famiglia, ma ad accedere alla consistenza assolutamente singolare del *sinthomo*. Sempre nella lezione del 1976 contenuta nel *Seminario XXIV*, Lacan afferma:

“Conferisco all’identificarsi con il proprio *sinthomo* il valore di: riconoscere la propria identità sintomale. Il senso non è quello per cui si arriverebbe a identificarsi con il proprio *sinthomo*; piuttosto, si è il proprio *sinthomo*. Identificarsi con questo significa riconoscere il proprio essere di *sinthomo*, ovvero sbarazzarsi delle scorie ereditate dal discorso dell’Altro, dopo averlo percorso”. Il *sinthomo*, inteso come ciò che è più singolare, è indecifrabile; è di un altro ordine rispetto a quello della cifra. Al principio di piacere – definito come un subire, un patire il minimo possibile – viene riconosciuto un posto nel piano dell’Uno; tale principio, che non cessa un istante, è considerato come l’unica legge che Lacan riconosce allo stadio del *sinthomo*.

Nel *Seminario XXIII* Lacan osserva come Joyce fosse riuscito a non cadere nella follia e a farsi un nome proprio, a spese del Nome-del-Padre, grazie alla creazione di una sua scrittura connotata da una rottura con l’ordine del senso e della narrazione. Joyce stesso sapeva che la superficie apparentemente incomprensibile della sua scrittura era una proiezione dell’enigma dei suoi desideri profondi. La scrittura dell’autore diventa sintomo della mancata iscrizione del Nome-del-Padre, ma anche soluzione grazie alla quale da qualcosa di ordinario può emergere un aldilà spirituale, fatto di risonanze. Il *sinthomo* condensa i termini di sintomo e *saint-homme*, dimostrando che del Nome-del-Padre si può fare a meno a condizione di servirsene. Dove il simbolico fa difetto può nascere un parlessere innescato nel corpo pulsionale: è qui che sta la lingua dell’arte musicale, poetica e pittorica. In assenza del Nome-del-Padre, per evitare di cadere nel vuoto e nel delirio della psicosi, Joyce fa intendere le molteplici arborescenze, risonanze e corrispondenze dell’enigma dei desideri, colorate di fantasmi folli e delle cose più crude del corpo. Così Lacan arriva, tramite il *Sinthomo*, a non dare il ruolo di simbolizzazione esclusivamente alla funzione paterna: capisce che un potenziale psicotico, a causa di una fragilità del Nome-del-Padre, possa abortire, nel momento in cui una forza singolare dell’enigma di desideri è capace di rompere il linguaggio corrente, affinché si intenda la lingua dalle molteplici risonanze delle voci del corpo. Se la sua apparenza incomprensibile svia, il suo potere di mancanza erotica permane, spingendo a cercare ciò che sfugge all’ordine significativo del linguaggio. Lacan mantiene il riferimento alla simbolizzazione del linguaggio, integrando la fragilità del Nome-del-Padre in un enigma che, liberandolo dal suo modello, apre alle voci di una creazione singolare (Dufour, 2016).

In quest’ottica sulla psicosi, che dà la possibilità all’individuo di riannodare i tre registri che compongono il nodo borromeo utilizzando la singolarità del suo *Sinthomo* - inteso come

discorso che parla dell'Uno (non discorso che si fa parlare dall'Altro) - risulta evidente che lo scopo che la psicoanalisi deve dare all'istituzione è quello di instaurare dappertutto la particolarità contro l'ideale.

Il Sinthomo funziona come supplezza del Nome-del-Padre, per cui il godimento si lega tramite il significante senza usare la funzione della metafora o del fantasma. Si tratta di un significante isolato che stabilisce una connessione di continuità con il godimento. Il sinthomo non è interpretabile finché la sua supplezza simbolica non si articola con la catena significante, quindi fino al momento in cui il soggetto viene preso in un legame di discorso. Nella preclusione, infatti, il significante agisce in maniera olofrastica, fuori discorso, motivo per il quale viene messo in funzione l'Altro della legge (l'Uno che non ammette eccezioni), ma non l'Altro del linguaggio. Andando al di là dell'Edipo, Lacan è in grado di dire che è possibile andare al di là del padre (nella costruzione), ma a condizione di servirsene (nel trattamento). Il concetto di servirsi del padre e non della legge ha delle grandi conseguenze nella clinica delle istituzioni. Il padre è buono quando non si prende per l'Uno, quando sa ignorare la legge, per esempio quando lascia il suo posto al desiderio per la madre. La questione del sinthomo è legata al problema di ridare un posto all'oggetto indicibile, senza il quale lo stesso oggetto passerebbe nel reale in maniera angosciante. Questo spazio può essere trovato solo nel singolare del soggetto. Lo psicoanalista è colui che detiene la funzione politica di ricordare che l'universale non risolverà mai le questioni, che il godimento nella sua più orrenda particolarità fa da protesta contro l'Ideale; che più si vorranno degli ideali, più si fabbricherà del male. La psicoanalisi ha il compito di introdurre il paradosso di lottare per estrarre la particolarità in ogni caso, senza tentare di aiutare il soggetto applicandogli degli ideali. Restituire all'individuo la sua particolarità è il contrario dell'intolleranza e della segregazione. Ciò non significa che il soggetto sia legittimato a tiranneggiare il suo ambiente in nome della sua particolarità, ma che l'elaborazione di una morale effettiva va giudicata caso per caso. Andrebbe, pertanto, rimesso in questione l'ideale dell'istituzione familiare; la famiglia stessa è degna di rispetto soltanto se è un luogo all'interno del quale ogni componente possa ritrovare uno spazio per la propria particolarità residuale (Laurent, 2016). In sostanza, l'istituzione non deve avere paura del Sinthomo dello psicotico, ma dovrebbe imparare ad accogliere la sua singolarità.

Il linguaggio – in quanto struttura – è all'origine di ogni forma istituzionale, che essa sia politica, sociale, economica, o che essa prenda forma in manifestazioni filosofiche, artistiche o religiose. In sostanza, il linguaggio si condensa nel termine di cultura o di civiltà. Freud insegna che la cultura è segnata da un disagio; si trascina una mancanza fondamentale e caratterizzante che la rende umana, differenziandola dal concetto di natura. Jaques Lacan afferma che questo

disagio è irreparabile perché il linguaggio è caratterizzato da un qualcosa che ogni discorso non riesce a dire o a contenere: Freud lo chiama pulsione di morte, mentre Lacan lo chiama godimento. Quindi l'istituzione, come effetto del linguaggio sull'uomo, ha come limite e orizzonte questo impossibile da dire. Lacan, in *Allocuzione sulle psicosi infantili*, arriverà a dire: "Ogni formazione umana ha per essenza e non per accidente di porre un freno al godimento. [...] poiché il principio del piacere è il freno del godimento" (*Altri scritti*, 2013). Ma l'istituzione non è solo l'effetto del linguaggio nel campo del sociale umano; è anche l'effetto del linguaggio nel campo in cui il soggetto si umanizza ed è reperito come individuo, ovvero il campo del simbolico. Se non viene colta la rimessa in questione di tutte le strutture sociali a causa del progresso della scienza, la risposta che ne deriverà sarà una segregazione sempre più accentuata che ha come paradigma il campo di concentrazione. Segregazione che sarà più accentuata se insisterà sul versante del linguaggio che, come nella scienza, si appoggia unicamente sull'universale del significante. In questo contesto lo psicotico diventa "come il segno, segno in impasse, di quanto legittima il riferimento alla libertà" (*Altri scritti*, 2013). La psicoanalisi, al contrario della scienza, fa leva sul particolare dell'oggetto; oggetto inteso come struttura accumulatrice di godimento. Il linguaggio si occupa, prima che di far prendere posto al bambino all'interno delle istituzioni umane, di situarlo all'interno del fantasma. La psicoanalisi opera sul fantasma: senza riferimento al fantasma come campo specifico della sua operatività, la psicoanalisi diventa pedagogia, occupandosi di inserire il bambino in istituzioni umane in nome e per conto di ideali. Invece l'istituzione è soprattutto un effetto del simbolico sull'uomo: è grazie al simbolico, che si costituisce tramite il complesso di Edipo, che il bambino si costituisce, diventando soggetto dell'inconscio e inserendosi in maniera personale e particolare nel mondo umano.

Di conseguenza, non è pertinente opporre la famiglia e l'istituzione perché sono entrambe forme istituzionali prodotte dal simbolico. Ogni istituzione, familiare e non, ha il compito di trasmettere un desiderio non anonimo e una particolarità non risolvibile nell'universalità dell'ideale. Non è nemmeno pertinente opporre l'istituzione e la psicoanalisi, poiché anche la pratica analitica è un'istituzione. L'analisi non si esaurisce nel numero due, cioè nel rapporto duale tra analista e analizzante, e neppure nel numero tre, se a quel due si aggiunge il sapere dei significanti inconsci. Gli elementi in gioco in una psicoanalisi sono quattro, lasciando al quarto posto quello di referente all'inizio della cura latente, anche se pressante nel sintomo, per poi svelarsi come oggetto causa del desiderio che punta al godimento proprio di ciascuno.

Un'istituzione che punta a risuonare con la struttura dell'inconscio risponderà alle sollecitazioni della struttura, favorendo la rivoluzione di quelli che Lacan chiama i quattro discorsi. Si sa cosa

hanno dato di positivo, ma soprattutto di negativo le istituzioni basate su uno solo di questi discorsi.

Istituzioni fondate unicamente sul significante maître, ovvero sull'universale del significante, facevano in modo che il loro apparente ecumenismo facesse da facciata nobile di una segregazione messa all'ordine del giorno. Istituzioni basate sull'applicazione pura e semplice del discorso della scienza rischiano di fare in modo che il soggetto umano possa vedersi cancellato. Ancora, gli sterili intrighi delle istituzioni che si fondano su un sapere supposto totale portano all'asfissia come risposta alla loro burocratica sollecitudine. Infine, le istituzioni che si rifanno alla scoperta psicoanalitica in maniera bloccata spesso mettono in atto un delirio il cui contenuto varia a seconda delle scuole e delle tendenze.

La psicoanalisi insegna che una giusta collocazione dei quattro discorsi e una messa in esercizio di una loro rivoluzione è possibile grazie a una circolazione di questi stessi discorsi. Quindi non è a livello organizzativo che si distinguono le istituzioni che si ispirano alla psicoanalisi, perché, in effetti, possono coesistere più forme organizzative. Ciò che fa la differenza è la politica in cui viene privilegiato il particolare contro l'utopia dell'universale, data dal fatto che gli operatori sono portatori di un desiderio non anonimo. Gli operatori non sono mossi dal fare del bene o guarire i loro pazienti, bensì dal manifestare nel loro lavoro di essere mossi da una causa che prende forma in uno stile proprio a ciascuno. Quindi gli organi di direzione istituzionale non hanno il compito di conformare gli operatori ad uno standard terapeutico; piuttosto sono portati ad armonizzare lo stile proprio di ogni operatore in un quadro d'insieme. L'accettazione di uno stile proprio a ognuno da parte della direzione e l'accettazione del ruolo direttivo da parte degli operatori lascia scoperto un non-tutto, essenziale al funzionamento secondo la struttura. Dimenticare il non-tutto da parte degli operatori porterebbe ognuno di loro a enfatizzare il proprio stile come se fosse quello perfetto, come se esistesse un unico stile di cui ognuno è l'incarnazione. Dall'altra parte, dimenticare il non-tutto da parte della direzione la porterebbe a universalizzare le risposte alle questioni incarnate nei pazienti, come se esistesse un sapere totale e totalizzante di cui è depositaria.

Ponendo l'etica della psicoanalisi come fulcro e asse portante del lavoro istituzionale, ogni operatore potrebbe essere in grado di rispondere all'interrogativo posto da Lacan al termine del suo discorso sul bambino e l'istituzione presente in *Altri scritti*: "quale gioia troviamo noi in ciò che costituisce il nostro lavoro?" (Di Ciaccia, 2016).

Inoltre, per quanto riguarda l'istituzione, Lacan aveva grande stima per la soluzione che Bion aveva trovato, una soluzione che considerava inedita e in linea con ciò che egli stava elaborando sulle dinamiche del funzionamento dell'inconscio.

Nel prossimo capitolo ci occuperemo proprio di comprendere il funzionamento del gruppo bioniano a partire dall'esperimento di Northfield, per poi arrivare al concetto di Comunità Terapeutiche che ha ispirato anche Basaglia nel suo tentativo di rivoluzionare il sistema di cura della salute mentale in Italia.

1.2 - Dalle Comunità Terapeutiche di Bion alla rivoluzione di Basaglia.

La storia delle Comunità Terapeutiche, per come vengono intese a partire dall'esperimento di Northfield, inizia con la convocazione da parte dell'esercito inglese di John Rickman, psichiatra della Tavistock Clinic. Nei primi anni '40, per via della guerra, i casi di soldati che chiedevano il congedo per inabilità mentale erano aumentati drasticamente, causando all'esercito una riduzione del 30% delle sue forze. Per questo motivo si decise di fare ricorso a degli specialisti del campo psichiatrico e psicoterapeutico, dando loro la possibilità di sperimentare nuovi approcci terapeutici. Infatti, tra il dicembre del 1942 e il gennaio del 1943, per sei settimane si tentò di mettere in atto un nuovo approccio terapeutico per i soldati ricoverati nel reparto psichiatrico dell'ospedale di Northfield, vicino a Birmingham, con l'urgenza da parte dell'esercito inglese di rimandare i soldati colpiti da nevrosi di guerra sul campo di battaglia nel minor tempo possibile. L'approccio clinico di Rickman consisteva nel creare delle attività di gruppo che richiedessero competenze militari, in modo tale da riabilitare i pazienti, evitando di cronicizzare il loro stato di malattia che poteva allontanarli dalle attività di vita quotidiana a causa della passivizzazione, in parte gratificante, appresa nel ruolo di malati (Lombardo, 2004). Bion, allora allievo di Rickman, venne messo a capo del reparto di riabilitazione contenente circa quattrocento casi di persone in attesa del congedo per malattia psichiatrica. Sulle condizioni in cui trovò il Northfield Hospital, egli stesso scrisse: "Sotto lo stesso tetto erano riuniti tre o quattrocento uomini che nei loro reparti avevano già avuto i benefici, di noto valore terapeutico, offerti dalla disciplina militare, dall'alimentazione sana e dalla vita regolare, il che non aveva impedito loro di trovare la strada dell'ospedale psichiatrico" (Bion, 1961).

La gestione del reparto psichiatrico da parte di Bion e dei suoi collaboratori prevedeva la creazione di gruppi di attività di ogni tipo, da quelle più pratiche e inerenti l'attività militare a quelle più ludiche. L'esperimento viene descritto nelle sue dinamiche nel testo di Bion, in cui egli parla delle sue esperienze nei gruppi: "Un risultato interessante [...] è [...] che non esiste la possibilità nel gruppo che un individuo possa "non far niente", nemmeno non facendo niente. Siamo quindi di nuovo arrivati a confermare, da un diverso punto di vista, il nostro sospetto che tutti i membri di un gruppo siano, senza eccezione, responsabili del comportamento del gruppo" (Bion, 1961).

In effetti la particolarità dei gruppi bioniani risiede proprio nel fatto che non ci sia una persona ritenuta responsabile della mediazione dei conflitti all'interno del gruppo; è il gruppo ad elaborare soluzioni in maniera responsabile. Bion fa riferimento al soggetto, all'interno del

gruppo, che da singolo affronta i problemi sorti nel gruppo e prende spunto dalle soluzioni che il gruppo trova. Questo tipo di organizzazione può ricordare un metodo di gestione dei gruppi che esisteva prima dell'esperimento di Northfield e che viene definito *leaderless group*: gruppo senza capo. Nel 1961, però, Bion specificò che il suo modo di gestire i gruppi non fosse diretto erede della tecnica del *leaderless group*, ma che derivasse dall'esperimento di Northfield il quale si era ispirato a quella tipologia di gruppi senza capo. Così vennero a formarsi a Northfield una grande quantità di gruppi impegnati un po' in attività utili alla vita militare come la ginnastica, l'esercitazione con le armi, la lettura di mappe strategiche e così via, e un po' in attività ludiche, sportive, di giochi da tavolo e di squadra. All'interno del reparto non era Bion a dover rispondere del disordine o dell'inefficienza; se qualcosa non funzionava doveva essere il gruppo stesso a scoprire l'origine del malessere che causava tale fenomeno.

Nel resoconto sulla sua esperienza, Bion scrive sul funzionamento dei gruppi: "A un mese dall'inizio dell'esperimento erano avvenuti molti cambiamenti. Mentre all'inizio sembrava quasi difficile trovare il modo di tenere occupati gli uomini, alla fine del mese divenne difficile trovare il tempo necessario per tutto il lavoro che volevano svolgere".

L'esperimento di Northfield venne interrotto dopo appena sei settimane perché Bion non era particolarmente ben visto dalle strutture militari, motivo per il quale venne trasferito. Nonostante si iniziassero a intravedere dei risultati, la breve durata del lavoro a Northfield non permise di trarre delle vere e proprie conclusioni. Infatti, Bion scrisse: "L'esperimento fu interrotto da un trasferimento di truppa e così non mi è possibile fornire dei risultati clinici o statistici; ma il tentativo sembrò mostrare che è possibile per il clinico rivolgere la propria attenzione alla struttura del gruppo e alle forze che agiscono in quella struttura, senza perdere il contatto con i suoi pazienti".

L'esperimento portato avanti da Bion puntava a rispettare e responsabilizzare i malati mettendo nelle loro mani l'organizzazione dell'ospedale, gestita da loro attraverso il sistema degli atelier. Ogni gruppo di lavoro aveva il proprio "oggetto" da gestire, reperito dai degenti stessi. Questo oggetto poteva essere il tempo libero, il mangiare e fare da mangiare, il fare le pulizie e così via. Per fare funzionare questo sistema gli operatori e i capi dovevano essere in grado – come direbbe Freud (Freud, 1978) – di mettere in pratica un'astinenza psicoanalitica; un saper essere lì, in presenza, non perché l'operatore ne saprebbe di più dell'ospite, ma in quanto l'operatore è consapevole dei suoi limiti anche rispetto al sapere. Così il processo decisionale in istituzione venne responsabilizzato in modo diffuso. Inoltre, Bion introdusse un regolamento articolato in cinque punti e una riunione obbligatoria ogni giorno, dieci minuti prima di mezzogiorno, così che in mezz'ora tutti potessero essere consapevoli del lavoro svolto dai vari gruppi. In *La*

psichiatria inglese e la guerra, pubblicato nel 1947, Jacques Lacan descrive la gestione bioniana del reparto di rieducazione: “Egli si proporrà di organizzare la situazione in modo da costringere il gruppo a prendere coscienza delle proprie difficoltà di esistenza in quanto gruppo, quindi lo renderà sempre più trasparente a se stesso, al punto che ciascuno dei suoi membri possa giudicare adeguatamente i progressi dell’insieme. L’ideale di una tale organizzazione sta per il medico nella sua perfetta leggibilità, per cui egli può valutare in ogni momento verso quale porta di uscita si avvia ciascun caso affidato alle sue cure: ritorno alla sua unità, ritorno alla vita civile o perseveranza nella nevrosi. Ecco dunque in breve il regolamento che egli promulga in un incontro inaugurale di tutti gli uomini: verrà formato un certo numero di gruppi ciascuno dei quali si definirà per un oggetto di cui si occuperà, ma questi gruppi saranno interamente rimessi all’iniziativa degli uomini, cioè non solamente ognuno vi si aggogherà a proprio piacimento, ma potrà anche promuoverne uno nuovo secondo la propria idea, con l’unica limitazione per cui anche l’oggetto dev’essere nuovo, detto altrimenti non dev’essere un doppione dell’oggetto di un altro gruppo. È inteso che resta permesso a ciascuno, in qualsiasi momento, di andare a riposarsi nell’apposita camerata, senza che ciò implichi altri obblighi oltre a quello di dichiararlo alla capo sorvegliante. Tutti i giorni a mezzogiorno meno dieci una riunione generale della durata di mezz’ora esaminerà il procedere delle cose così stabilite” (Lacan, 2013).

Riguardo il potere transferale che l’istituzione fa precipitare sul capo, Bion si rende conto – grazie alla psicoanalisi – che l’interpretazione necessita di condizioni specifiche, le quali si possono ottenere solo all’interno di un rapporto transferale tra analizzante e analista, come accade nella seduta psicoanalitica caratterizzata dall’interpretazione. In istituzione vi è la necessità di sottrarsi dalla posizione di psicoanalista/direttore di reparto per mettere al lavoro i gruppi, offrendo loro dei confini e un riconoscimento istituzionale che avvalorino il transfert laterale tra i membri del gruppo, senza che quest’ultimo ne faccia uso. Il progetto clinico di Bion fu in grado di funzionare come riscatto personale e sociale per i soggetti ai margini della società. Il passaggio da una posizione caratterizzata dalla suggestione, quale è il rapporto con il capo, a una posizione alimentata dal transfert laterale, quale è il rapporto con i pari, fino ad arrivare alla posizione in cui si fa esperienza di un incontro con la conoscenza, rimette in gioco nella vita sociale i soggetti potenzialmente esclusi grazie a un nuovo annodamento simbolico. Bion non cerca di raddrizzare le persone educandole; egli si serve del rigore ascetico della psicoanalisi per dimostrare che non è né il sapere, né l’interpretazione a rimettere in gioco il desiderio esistenziale del soggetto e della collettività all’interno della quale il soggetto si trova. Pertanto, bisogna aiutare il gruppo nel passaggio dalla posizione ipnotica a una condizione di

gruppo di lavoro in grado di prendere una decisione consapevole. È possibile trasformare la forza presente nelle emozioni in atto nel gruppo in un atto di conoscenza. Questo movimento permetterebbe al gruppo di uscire da uno stato emotivo che lo paralizza, in modo tale da entrare in una dimensione caratterizzata da dinamiche più dialettiche e meno ipnotiche.

I risultati ottenuti dall'esperimento di Northfield attirarono l'attenzione di diversi psichiatri e psicoanalisti, incluso Jacques Lacan, il quale attraversò la Manica nel 1945 per incontrare in Inghilterra le convinzioni e le strategie istituzionali non segregative messe in pratica dalle autorità militari tramite l'assunzione di Bion a capo del reparto di riabilitazione di psichiatria. A proposito della sua esperienza in Inghilterra, Lacan pubblicherà un articolo intitolato *La psichiatria inglese e la guerra in l'Évolution Psychiatrique* nel 1947, all'interno del quale arriverà a concludere che "La psichiatria è così servita a forgiare lo strumento mediante il quale l'Inghilterra ha vinto la guerra. Inversamente, la guerra ha trasformato la psichiatria in Inghilterra". L'articolo costituisce un atto di ammirazione di Lacan nei confronti del lavoro svolto da Bion all'interno delle istituzioni. In effetti, la posizione etica di rispetto per il soggetto (dell'inconscio) è condivisa sia da Bion, sia da Lacan. Quando l'essere parlante si affida alla scienza (medica), convincendosi che questa potrà dargli il sapere necessario alla soluzione del suo mal-essere esistenziale, non trova soluzioni, ma, casomai, dipendenza. La questione non va vista dal punto di vista del soggetto che chiede aiuto, ma dal punto di vista di chi decide di raccogliere la domanda di aiuto. Pertanto, diventa fondamentale che gli psicoanalisti si interessino alla pratica clinica all'interno delle istituzioni, imparando ad assumersi una responsabilità diretta a tali contesti sociali, in modo tale da poter essere messi in relazione con la politica sociale che prende le decisioni riguardanti le regole del funzionamento istituzionale; una responsabilità che grazie a Freud e a Lacan possa passare per il rigore della psicoanalisi per comprendere come rispettare il soggetto, e che grazie a Bion possa permettere alla collettività di assumere la propria funzione salvifica e desiderante all'interno di un'istituzione di cura.

Bion mostra tensione verso una ricerca che possa matematizzare l'esperienza clinica, che possa dire qualcosa del desiderio dell'analista e che possa tradurre in logica il lavoro nel gruppo. Si tratta di una tensione volta alla testimonianza trasmissibile di un'esperienza sia a livello della psicoanalisi, sia a livello del lavoro dello psicoanalista in istituzione e di un tentativo, da parte di Bion, di annodare la questione del lavoro analitico con la questione del lavoro in istituzione tra loro. Vi è la consapevolezza che le istituzioni hanno la necessità di trasformare i gruppi di lavoro che agiscono trascinati dalle loro suggestioni e dinamiche in gruppi di lavoro orientati da un transfert di lavoro costruttivo e produttivo (Pozzi, 2016). Inoltre, in un'intervista fatta da Sabrina di Ciocco allo psicoanalista della *British Psychoanalytical Society* Albert Mason,

quest'ultimo spiega la concezione dell'analista che Bion aveva: "Il senza memoria, desiderio e comprensione". Per Bion il paziente "noto" della seduta di ieri deve essere sostituito, nel qui ed ora, dal paziente "sconosciuto" di oggi. Viene anche posta l'enfasi sull'importanza del contenimento, necessario per ogni paziente prima di intraprendere qualsiasi tipo di lavoro interpretativo. Bion vedeva l'interpretazione come un saper "aggiustare il tiro", termine ripreso dall'artiglieria navale. Paragone che risulta essere in netto contrasto con la comprensione onnisciente invocata da molti analisti (Mason, 2016).

Lacan coglie l'importanza sociale della psichiatria inglese dal momento in cui questa riesce a mostrare strumenti e competenze di ricerca a servizio sia del soggetto dell'inconscio, sia della società e sia delle istituzioni sociali nel loro complesso. Coglie, dall'altra parte, l'inutilità del potere ricercato con avidità e invidia, tipico dei ruoli alla base della vocazione medica, dell'uomo di chiesa e dell'uomo di legge; professioni che catturano un transfert che scade facilmente in una specie di suggestione, pur assicurando una qualche garanzia di superiorità nei confronti dei propri interlocutori. Invece, per Lacan, la formazione degli psicoanalisti si basa sulla loro possibilità di accedere "a quella sensibilità del profondo umano che certo non è nostro privilegio, ma che dev'essere la nostra qualificazione" (*Altri scritti*, 2013). Le istituzioni di orientamento lacaniano incominciano la loro attività dopo l'esperienza di Bion. Grazie a Lacan, che va oltre il registro simbolico dell'oggetto culturale usato negli atelier-laboratorio delle comunità terapeutiche, le istituzioni possono entrare nel merito del "reale" del soggetto. Il reale, il luogo del non senso, del non razionale, dell'angoscia e del godimento, in quanto scarto del simbolico e dell'immaginario che però implica e rinvia necessariamente a entrambi questi registri, offre la possibilità di un lavoro permanente e sistematico per l'operatore poiché il soggetto stesso, in qualità di ospite dell'istituzione di cura, ne è preso letteralmente dentro. Gli operatori, invece di ancorarsi alla legge della parola e del linguaggio o al meccanismo premio-punizioni, possono andare ben oltre per far funzionare l'istituzione. Con la prudenza e la misura che dà il tono allo stile proprio di ciascuno è possibile mettersi al lavoro al servizio del soggetto dell'inconscio. Si tratta non tanto di imporre costantemente la legge e di attenersi strettamente alle regole e ai protocolli, quanto, piuttosto, di favorire un incontro soggettivo con la Legge; un incontro soggettivo con la castrazione, per incontrarla a partire dalle specifiche condizioni che rendono l'incontro possibile per ogni soggetto, ospite o operatore che sia. Il lavoro clinico degli operatori consiste nel favorire le condizioni affinché il soggetto possa articolare il suo circuito sintomatico pulsionale in relazione alla dinamica istituzionale rappresentata in tutti i momenti di interscambio con gli operatori. Inoltre, il lavoro terapeutico non deve più essere confinato nel segreto del rapporto a due, dove si gioca il pieno di sapere presunto che esclude l'istituzione

e la sua organizzazione. Il lavoro clinico deve diventare diffuso ed estensibile come discorso permanente e pubblico sulle nuove regole che l'istituzione si dà per potersi caratterizzare con il proprio stile e la propria atmosfera. In questa maniera si crea uno spazio di interpretazione che non corrisponde a quello dell'interpretazione psicoanalitica, il quale si crea nel segreto del rapporto di coppia, ma diventa un atto clinico che può riuscire a spostare i circuiti pulsionali del soggetto senza fare ricorso a una legge che incombe all'orizzonte. Un atto clinico è sempre frutto di un atto rispettoso nei confronti del soggetto (dell'inconscio) (Pozzi, 2016).

Lo stesso rispetto dell'individuo che spinse Basaglia nella sua opera di riorganizzazione clinica e sociale in Italia. Non è un caso che l'intuizione che ha portato Bion a concepire il concetto di Comunità Terapeutiche abbia condotto, poi, allo sviluppo di un modello indirizzato alla cura del soggetto e al suo reinserimento all'interno della società. D'altronde, già Tom Main – uno dei padri fondatori del modello inglese, assunto nell'ospedale di Northfield nel 1945 come responsabile dell'area clinica – descrive le Comunità Terapeutiche come “un tentativo di utilizzare l'ospedale come una comunità il cui scopo immediato è la piena partecipazione alla vita quotidiana di tutti i suoi appartenenti, mentre l'obiettivo finale è la reintegrazione dell'individuo nella vita sociale” (Main, 1983). Il paradigma delle Comunità Terapeutiche inglesi è stato poi elaborato da Robert Rapoport nel suo studio *Community as a doctor* (Rapoport, 1960), risultato di un'accurata esplorazione antropologica condotta nell'Henderson Hospital (la prima comunità terapeutica creata da Maxwell Jones negli anni '50 in Inghilterra). Rapoport aveva individuato quattro elementi distintivi del modello comunitario inglese:

1. La democratizzazione, ossia la condivisione del potere decisionale tra operatori e pazienti;
2. Il collettivismo (*communalism*), caratterizzato da un clima relazionale di condivisione, confidenza e aperta comunicazione;
3. La permissività, ovvero la tolleranza della diversità e della devianza nell'espressione e nel comportamento;
4. Il confronto con la realtà, cioè un clima di apertura e di reciprocità che va mantenuto nel misurarsi quotidianamente con il significato e con le conseguenze dei comportamenti di ciascuno dei membri della comunità.

A partire da questi quattro punti chiave del modello inglese si creò il concetto di Comunità Terapeutica, il quale iniziò a diffondersi a livello internazionale. Nel 1963, infatti, Basaglia andò in Scozia per studiare la Comunità Terapeutica del Dingleton Hospital, gestito da Maxwell Jones a partire dal '62. L'intenzione dichiarata dal governo inglese nel 1961 di chiudere tutti gli Ospedali Psichiatrici portò la psichiatria a scegliere la strada riabilitativa mirata al reinserimento dei pazienti. Nonostante le difficoltà riscontrate durante questo processo, nel

1972 il Dingleton Hospital contava solo undici posti letto di degenza per i casi acuti; questo grazie al lavoro di reinserimento di più della metà dei pazienti, ai quali veniva fornita assistenza e valutazione a domicilio. Il viaggio che aveva condotto Basaglia a scoprire l'applicazione del modello comunitario inglese gli permise di portare con sé, al suo ritorno in Italia, un'aria di cambiamento.

Nell'Italia di quel periodo i manicomi vennero paragonati dal Ministro della Sanità Mariotti, il 20 settembre 1965, a “lager germanici” e “bolge dantesche”. Intervenendo a un congresso dell'AVIS, egli affermò: “Abbiamo oggi degli ospedali psichiatrici che somigliano a veri e propri lager germanici, [...] a delle bolge dantesche. I malati di mente [...] sono considerati uomini irrecuperabili e sono anche schedati [...] nel casellario giudiziario presso il Tribunale, come se fossero rei comuni. Bisogna introdurre in questo mondo degli elementi che stabiliscano un rapporto nuovo tra malato e medico. Per questo abbiamo presentato una legge sulla riforma degli ospedali psichiatrici, la cui regolamentazione risale a una normativa del 1904 [...] in base alla quale si considera il malato di mente [...] come una minaccia per la società” (Del Boca, 1966).

L'Italia, in effetti, era ferma alla legge 36 del 14 febbraio del 1904, che citava: “Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi”. Era una legge che mirava all'emarginazione del diverso, dell'incontenibile se non all'interno di strutture poste al di fuori della società civile; una legge che, per questo, costituiva una netta divisione tra follia e normalità. Come se non fosse abbastanza, a completare quest'opera di scissione tra il matto e il normale, nel 1931 venne inserito l'articolo 604 nel Codice di Procedura Penale, il quale prevedeva l'iscrizione del ricovero manicomiale all'interno del casellario giudiziale. È così che in Italia essere considerato folle diventa un crimine che macchia la fedina penale, arrivando a far perdere i diritti civili a chi veniva considerato “di pubblico scandalo” o “pericoloso a sé e agli altri”. Una vera e propria condanna sociale, considerando che l'Articolo 2 della legge 36/1904 prevedeva che “l'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società. Essa è autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà, redatti in conformità delle norme stabilite dal regolamento, ed in via definitiva dal tribunale in camera di consiglio sull'istanza del pubblico ministero in base alla relazione del direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione che non potrà eccedere in complesso un mese” e l'Articolo 3 della stessa legge recitava: “Il licenziamento dal

manicomio degli alienati guariti, è autorizzato con decreto del presidente del tribunale sulla richiesta o del direttore del manicomio, o delle persone menzionate nel primo comma dell'articolo precedente o della deputazione provinciale". Nessuno di questi articoli dà al paziente il diritto di esprimere la sua volontà per quanto riguarda il suo ricovero e la sua permanenza all'interno dell'istituzione. Solo così si poteva entrare in Ospedale Psichiatrico, per autorità di pubblica sicurezza; per un provvedimento di autorità, naturalmente garantito da un certificato medico.

È solo con la legge 431 (*Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*), detta legge Mariotti, approvata nel 1968, che l'individuo ha la possibilità di sottoporsi in maniera volontaria alle cure ospedaliere senza perdere i suoi diritti civili o, se era già ricoverato, di rendere il suo ricovero volontario (Articolo 4). L'Articolo 1 di questa stessa legge prevedeva che ogni struttura ospedaliera avesse un numero di divisioni compreso tra due e cinque, ciascuna con un massimo di 125 posti letto. Con questo articolo, la legge puntava a rendere le condizioni di vita all'interno degli ospedali psichiatrici più dignitose, cercando di ridurre il sovraffollamento e finanziando l'ampliamento del bilancio per il personale medico e psicologico a spese dello stato. L'Articolo 2 individuava le figure professionali mediche e sanitarie che dovevano essere presenti in ogni struttura, delineando un rapporto tra il numero di degenti e il numero di personale che permettesse di assicurare una corretta assistenza. Inoltre, la legge Mariotti introduceva i Centri di Igiene Mentale (CIM) a scopo di prevenzione e cura come soluzione per dare risposta ai problemi di natura psichiatrica anche al di fuori della struttura manicomiale.

Ma ciò che condusse allo sviluppo della legge 180 in Italia fu il lavoro che Basaglia aveva iniziato a Gorizia a partire dal 16 novembre del 1961. Tra gli anni Cinquanta e Sessanta, Gorizia era una piccola provincia periferica che, a seguito della guerra, subiva le conseguenze della spartizione territoriale che dava a questa città il ruolo di frontiera con l'Europa dell'Est. L'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, ai tempi, ospitava circa seicento degenti, la maggior parte di provenienza slovena. Questi pazienti si trovavano in Italia a causa degli accordi di pace del dopoguerra. La struttura manicomiale di Gorizia era gestita da pochi medici, una gran parte dei quali era specializzata in discipline diverse dalla psichiatria (dermatologi, dentisti e così via). Inoltre, ancora non era avvenuta la separazione, che sarebbe avvenuta nel 1965, tra la disciplina psichiatrica e la disciplina neurologica. Negli ospedali psichiatrici non era raro che i medici si occupassero dell'aspetto prettamente custodiale piuttosto che di quello psicologico o relazionale con gli internati. È per questo motivo che venivano messe in pratica tecniche come l'elettroshock (introdotto dal medico italiano Cerletti nel 1938, nel periodo fascista), lo shock insulinico o chimico, la lobotomia, la lobectomia (anch'essa introdotta da un

medico italiano, Fiamberti, primo direttore dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Varese) e la contenzione (legare i pazienti ai letti o agli alberi o rinchiuderli in delle gabbie). Sulle condizioni manicomiali, in *L'utopia della realtà*, Basaglia scrive: "Il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale. [...] Viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità. [...] L'assenza di ogni progetto, la perdita di futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita ed organizzata la propria giornata sui tempi dettati solo dalle esigenze organizzative [...]: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo. La nuova recluta, al momento del suo ingresso nel complesso sistema del ricovero, deve lasciarsi alle spalle ogni legame che non può più attuare, la vita che non può vivere perché l'ospedale stesso gli impedisce di continuare a porsi in situazione, di proiettarsi nel futuro, inibendogli la conquista della propria soggettività" (Basaglia, 2005). Il risultato di questo tipo di trattamento viene raccontato da un degente nel libro *L'istituzione negata*: "[quei malati] pregavano di morire. [...] Avviliti, perché non avevano nessuna via di uscita, non volevano più mangiare. Gli buttavano giù il mangiare per il naso con la gomma, ma non c'era niente da fare, perché si trovavano chiusi qui dentro e non avevano nessuna speranza di uscire. Come una pianta quando è arsa perché non piove e le foglie appassiscono, così era qui la gente" (Basaglia, 1968).

Franco Basaglia, specializzato in malattie nervose e mentali dal 1953 e docente di psichiatria dal 1958, decise di lasciare la sua carriera all'Università di Padova, probabilmente per ragioni che potevano avere a che fare con i suoi ideali. Fin dal liceo, infatti, lo psichiatra veneziano era stato un convinto antifascista, persino arrestato nel dicembre del 1944, quando le attività dei partigiani aumentavano e, di conseguenza, la repressione si faceva più dura. Fu recluso per sei mesi nel carcere di Santa Maria Maggiore di Venezia, un periodo che probabilmente lo segnò profondamente a livello personale e soprattutto morale. In *Conferenze brasiliane*, nel 1979, Basaglia scrive sulla sensazione percepita nell'entrare nel manicomio di Gorizia paragonata a quella dell'ingresso nel carcere: "Non c'era l'odore di merda, ma c'era come un odore simbolico di merda. Ho avuto la certezza che quella era un'istituzione completamente assurda, che serviva solo allo psichiatra che ci lavorava per avere lo stipendio a fine mese".

In ogni caso, la decisione di Basaglia di lasciare la carriera universitaria per accontentarsi di un ripiego considerato appena accettabile all'interno di un manicomio di periferia era inaspettata. Nessuno si sarebbe immaginato che l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia sarebbe diventato così famoso in Italia e in Europa, tanto da meritare la raccomandazione di Sartre, il

quale scrisse: “Se volete vedere una realtà dove si elabora un sapere pratico, andate a Gorizia”. Riprendendo i temi tratti da *L’istituzione negata* (Basaglia, 1968), Zavoli inizia il suo documentario intitolato *I giardini di Abele* (1968) dicendo: “I malati di mente li incontriamo sempre in fondo a un viale di periferia, forse perché la loro immagine non turbi la nostra esistenza. A Gorizia sono al limite estremo della città. Un muro di cinta dell’ospedale segna un tratto di confine tra lo stato italiano e quello jugoslavo. Ho chiesto di conoscere questo problematico manicomio della cui storia recente si occupano uomini di scienza e cultura in ogni parte del mondo e che da noi rischia di essere conosciuto solo attraverso un fatto di cronaca”.

Il manicomio di Gorizia divenne un caso famoso grazie all’opera sociale e clinica di Basaglia, il quale dimostrò già dal primo giorno che le cose sarebbero cambiate. Al suo arrivo, il 16 novembre del 1961, l’ispettore capo Michele Pecorari (coordinatore degli infermieri psichiatrici) presentò a Basaglia – come da consuetudine – il registro delle contenzioni operate da infermieri e addetti durante la notte precedente, che doveva essere controfirmato dal nuovo direttore. La risposta di Basaglia, “E mi no firmo!”, dà inizio a una storia di cambiamenti radicali nel modo di praticare la psichiatria in Italia, rendendo l’ospedale di Gorizia un enorme esperimento di libertà e di diritti. Così il nuovo direttore mise in piedi un’équipe di giovani psichiatri che presero come modello quello delle Comunità Terapeutiche inglesi e implementò delle nuove regole; abolì le contenzioni fisiche e l’elettroshock a favore di un rapporto basato sull’ascolto e sul sostegno morale del paziente. Inoltre, Basaglia istituì delle assemblee plenarie e di reparto in cui la parola e l’ascolto erano favoriti e incoraggiati, sia per chi ricopriva il ruolo di assistente, sia per chi veniva assistito. In effetti, i pazienti non erano abituati a parlare e a trovare operatori che accogliessero il dialogo. A proposito della nuova gestione dell’ospedale, Zavoli la sintetizza così nel suo documentario *I giardini di Abele*: “Nel novembre del 1962 l’équipe psichiatrica diretta dal professore Franco Basaglia apre il primo reparto dell’ospedale e inaugura anche in Italia la comunità terapeutica. La vita dell’ospedale è regolata da assemblee di reparto e da assemblee generali. I malati riacquistano un ruolo umano e sociale, gestiscono sé stessi e la loro esistenza attraverso una continua comunicazione con chi li cura. Soppressa la natura carceraria dell’istituzione, si comincia a studiare la natura del pregiudizio.”

Tuttavia, nonostante gli ottimi risultati ottenuti da questo tipo di lavoro, l’équipe di Basaglia non ebbe vita facile a Gorizia, dove la diffidenza e l’ostilità nei confronti delle nuove metodologie della parte più arretrata del personale e delle istituzioni più conservatrici mettevano i bastoni tra le ruote a chi tentava di cambiare l’approccio psichiatrico alle strutture manicomiali. Per quanto riguarda il clima incerto all’interno del manicomio di Gorizia, è

possibile farsi un'idea con un estratto di una riunione di équipe inclusa nel servizio televisivo di Sergio Zavoli (1968):

“Mediatore: Lei non è del tutto favorevole, incondizionatamente favorevole all'esperimento?

Operatore 1: No.

Mediatore: Per quali motivi?

Operatore 1: Perché vedo che certi malati purtroppo, lasciandoli liberi, uscivano dall'ospedale, chiedevano la carità, si facevano dare la sigaretta dalla gente che passava. Insomma, uno spettacolo un po' pietoso. Si voleva fare dei mendicanti, sembrava, degli ammalati piuttosto che creare una personalità.

Operatore 2: Questo succede tutti i giorni anche nella società, non soltanto in ospedale.

Mediatore: Che cosa ha contribuito a fare dell'infermiere, agli occhi del malato, una sorta di guardia carceraria?

Operatore 3: Quello che è stato realmente per un lunghissimo periodo, per lunghi anni, la situazione degli infermieri negli Ospedali Psichiatrici; le oppressioni, le prevaricazioni, le bastonature, le camicie di contenzione, la sottrazione dai libri e dalle sigarette, dal denaro e ogni altra cosa. Questo principalmente.

Mediatore: A questo proposito nessuno ha da obiettare?

Operatore 3: Io lo dico nudamente e crudamente, posso sfidare chiunque a smentire una cosa del genere.

Operatore 4: Si doveva ricorrere alle camicie di forza, alle legature a letto, alle chiusure nelle celle. Perché? Non perché l'infermiere vedeva un nemico, ma semplicemente doveva salvaguardare gli altri ammalati.

Operatore 5: Che l'infermiere sia stato un oppressore, io sono d'accordo, sono stato io il primo. Ma era dovere. [...] perché ci sono un po' di sedativi e un paio di infermieri che lo tengono e può andare, in quei tempi i sedativi non esistevano. [...] Un altro cominciava a dare pugni e calci, cosa si fa con questo? Parlargli? Si riceveva un pugno. Parlare con la bella maniera? Un altro pugno. Non c'erano sedativi, lo ripeto. Si telefonava al medico [...] si faceva questo, in due o tre a tenerlo, si faceva l'iniezione, si metteva nel letto. Tre ore dormiva, poi era quello di prima.

Operatrice 6: Ma se mi dicono che io devo sorvegliare l'ammalato a distanza, che non si deve urtare. Dicono che non è terapeutico e quello deve essere lasciato andare, secondo le possibilità che mi danno.

Operatore 7: Qui, in questo ospedale, adesso naturalmente mi sento in una maniera diversa, perché l'incontrare queste persone, incontrare questi uomini quando giro nel parco e parlo con

loro e mi sento come uno di loro, mi sento diverso da quello che ero prima. Non sono più il custode, il carceriere che ero stato in passato”.

La riunione in questione delinea perfettamente le contraddizioni tra l'équipe di Basaglia e gli operatori che si ostinavano a mantenere posizioni più conservatrici sull'istituzione. Questo spinse Basaglia ad accettare, nel 1971, dopo un breve periodo all'Ospedale di Colorno in provincia di Parma, l'incarico di direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste. Qui Michele Zanetti, presidente della provincia di centro-sinistra, aveva insistito affinché Basaglia andasse a gestire il manicomio, garantendogli una piena libertà di azione. La struttura ospedaliera si trovava sul colle di San Giovanni, nella periferia della città, e ospitava 1182 pazienti. Il medico veneto riorganizzò l'équipe di collaboratori e i reparti con l'obiettivo di mettere fine alla condizione di isolamento dei degenti, in modo tale da riuscire a farli integrare nella città utilizzando soluzioni di cura piuttosto che di contenzione. Per fare ciò era necessario arrivare a chiudere le strutture manicomiali e distribuire i pazienti in una rete di servizio esterni; Basaglia voleva che si arrivasse a fare entrare i “matti” in città e che i cittadini potessero frequentare gli spazi del manicomio. L'idea di porre l'individuo al centro del lavoro nelle istituzioni porta ad avere premura della cura e della prevenzione di chi soffre di problemi di natura psichica, e non ad escludere, a reprimere ed a stigmatizzare la malattia mentale. È così che Basaglia arriva alla soluzione dei laboratori artistici per i pazienti, in cui pittura, teatro e qualunque tipo di produzione artistica portano il malato a rappresentare sé stesso e il suo rapporto con l'Altro, a comunicare i suoi disagi e le sue insicurezze, a ritrovare la propria identità e a trovare un modo di relazionarsi con gli altri. Questo genere di comunità permette al paziente di svolgere lavori utili e socialmente condivisibili, dimostrando come la reintegrazione del malato mentale sia possibile e come la discriminazione e deumanizzazione del soggetto non siano affatto utili alla società. Per responsabilizzare e rendere autonomi i malati, vennero organizzati dei gruppi appartamento – non senza proteste da parte dei triestini – e nel 1973 la Cooperativa Lavoratori Uniti offrì agli ex reclusi l'opportunità di lavorare alla pulizia e la manutenzione dei reparti, del parco e delle cucine per mantenersi. Sempre nel 1973 Basaglia fonda Psichiatria Democratica, un movimento anti-istituzionale a cui si interessarono medici, infermieri, politici, sindacalisti e studenti. Col tempo si iniziò a organizzare corsi di pittura, scultura, scrittura e teatro per i degenti, ai quali veniva data la possibilità di uscire per partecipare a iniziative cittadine o a brevi villeggiature fuori porta per iniziare a normalizzare la loro esistenza all'interno della società. Il grande parco di San Giovanni venne aperto alla città con l'organizzazione di attività culturali, concerti e feste. Tra le vicende accadute all'interno dei laboratori artistici, una che ha avuto maggiore rilevanza è stata quella di Marco Cavallo. Si trattava di un cavallo nero che i pazienti

stessi avevano chiamato Marco, il quale aveva il compito di trainare il carretto della biancheria e delle stoviglie del manicomio avanti e indietro per i padiglioni. Quando il cavallo non riusciva più a svolgere il suo ruolo a causa della vecchiaia, la sua mancata utilità fece giungere alla decisione di abbatterlo. Ma i pazienti dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia scrissero a Michele Zanetti, allora presidente della provincia, ottenendo che al cavallo venisse salvata la vita e che restasse in pensione all'interno del manicomio, dove i pazienti si sarebbero presi cura di lui, che sarebbe stato sostituito da un motocarro. La notizia del cavallo raggiunse la cronaca, ispirando Vittorio Basaglia, cugino del primario, a realizzare nel 1973 un'opera artistica in collaborazione con Giuliano Scabia e con tutta la struttura ospedaliera. Il laboratorio artistico dell'ospedale creò un cavallo di cartapesta alto quattro metri, azzurro come il cielo libero. Le dimensioni così grandi erano state pensate per contenere idealmente tutti i desideri e i sogni dei ricoverati, in modo tale da poter portare all'esterno un simbolo visibile e rappresentativo dell'umanità che veniva nascosta all'interno dei manicomi. Giuliano Scabia, nel libro *Marco Cavallo. Da un ospedale psichiatrico la vera storia che ha cambiato il modo di essere del teatro e della cura* racconta come la città di Trieste, nonostante fosse stata riempita di volantini per annunciare l'evento dell'uscita di Marco Cavallo dai confini del manicomio, fosse semivuota: "è come se il muro che il cavallo ha dovuto rompere per uscire dal manicomio ce lo portassimo addosso". Per fare uscire l'opera, infatti, Basaglia dovette far rompere un cancello, rendendo Marco Cavallo il simbolo di una lotta etica, sociale, medica e politica a favore della chiusura dei manicomi, ma anche simbolo della liberazione dei malati mentali e riconoscimento della loro dignità in quanto persone. "La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere", scriveva Franco Basaglia in *Che cos'è la Psichiatria* (1973). Nel 1973 l'ospedale di Trieste fu riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come esperienza pilota nella ricerca psichiatrica; la rivoluzione basagliana arrivò a portare il dibattito sui manicomi in Parlamento. Nel frattempo, Basaglia continuava la battaglia contro la gestione del sistema psichiatrico di allora, fino a ottenere la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste nel 1977. Il 13 maggio 1978 venne finalmente approvata, nonostante i timori dei cittadini e la forte opposizione dell'ala politica più conservatrice, la legge 180 scritta e promossa dallo psichiatra e deputato DC Bruno Orsini. La legge Orsini, conosciuta come legge Basaglia, è una riforma psichiatrica che porta alla chiusura dei manicomi, ridefinendo il concetto di malattia e cura psichiatrica. Da questo momento in poi, chi soffre di malattia mentale acquisisce una nuova dignità; il paziente

dovrebbe vivere un'esperienza di accoglienza e di collaborazione attiva piuttosto che di reclusione ed emarginazione dal resto della società.

E allora perché il matto è stato escluso dalla società, confinato in strutture lontane dalla civiltà per non essere visto, per non causare “pubblico scandalo”? Basaglia cerca di spiegarlo in L'utopia della realtà: “L'analisi antropologica dell'escluso come uomo reso oggetto dall'altro e da sé, viene ad inserirsi nel tema del rapporto fra l'io e l'altro, secondo la nota interpretazione hegeliana della dialettica servo-signore. Il signore, nell'oggettivare i servi ai suoi occhi, nell'escluderli da un rapporto dialettico capace di contestargli la sua posizione, nega ed esclude una parte di sé che presume di allontanare, oggettivandola nei servi che gli si affidano. Dall'altra parte, essi – di fronte alla responsabilità che la propria libertà implicherebbe – si illudono di allontanare e negare le loro paure, affidandole a colui che li difende, escludendosi da ogni possibilità di essere padroni della propria libertà. In questa mistificata reciprocità il servo [...] diventa invece la giustificazione e la ragion d'essere del signore che, solo oggettivando in lui la parte di sé che non sa dominare, riesce a vivere. È così che il servo viene ridotto alla funzione di capro espiatorio a sola, paradossale difesa del signore stesso, perché si trova a racchiudere e concretizzare in sé il male da cui egli non vuole essere toccato”. E ancora, più avanti, prosegue: “La figura del malato di mente, quale espressione di una rottura della norma, è un'immagine da tenere a distanza perché non abbia a turbare il ritmo di una società che ha bisogno di aree di compenso in cui scaricare le forze aggressive che non può altrimenti incanalare. Ma questa necessità di dividere, di isolare il malato di mente, di scrollarselo di dosso, è contemporaneamente espressione dello stato di debolezza e di rimpicciolimento di una società che tende ad eliminare ciò che turba la sua espansione” (Basaglia, 2005). Una società che ha paura della follia, quindi, sceglierà di allontanare chi la incarna. Anche il medico, con l'uso di terapie in forma sperimentale e punitiva, dimentica il suo effettivo ruolo di guida capace di fare conoscere al malato che cosa è la malattia e quali danni la società gli ha arrecato nel momento in cui ha scelto di estrometterlo da sé. L'obiettivo della legge 180 è proprio quello di ricordare al medico e agli operatori che hanno a che fare con la malattia psichica che il proprio ruolo è quello di cura. Basaglia e la sua équipe sono stati in grado di tornare a vedere il matto come un uomo e non più come un caso clinico definito dalla sua malattia, portando avanti l'idea che facendo scomparire la violenza istituzionale sia possibile far svanire, per riflesso, la violenza del malato mentale sul mondo che lo rifiuta (Dell'Eva, 2018). È per questo che la legge 180 è stata così importante in Italia, perché ha proposto di restituire al soggetto la propria dignità, anche quando la salute mentale viene a mancare. Nell'Articolo 1, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, la legge scrive: “Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono

volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico". Nell'Articolo 2 vengono approfondite le questioni sul Trattamento Sanitario Obbligatorio: "Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali. Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel precedente comma". Con questi primi due articoli in Italia la malattia mentale raggiunge finalmente la stessa dignità di qualsiasi altro disturbo fisico. Oltre al carattere volontario delle cure e del trattamento, così come della scelta del medico e del luogo di degenza, il paziente psichiatrico ha anche diritto di rendere nota a chiunque desideri la propria condizione. Inoltre, il trattamento obbligatorio non può più essere messo in moto dalle segnalazioni dei parenti o del giudice, bensì deve necessariamente seguire un iter medico e una diagnosi. Con l'Articolo 3, *Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale*, la legge pone un limite massimo di degenza obbligatoria pari a 7 giorni – rinnovabile su giustificata necessità medica – e istituisce una figura giuridicamente nominata, il giudice tutelare, che si occupi di amministrare i beni del malato mentale se la sua infermità non gli concede di occuparsene da solo. In seguito, l'Articolo 6 sulle *Modalità relative agli*

accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale, il canale extra ospedaliero viene reso quello preferenziale negli interventi di cura, riabilitazione e prevenzione della malattie mentali. Lo stesso articolo specifica che i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali “non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 - al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale”, in modo tale da lasciarsi alle spalle gli stanzoni affollati dei manicomi e andare incontro a una maggiore cura per il soggetto. Infine, con l'Articolo 8 vennero applicate tutte le nuove misure anche ai pazienti che erano ancora ricoverati all'interno degli Ospedali Psichiatrici. Il processo di chiusura dei manicomi in Italia, cominciato ufficialmente a partire dal 1978, in realtà fu molto lungo, portando all'effettiva chiusura dei manicomi intorno alla fine degli anni '90 (ad esempio l'Ospedale Psichiatrico Paolo Pini a Milano chiuse solo nel 1999). Questo perché non tutte le strutture erano state preparate a essere chiuse da un dirigente che aveva preso parte al movimento di riforma basagliano. Nel prossimo capitolo vedremo l'esperienza dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Varese, che era stato accompagnato dall'opera di Edoardo Balduzzi verso la progressiva chiusura in favore di una reintegrazione del malato mentale all'interno del territorio, ma la stessa sorte non toccò certamente a tutti i manicomi italiani allora aperti. La verità è che, con l'accorpamento della legge 180 alla legge sull'istituzione del servizio sanitario nazionale (legge 833) nel dicembre del 1978, molti provvedimenti originari della legge Basaglia potevano essere facilmente aggirati a discapito del malato di mente (come, ad esempio, il limite massimo di 15 posti letto che poteva essere cambiato dai singoli piani sanitari regionali perché la legge 833 non prevede alcun limite di posti letto). Di conseguenza, la legge 180 non ha mai trovato una sua vera applicazione al di fuori dagli istituti diretti da chi aveva un interesse genuino nei confronti del paziente psichiatrico. La lotta politica e sociale per i diritti del folle è qualcosa che non potrà mai essere considerata davvero conclusa; è in continua evoluzione, e ancora oggi, a 46 anni dall'approvazione della legge Basaglia, non possiamo dirci soddisfatti. C'è sempre da chiedersi cosa si può fare, ma soprattutto c'è da chiedersi cosa è stato realmente fatto.

1.3 - Balduzzi porta la psichiatria di settore in Italia.

Il 22 marzo del 1963 venne organizzata a Firenze, su iniziativa del direttore sanitario degli ospedali psichiatrici locali, il professor Mario Nistri, una riunione sull'assistenza psichiatrica di settore. Il moderatore dell'incontro, scelto per la sua riconosciuta conoscenza della materia, fu il professor Georges Daumézon, *médecin chef* dell'ospedale psichiatrico di Sainte-Anne, a Parigi, dove dal 1957 era in funzione il settore pilota del XIII *arrondissement*, gestito da Lébovici e Paumelle. La psichiatria di settore aveva come principio – proclamato per la prima volta durante le *Journées psychiatriques* di Sainte-Anne del 1945 – quello di mantenere uniti e indivisibili i processi di profilassi, di cura e di post-cura. Le Giornate psichiatriche di Sainte-Anne erano state organizzate dalla neonata *Union des médecins français* per fare il punto sullo stato dell'assistenza psichiatrica francese una volta terminata la guerra. Il principio di unità e indivisibilità venne enunciato da Georges Daumézon nel suo rapporto su *Le psychiatre dans la société*; questo principio venne adottato ufficialmente dal Ministero della sanità francese con una circolare del 15 marzo 1960.

In Italia convegni di psichiatria di questo genere e su questo argomento erano già stati tenuti in altre città, ma uno di fondamentale importanza fu quello di Bologna tra il 24 ed il 26 aprile del 1964. Per i più convinti “settorialisti” italiani, applicare il principio di unità e indivisibilità significava affidare le tre fasi di prevenzione, cura e post-cura ad una medesima équipe multidisciplinare. Ciò significa che l'équipe sarebbe dovuta essere in grado di farsi carico di tutti i potenziali pazienti di un territorio sia all'interno dell'ospedale, sia al suo esterno, appoggiandosi a una rete diffusa di strutture a carattere dispensariale. L'idea era quella di dividere il territorio in modo tale da evitare la divisione dell'azione psichiatrica, contrastando, così, pratiche cliniche avulse dal contesto sociale, ma anche servizi di cura e post-cura indipendenti dagli ospedali. Quello che sarebbe dovuto essere il funzionamento della psichiatria di settore in Italia venne descritto nel testo *Considerazioni a proposito di una moderna organizzazione assistenziale psichiatrica e di sanità mentale (organizzazione a settore topografico)* di Giordana, Barucci e Mori: “Tra le considerazioni fondamentali della psichiatria a settore territoriale sta anche il fatto che, per un efficiente aiuto a chi soffre di disturbi psichici, è necessario che lo psichiatra conosca profondamente l'ambiente sociale, economico e culturale di ciascun suo paziente: e questo tanto per un'efficace profilassi mentale quanto per una più esatta diagnosi [...], una più proficua terapia [e] infine per un più agevole recupero sociale del paziente. Lo psichiatra, quindi, non dovrebbe più essere il titolare del reparto X o del reparto

Y, dove passano gli uomini o le donne a seconda dei diversi tipi di alterazione del comportamento o le diverse fasi della malattia [...], ma il medico che, con la sua équipe, si cura di tutti i servizi psichiatrici di un dato territorio di limitata estensione e perciò ne conosce a fondo la topografia, ha possibilità di valutarne le condizioni socio-economiche, è in rapporti stretti con i medici generici e con le varie autorità locali (sindaco, maestro, sacerdote), può avere elementi per consigliare o sconsigliare un dato tipo di attività lavorativa, può con maggiore sicurezza consigliare il ricovero o proporre la dimissione del paziente e può risolvere insomma i problemi psichiatrici del soggetto attraverso un'esatta valutazione della [sua] situazione psicologica e ambientale”.

Veniva proposta una trasformazione del sistema sanitario assistenziale tramite la creazione di strutture più piccole e di apparati extra-ospedalieri e tramite un collegamento tra interno ed esterno che garantisse una continuità terapeutica al paziente. Anche il lavoro degli operatori venne rivalutato: si proponeva di istituire delle équipes per valorizzare l'approccio multidisciplinare al disagio psichico.

Le obiezioni nei confronti della psichiatria di settore in Italia non furono poche, ma, nonostante ciò, ci fu un importante tentativo di messa in pratica di questa disciplina a Varese grazie all'impegno di Edoardo Balduzzi. Dal 1965, infatti, la provincia di Varese era stata suddivisa in sette settori. Inoltre, erano stati creati diversi dispensari e ambulatori controllati dal personale ospedaliero in punti del territorio ritenuti strategici.

Ma partiamo dal principio, introducendo in breve la storia dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Varese. A seguito dell'istituzione della nuova Provincia di Varese nel 1927, furono avviati i primi progetti per la costruzione dell'Ospedale Psichiatrico con sede nel quartiere di Bizzozero, al centro di una vasta area verde di centotrentamila metri quadrati di terreno. Nel 1937 Adamo Mario Fiamberti vinse il concorso per la direzione del nuovo Ospedale Psichiatrico di Varese, il quale venne aperto nel 1939. La struttura disponeva di tutti gli strumenti scientifici e tecnologici che si potessero desiderare in quel periodo, anche grazie alla partecipazione di Fiamberti alle fasi di completamento dell'ospedale. Il direttore dichiarò di voler combattere i pregiudizi culturali e sociali che allora ostacolavano l'esercizio della psichiatria, presentando le attrezzature e i metodi moderni attraverso i quali si dimostrava sicuro di poter sottoporre a cure radicali e con esito positivo i malati varesini. Nel 1943, a causa della guerra, i malati mentali furono mandati via dall'ospedale per fare spazio a un centro neurochirurgico della sanità militare tedesca; dopo la partenza dei tedeschi la struttura accolse un centro per la cura dei soldati affetti da patologie polmonari. Nel 1948 l'Ospedale Psichiatrico poté riaprire, dando inizio al suo periodo più florido, durante il quale la produzione scientifica arrivò ad attirare

l'attenzione degli ambienti specialistici nazionali e internazionali. Studiando le pubblicazioni sulla psicotomia del medico portoghese Egas Moniz il quale, a partire dal 1936, aveva svolto degli interventi sul centro ovale del lobo prefrontale per ridurre la sintomatologia di alcune psicosi, Fiamberti aveva sperimentato una tecnica che rendesse l'intervento di più semplice attuazione rispetto alla trapanazione proposta da Moniz. Il direttore dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Varese si era ispirato alla tecnica che aveva visto mettere in pratica da Achille Mario Dogliotti per una ventricolografia cerebrale attuata con una puntura transorbitaria; con questa tecnica l'ago viene introdotto nel corno frontale del ventricolo passando attraverso il centro ovale del lobo prefrontale, rendendo possibile l'attuazione dell'intervento senza dover ricorrere a una vera e propria chirurgia intracranica. Fiamberti presentò il suo nuovo modello di leucotomo al congresso di Rovigo, nell'ottobre del 1938. Superata la guerra, tornò a studiare la tecnica che aveva applicato senza inconvenienti a una quarantina di pazienti, e che iniziava a essere diffusa anche in altri ospedali. Nonostante la consapevolezza da parte di Fiamberti sulla debolezza teorica alla base della tecnica varesina di leucotomia, egli continuò a ritenere più importante l'esperienza effettiva, la quale dava risultati positivi (la riduzione di complessi sintomatologici particolarmente disturbanti come l'impulsività e l'agitazione scomposta) e rispondeva alle carenze di arsenale terapeutico delle strutture psichiatriche dei tempi. Egli stesso dichiarava di non poter considerare la leucotomia una vera e propria terapia delle malattie mentali, raccomandando il suo utilizzo in casi cronici considerati irrecuperabili con altri mezzi. Al congresso nazionale della Società Italiana di Psichiatria del 1951 venne messa in discussione la psicotomia, tecnica che non aveva portato ai risultati sperati e che, per questo, venne abbandonata dalla comunità scientifica a distanza di pochi decenni dalla sua nascita (pur garantendo a Moniz il Premio Nobel nel 1951 per la scoperta della leucotomia). A partire dagli anni Cinquanta (in particolare, dal 1955), infatti, venne dato maggior rilievo alle scoperte psicofarmacologiche, le quali portarono a un controllo dei sintomi e quindi alla riduzione della durata e del numero dei ricoveri manicomiali i quali, fino a quel momento, erano stati in costante aumento. Inoltre, in quel periodo l'attenzione della psichiatria si spostò verso la psicoterapia d'ambiente: una corrente di pensiero che insisteva sulla dimensione organizzativa della vita d'ospedale, del trattamento, delle sfumature dell'assistenza e dei comportamenti del personale medico e infermieristico, per dare al paziente psichiatrico la dignità di malato e per superare i meccanismi di emarginazione che gravavano pesantemente sulla malattia mentale e sui luoghi di cura. Si puntava, quindi, a un rimodellamento e un rinnovamento degli Ospedali Psichiatrici, la maggior parte dei quali presentava grandi carenze e, spesso, aspetti di degrado. L'obiettivo era quello di portare

l'attività e l'organizzazione psichiatrica a innalzare il livello di qualità scientifica e umana accogliendo i suggerimenti della dottrina psicoanalitica. Già nei congressi nazionali della Società Italiana di Psichiatria del 1946 e del 1948 si parlava del bisogno di una legislazione che ponesse gli Ospedali Psichiatrici sullo stesso piano di tutti gli altri ospedali civili. In quest'epoca iniziava a insinuarsi il dubbio che fosse impossibile trovare interpretazioni organiche per le psicosi e per la maggior parte dei disturbi mentali, interpretazioni che erano state a lungo ricercate dalle teorie biologiche e neuropatologiche del disagio psichico. Così si arrivò allo sviluppo del movimento antipsichiatrico guidato in Italia da Basaglia. L'antipsichiatria sosteneva che era da considerarsi inautentico l'uomo normale, motivo per il quale l'integrità psichica poteva essere trovata solo nella libera espressione della malattia. Il concetto della malattia come mezzo di controllo socio-politico aveva portato a togliere legittimità all'azione della psichiatria per dare maggiore valore al rapporto individuale e libero tra paziente e terapeuta; rapporto che veniva considerato come unica dimensione operativa accettabile della psichiatria.

Nel frattempo, assieme ai movimenti antiistituzionali, negli anni Sessanta cominciavano le prime esperienze di Psichiatria di Settore in Italia che videro in Edoardo Balduzzi, come abbiamo già accennato, il loro promotore principale. L'approccio – che influì sul futuro sviluppo della legge Mariotti del 1968 – venne messo in pratica a Varese, dove vennero organizzati in maniera settoriale sia l'ospedale, sia il servizio sul territorio (Armocida, 2000). Si trattava di abbandonare il centralismo ospedaliero per curare il più possibile i pazienti nel loro ambiente, avvicinandosi a una psichiatria non più di indirizzo biologico, bensì centrata sul versante psicologico e sociale. Questa nuova attenzione al paziente portava al coinvolgimento di un'équipe composta da diverse figure professionali: medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi ed educatori. Il rapporto medico/paziente veniva sostituito dal rapporto équipe/paziente, o addirittura dal rapporto équipe/ambiente. Vennero a crearsi, in questa maniera, una rete di prevenzione (che fino ad allora in psichiatria quasi non esisteva) e il concetto di continuità terapeutica, ovvero la necessità di seguire il malato nei vari momenti del bisogno evitando di “scaricarlo” all'esterno una volta dimesso dall'ospedale; il lavoro d'équipe doveva estendersi agli ambienti familiari, di lavoro, di svago e, in generale, agli ambienti di vita. Balduzzi stesso spiegava che: “Fare psichiatria di una zona significava risolvere sul posto i problemi del bisogno e non isolare, (assurdamente) in un ospedale, l'elemento più debole di un determinato sistema, mantenendone invece intatte all'esterno le matrici psicologiche e sociali” (Balduzzi, 2000). Il ricovero doveva costituire solamente un momento temporaneo del

percorso terapeutico del sofferente psichico; bisognava spostare l'interesse della disciplina psichiatrica verso l'esterno, nella comunità.

D'altronde, il clima politico di quell'epoca – costituito da un governo di centro-sinistra, il papato di Giovanni XXIII e la presidenza di Kennedy – favoriva lo sviluppo di questa ideologia che vedeva l'individuo al centro del proprio processo di cura. È così che nel giugno del 1964 il Consiglio Provinciale di Varese assegnò l'incarico di direzione dell'Ospedale Neuropsichiatrico ad Edoardo Balduzzi in occasione della messa a riposo dell'ex direttore. La scelta del nuovo direttore venne fatta con l'intento di favorire lo sviluppo dell'ospedale nel senso del decentramento zonale. Il problema venne affrontato con l'assunzione di dieci nuovi medici e di sei assistenti sociali, scelta che venne a dimostrarsi un primo errore di valutazione per la convocazione di troppe persone in uno stesso momento, piuttosto che procedere in maniera più graduale. Un secondo errore di valutazione fu quello di avere la presunzione che i giovani medici si sarebbero automaticamente integrati con i vecchi colleghi, detentori delle posizioni di potere istituzionale (Primario e Aiuto). Inoltre, la mancata attenzione a determinate norme amministrative portò ad ignorare il fatto che i giovani erano stati assunti a titolo provvisorio, mentre i vecchi erano stabilmente di ruolo e, pertanto, inamovibili. Persino Balduzzi era soltanto un direttore incaricato temporaneamente. L'esistenza di due gruppi contrapposti di operatori venne risolta accettando un doppio sistema di potere: il potere dei primari, un potere forte che era diventato l'espressione dell'Istituzione, e il potere dei giovani medici di settore che, secondo l'utopia di Balduzzi, avrebbero dovuto prevalere per il semplice fatto di essere portatori di un'ideologia giusta.

Nonostante le difficoltà elencate, i primi due anni di direzione dell'ospedale da parte di Balduzzi trascorsero in maniera positiva con lo svecchiamento della struttura e la rimozione di decine di posti letto. Il personale iniziò un nuovo tipo di formazione, vennero create le prime attività di gruppo, vennero aperti dei nuovi ambulatori a Gallarate, Cittiglio e Tradate e venne iniziato il lavoro nelle comunità a partire dalle condizioni socio-familiari dei dimessi. Sicuramente l'esperienza goriziana che Basaglia aveva portato avanti a partire dal 1963 aveva orientato la cultura e il clima di quegli anni in senso comunitario, facendo iniziare un rapporto di lunghi e fruttuosi contatti tra le due figure che dirigevano gli Ospedali Psichiatrici di Gorizia e di Varese, famosi per aver condotto la rivoluzione clinica e sociale della psichiatria, pur con soluzioni diametralmente opposte. Mentre il tentativo di svincolarsi dall'istituzione per creare una cultura comunitaria dava al movimento di Basaglia un taglio fortemente socio-politico, l'esperimento che Balduzzi condusse a Varese dal 1964 rimase ancorato all'esigenza di rivolgersi all'ammalato e al suo ambiente con intenti dichiaratamente psicoterapici. Balduzzi

scriveva: “Cessata l’epoca dell’oggettivazione scientifica soggetto/oggetto, caratteristica della scienza naturale, la scienza umana si rivolgeva al rapporto soggetto/soggetto, sia nei confronti del singolo, come anche (o soprattutto) nei confronti del contesto globale dell’esperienza. Andava cioè delineandosi un futuro programma di psicoterapia istituzionale, a partire dai rilievi sulla simbiosi manicomiale per arrivare, via via, al cosiddetto rapporto triadico, come premessa al difficile accesso alla libertà individuale o di gruppo. Si chiarivano allora per noi tutti gli aspetti della complicità istituzionale” (Balduzzi, 2000).

Il secondo biennio di direzione dell’Ospedale Neuropsichiatrico di Varese da parte di Balduzzi, caratterizzato da liberalizzazione delle attività quotidiane, ricerca di democratizzazione dei rapporti e lotta contro ogni tipo di omogeneizzazione, scatenò apertamente la reazione dei vecchi operatori. Forti della stragrande maggioranza numerica e della possibilità di contrapporsi all’infinito alle iniziative quotidiane, i vecchi operatori riuscirono a sovvertire tutto l’impegno organizzativo che faticosamente si era tentato di strutturare. Queste scissioni tra operatori finirono per proiettarsi all’interno del Consiglio Provinciale, portando a improvvisi e polemici cambiamenti nella commissione giudicatrice del concorso direttoriale, la quale proclamò vincitore un esponente della psichiatria tradizionale. Nel giugno del 1968, quindi, Balduzzi termina il suo esperimento zonale a Varese. Di conseguenza, nel giro di un anno tutti i nuovi operatori medici che avevano seguito l’opera riformista di Edoardo Balduzzi abbandonarono l’Ospedale Neuropsichiatrico di Varese. Quando, nel 1978, venne approvata la legge 180, l’esperimento conclusosi dieci anni prima con il trasferimento di Balduzzi era stato completamente dimenticato e rimosso, motivo per il quale l’istituto di Varese aveva ristabilito il suo precedente equilibrio manicomiale. I vecchi operatori erano arrivati a reclamare l’antico orgoglio per quello che era stato considerato l’istituto più moderno ed efficiente in Italia. Il consolidamento di tale situazione di stallo e di resistenza, favorita dalla silenziosa passività degli operatori, rese estremamente difficile e problematico il processo di chiusura definitiva che la legge Basaglia imponeva a tutti i manicomi d’Italia (Balduzzi, 2000).

Le difficoltà riscontrate dall’Ospedale Neuropsichiatrico di Varese al momento della chiusura non tolgono a Balduzzi il merito di essere stato un pioniere che ha onorato la psichiatria italiana con il suo impegno professionale e sociale. La proposta di rinnovamento portata avanti dalla psichiatria di settore attraverso la territorializzazione dei servizi avrebbe potuto rappresentare una concreta risposta alle esigenze di chi soffre di disagio mentale e al bisogno di superare l’istituzione manicomiale. Non va dimenticato che i concetti proposti da Balduzzi hanno ispirato l’attuale organizzazione assistenziale in molte regioni italiane, come la Lombardia. In un clima in cui erano le spinte antiistituzionali a prevalere, piuttosto che quelle di una riforma

dell'assistenza, l'ideologia di settore non ebbe il necessario sostegno da parte del movimento riformatore e le sue esperienze furono ingiustamente svalutate. L'influenza di questi atteggiamenti si riscontra nel mancato riconoscimento e nella mancata valorizzazione delle esperienze di settore nella successiva evoluzione dell'ideologia rinnovatrice (Maieron, 2000).

CAPITOLO 2 – ESPERIENZE TERAPEUTICHE

In questo capitolo parleremo delle esperienze cliniche e sociali di alcune figure professionali coinvolte all'interno di istituzioni psichiatriche e psicologiche in Italia. Le testimonianze raccolte sono state scelte in base all'obiettivo che questa tesi si pone, ovvero quello di mostrare il clima attuale, a seguito dell'applicazione della legge 180, nel settore psichiatrico italiano e, in particolare, in Lombardia. Nel capitolo precedente abbiamo visto quello che è stato il contesto sociale necessario a mettere in atto una riforma psichiatrica che vedesse il soggetto al centro del suo percorso terapeutico, non più emarginato, ma parte integrante della società. Ci chiediamo se le proposte di Basaglia e Balduzzi siano diventate una mera utopia, o se sia stato possibile vedere una loro effettiva applicazione all'interno delle istituzioni psichiatriche, nell'ambito della salute mentale e nella vita sociale. La psichiatria e la psicologia italiane sono state in grado di incontrare il soggetto? Per rispondere a queste domande sono state condotte delle interviste a quattro figure professionali impegnate nel settore della salute mentale e ad un medico. È stata costruita una traccia generica costituita da dieci domande, rivolte a tutti gli intervistati ad eccezione del medico fondatore dell'associazione Medici Volontari Italiani, Faustino Boioli, per cui sono state pensate delle domande specifiche riguardanti il suo progetto. Le interviste sono state svolte in maniera telematica, tramite videochiamata o chiamata telefonica, con una durata di circa due ore ciascuna. Sono stati intervistati, in ordine: lo psichiatra e professore dell'Università dell'Insubria Simone Vender; lo psichiatra di Varese Isidoro Cioffi; la psicologa Anna Barracco; il medico Faustino Boioli, fondatore dell'associazione Medici Volontari Italiani a Milano; lo psichiatra, con attività a Milano, Francesco Comelli.

I dottori Simone Vender e Isidoro Cioffi sono psichiatri in pensione che hanno iniziato la loro carriera prima che venisse approvata la legge 180, pertanto hanno sperimentato anche ciò che accadeva quando i manicomi erano ancora aperti. Le loro sono esperienze preziose in quanto racchiudono un pezzo fondamentale della storia della psichiatria in Italia. Il dottor Francesco Comelli è il fondatore del gruppo Basti-Menti, che si ispira agli studi condotti da Bion sui gruppi. Gli incontri del gruppo Basti-Menti vengono seguiti anche dalla dottoressa in psicologia Anna Barracco, motivo per il quale abbiamo rivolto delle domande aggiuntive a lei e al dottor Comelli su questa esperienza.

Da queste interessanti testimonianze di vite dedicate alla cura del soggetto è stato possibile ricostruire la storia della Psichiatria e della Psicologia in Lombardia a partire dall'entrata in

vigore della legge Basaglia, fino ad arrivare ai giorni nostri. Si tratta di esperienze che aiutano a comprendere ciò che è stato fatto, in modo tale da intuire quello che è ancora da fare. Come è stato detto dal dottor Giuseppe Armocida durante l'evento organizzato dal Gruppo di Lavoro Provinciale per la salute mentale (GLP) "*Giornata di studio su criticità e risorse della Psichiatria*" a Varese: "Ricordatevi che quello che è successo nel 1968 e nel 1978 è stato possibile perché c'erano delle persone – giovani e meno giovani, politici e non politici – consonanti nel cercare di migliorare la società. Non potrebbe succedere più adesso, anzi, devo dirvi, oggi ci sono più ricoverati psichiatrici di quanti ce ne fossero allora. Non sono più nei grandi ospedali, sono nelle strutture private, che sono piccoli ospedali, forse più eleganti, forse meno conflittuali con la coscienza comune, ma ancora escludenti. E allora voglio dire: animo ragazzi, a voi il compito di tornare a fare quello che facemmo noi. [...] La storia che ci sta alle spalle è interessante, ma più interessante è la storia che abbiamo davanti". Come vedremo tramite le storie che sono state raccolte, i progressi fatti sono stati molteplici, ma resta ancora tanto lavoro da fare per chi soffre di disagio psichico. L'importante è che questo lavoro venga fatto con il desiderio genuino di dare all'individuo la possibilità di soggettivizzarsi, di incontrarsi per poter essere incontrato.

I dati qualitativi, raccolti tramite le dieci domande aperte, saranno suddivisi in tre macroargomenti generali: la gestione dell'équipe multidisciplinare, gli strumenti terapeutici e il rapporto con le istituzioni (famiglia, politica e scuola). Le risposte verranno presentate in modo da delineare il percorso fatto dalla psichiatria da quando è stata approvata la legge Basaglia ad oggi. In seguito, verranno riportate le risposte ad alcune domande pensate in maniera specifica per ogni intervistato in base alla sua esperienza sul campo.

La gestione dell'équipe multidisciplinare

Le istituzioni psichiatriche, al giorno d'oggi, fanno ricorso a un'équipe multidisciplinare composta da diverse figure professionali, ognuna delle quali ha un suo compito specifico nel processo di prevenzione e cura dei disturbi mentali. Il funzionamento dell'équipe implica che ci sia una forma di gerarchia nelle istituzioni cliniche; di solito a gestire la squadra è il primario in psichiatria. La gestione da parte di un superiore viene condotta a partire dalla formazione del personale che egli sceglie di avere al suo fianco, e quindi anche da forme di supervisione che possono essere messe in atto per indirizzare l'équipe verso determinati approcci teorici che siano in linea con il gruppo di lavoro. Per comprendere come funziona tale sistema in Italia oggi, utilizzeremo le risposte degli esperti che abbiamo intervistato.

La prima domanda è: “Qual è la sua opinione sulla questione gerarchica insita nelle istituzioni cliniche?”

Simone Vender: Le strutture psichiatriche pubbliche sono un po' diverse dalle strutture private convenzionate perché queste ultime, di solito, si occupano prevalentemente di due settori: quello del ricovero e quello del trattamento a lungo termine nelle comunità. Dall'altra parte, le strutture pubbliche attualmente presenti includono, da un punto di vista organizzativo, il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, che credo attualmente abbia incluso la Neuropsichiatria Infantile; un dipartimento che ha una sua organizzazione in varie strutture, con primari e responsabili differenziati per quanto riguarda la Neuropsichiatria Infantile, il servizio delle tossicodipendenze e la psichiatria. Parliamo della psichiatria. Essa si organizza, dal punto di vista assistenziale, in questo modo: c'è un primario unico, che è primario di varie strutture, ovvero del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura – cioè quello del ricovero, teoricamente per pazienti acuti – che ha al massimo diciotto posti letto ed è collocato in un ospedale generale. In questo ospedale generale il primario fa anche attività in pronto soccorso quando viene chiamato dai colleghi, e si occupa di consulenze in altri reparti.

Poi c'è il Centro Diurno (CD); una struttura collegata con le altre, ma che dipende sempre dal reparto di psichiatria e che ha a che fare con i pazienti esclusivamente durante il giorno per trattamenti a lungo termine.

Poi c'è la struttura ambulatoriale che in Lombardia si chiama CPS – Centro Psico-Sociale – che nelle altre regioni può avere altri nomi. Nei CPS i pazienti che hanno bisogno di cure dovrebbero essere visti per la prima volta e sono trattati con visite che possono essere in

ambulatorio o a domicilio, fatte da medici, infermieri, psicologi, sanitari, educatori professionali e assistenti sociali. Questa è la struttura che, in fondo, ha più figure professionali. Poi ci sono le comunità: strutture ad alta, media o bassa intensità a seconda della durata della presenza di medico, infermieri, educatore professionale o psicologo per più o meno ore. Sono strutture al massimo di venti posti letto, dove i pazienti sono trattati per parecchio tempo, anche parecchi anni. Ci sono alcuni, pochi, che non si riescono a dimettere per motivi sociali o clinici. Tutto questo ha sostituito l'Ospedale Psichiatrico. Io credo che la presenza di più strutture con funzioni diverse porti a seguire meglio il paziente e anche i familiari, a dare dei supporti, degli aiuti, e a far costruire degli interventi terapeutici differenziati che possano aiutare a seguire il paziente a seconda dell'evoluzione della patologia. Cos'è più importante o meno lì? Secondo me non è che sia più importante il reparto, piuttosto che l'ambulatorio, piuttosto che il Centro Diurno o la Comunità Terapeutica. Avendo funzioni diverse, sono state modulate e costruite con funzioni diverse in base alle esigenze di vita del paziente e dell'evoluzione clinica della sua patologia.

Isidoro Cioffi: Per quanto riguarda la questione della gerarchia tra le varie professionalità di psicologi, infermieri, educatori, caposala, primari e così via, io credo che sia fondamentale che ci sia una squadra, un po' come la questione, metaforicamente, della squadra di calcio in cui ci sono varie individualità professionali più che valide, ma ci dev'essere la squadra. Altrimenti non si riesce a fare un lavoro valido.

Io adesso sono in pensione da tre anni, faccio ancora qualcosa come ambulatorio e sono coordinatore del GLP. Ogni collega ha un po' un suo percorso, per esempio all'inizio, quando abbiamo fondato l'unità operativa in psichiatria del Verbano (una zona della provincia di Varese) nell'81, il primario era Mozzicato e uno degli aiuti era Armocida. Gli psicologi non c'erano ancora, ma proprio come figura. Eravamo medici, un caposala, infermieri psichiatrici – perché gli infermieri che lavoravano nell'ospedale psichiatrico, ai tempi, facevano una scuola ridotta – e un assistente sociale. Abbiamo fatto quindici giorni chiedendo l'aiuto dei colleghi di un'altra unità operativa che sono stati molto gentili, che ricoveravano i pazienti che avremmo dovuto ricoverare noi, e in questi quindici giorni abbiamo parlato di come impostare il servizio. Una delle decisioni, apparentemente meno significative, ma a cui tengo molto, è stata quella che come medici non avremmo portato il camice, neanche in servizio psichiatrico. Solo i medici, mentre le altre professionalità – tranne l'assistente sociale – l'avrebbero continuato a portare. Questo in servizio psichiatrico, poi invece in comunità, Centri Diurni e Centro Psico-Sociale nessuno ha il camice. Il senso di questa decisione era di cercare di creare empatia già a partire dalla comunicazione non verbale. La comunicazione non verbale è circa il 50-60% della

comunicazione, per cui ci è sembrato un buon inizio per creare quest'empatia. Decisione su cui siamo stati tutti d'accordo. Eravamo quasi tutti, io soprattutto, abbastanza agli inizi, anche se avevo fatto qualche supplenza nel servizio psichiatrico di Varese. Però il primario e i due aiuti avevano maggiore esperienza. Un aiuto, Armocida, arrivava dall'Ospedale Psichiatrico, l'altro da un'esperienza milanese. Gli altri medici, invece, non avevano esperienza diretta. È stata fatta una scelta prima di tutto di acculturarsi, questo grazie al primario, e ci siamo tutti formati nell'approccio Sistemico-Relazionale. Tant'è vero che poi abbiamo creato, nei due CPS, dei setting di consulenza familiare che consisteva nell'avere due stanze separate da uno specchio unidirezionale in cui da una parte c'era la famiglia con il sofferente psichico (alcune volte anche senza di lui) e con uno o due terapeuti che potevano essere uno psichiatra e uno psicologo, e dietro lo specchio c'erano altri professionisti (anche infermieri) e la famiglia era informata di questo. La famiglia veniva informata della registrazione su cassette VHS, per cui parliamo della preistoria. Poi la famiglia veniva informata del fatto che avremmo anche rivisto la seduta successivamente, per poi discutere sulle dinamiche disfunzionali. L'approccio Sistemico-Relazionale aveva avuto un buon successo perché, almeno nella provincia di Varese, non c'era nessuno che facesse questo tipo di servizio, per cui avevamo avuto anche degli inviti da altri servizi. Per esempio, eravamo stati incaricati dalla procura della Repubblica per un caso di una famiglia abbastanza disfunzionale in cui il padre ubriaco aveva messo incinta la figlia, una cosa molto molto delicata. La formazione nell'Approccio Sistemico-Relazionale è durata per anni; facevamo delle sedute congiunte per scambiarci esperienze e strategie tra psichiatri e infermieri, incontrandoci tutti magari in un CPS. Ai tempi avevamo un altro CPS a Sesto Calende, e anche lì c'era lo stesso tipo di attrezzatura. Questo tipo di setting è durato per molti anni, anche perché chiaramente l'epistemologia, anche se non c'era più il setting, restava. Poi questa tecnica non è più potuta essere utilizzata, se non in ambito privato a Milano, perché molto dispendiosa nel senso che coinvolgeva tanti professionisti, quindi non ci si poteva più permettere di continuare un'esperienza del genere.

Abbiamo poi avuto altri approfondimenti comuni, che quasi chiamerei supervisioni, nella Programmazione Neurolinguistica, nella Gestalt e nell'Analisi Transazionale. Erano stati presi in considerazione vari riferimenti a seconda delle scuole che erano state frequentate dai colleghi. Lo stesso approccio probabilmente lo hanno avuto gli psicologi, con cui naturalmente c'era una collaborazione notevole. Però queste supervisioni, questi aggiornamenti, in realtà economicamente erano a carico nostro. Non è come adesso che ci sono dei finanziamenti. Anche se, successivamente, l'azienda ospedaliera o la ASL ci avrebbero supportato anche loro economicamente.

Il Centro Psico-Sociale si chiama così perché, secondo me, è stata una scelta molto all'avanguardia di tutta Italia, anche della regione Lombardia, di scegliere negli anni (non immediatamente) un approccio territoriale in cui il ricovero in reparto era importante, ma forse il passaggio meno importante. Anche se in certi casi aiutava a calmare certe situazioni esplosive, poi la maggior parte dell'aiuto professionale avveniva nei CPS e, successivamente, qualche anno dopo, nei Centri Diurni e nelle comunità. E si chiama CPS perché proprio nei casi più gravi era importante un approccio dell'équipe. Per équipe intendo medico, psicologo, educatore e assistente sociale. Proprio perché in casi più gravi di schizofrenia o di gravi disturbi psicotici c'erano varie sfaccettature di cui occuparsi. Gli infermieri sono diventati sempre più professionali, non che non lo fossero, però sempre con maggiori capacità nel campo psichiatrico, anche quelli che non avevano avuto un grande acculturamento professionale. Poi c'è stata l'immissione di infermieri che ai tempi facevano la scuola e successivamente l'università. Gli educatori sono stata un'altra grande professionalità che è stata veramente notevole anche in altri campi. Gerarchia dipende come la si intende. Se in senso istituzionale o nel senso del "qui comando io", non so come dire. Chiaramente i compiti erano diversi. Quello che si cerca di fare è di gratificare tutti per quello che viene fatto, anche perché io ho sempre avuto collaboratori sempre molto validi in tutte le professionalità.

Importanti erano anche le supervisioni che si facevano in CPS su un caso, lo si discuteva. Era un crescere professionalmente anche assieme. Non so, io mi rendo conto che l'esperienza vale molto per me, anche per gli psicologi, per gli infermieri, per gli educatori e per l'assistente sociale. Uno deve sempre crescere, liberarsi dei preconcetti che ha, perché per migliorare bisogna prima togliersi preconcetti non in senso morale, ma nel senso di concetti della realtà che abbiamo in mente. Non che siano necessariamente sbagliati, ma, insomma, i tempi cambiano, le persone cambiano, per cui anche noi dobbiamo in qualche maniera cambiare, adattarci alla realtà.

Poi io ho fatto la specialità a Pavia e, in realtà, c'era un indirizzo prettamente psicoanalitico con De Martis e Petrella. Ci tenevano che un professionista – si parlava di medici perché la scuola di specialità era per psichiatri – facesse un'analisi personale perché fosse il meno possibile condizionato dalle proprie problematiche irrisolte. Io non ho fatto un approccio psicoanalitico, però le varie esperienze fatte anche con l'approccio Sistemico-Relazionale o con lo Psicodramma mi hanno aiutato in questo in qualche maniera. Mi rendo conto che, all'inizio, ci mettevo alcuni interventi "di pancia", proprio perché erano nodi irrisolti nella mia mente e nel mio approccio. Però non è che siamo tutti uguali, proprio per dire che ognuno ha una sua professionalità da rispettare. Tutte sono importanti, non è che ce n'è una più o meno importante.

Anche se poi il coordinamento dell'équipe in genere viene dato allo psichiatra. Poi è stata introdotta la figura del Case Manager, ovvero colui che si faceva carico del coordinamento di un percorso terapeutico per un paziente, e poteva essere un infermiere o anche un educatore. Ogni figura professionale si sente la più importante, e diciamo che è anche giusto così, però torno a ripetere che l'importante è il coordinamento, i buoni rapporti all'interno dell'équipe. Questo è fondamentale. È stato il mio ruolo come direttore ma anche come responsabile del CPS e dei caposala quello di smussare le inevitabili discussioni dovute al fatto che ognuno ha la sua epistemologia e che ognuno, giustamente, ha il suo modo di vedere le cose e le situazioni. Ogni diversità, ogni capacità di vivere le cose diversamente è sempre un arricchimento.

Francesco Comelli: Su un piano operativo è chiaro che è necessario avere dei ruoli abbastanza chiari e definiti, tuttavia se un'istituzione è basata su una filosofia di gruppo ci saranno anche spazi dove la gerarchia non è centrale. Comunque, accanto alla gerarchia formale, è di solito necessario avere una chiarezza sulle funzioni che rappresentano la filosofia di un luogo: le funzioni intellettuali che non sono sempre gerarchizzabili. Le funzioni intellettuali rendono il modello di un luogo realizzabile. È possibile realizzare un modello di lavoro che è sotteso all'istituzione, nel senso che ogni situazione ha un modello di un certo tipo e ha bisogno di interpreti di questo modello, di persone che abbiano il loro modello interiorizzato nella loro vita, nella loro persona, nella loro formazione. Quindi in questo caso non è detto che la gerarchia formale coincida con le modalità qualitative o culturali che animano un'istituzione.

Anna Barracco: Purtroppo la gerarchia è un problema di tutti gli ambiti, non solo delle istituzioni cliniche. Io non credo sia tanto una questione di gerarchia, che dipende dall'approccio biomedico. Dall'approccio epistemologico biomedico delle cure della salute mentale dipende anche l'organizzazione gerarchica, che c'è in tutti i campi. Quando noi ci rompiamo una gamba o abbiamo un problema al fegato e andiamo in ospedale, siamo contenti che il medico guidi il discorso, che sia lui il responsabile dello staff, che ci sia una dimensione "gerarchica" laddove c'è un'integrazione di competenze. Ci sono l'infermiere e una serie di altre figure che dipendono da un medico specialista, il quale ha una certa visione su quella situazione, nel senso che possiede quel tipo di sapere che stabilisce una relazione causa-effetto in modo tale da definire l'approccio terapeutico. Purtroppo in psichiatria non è così: noi, a fronte di una stessa organizzazione gerarchica che c'è in tutte le altre discipline mediche, abbiamo una situazione in cui nessuno ha il vetrino della schizofrenia o una prova sperimentale e una causa biologica dei principali disturbi psichiatrici. Però, negli ultimi sessant'anni, soprattutto con l'avvento degli psicofarmaci dagli anni Cinquanta in avanti, si è consolidata una narrazione – che oggi stiamo mettendo in discussione, ma è un cammino in salita – che le case farmaceutiche

sono riuscite ad affermare vittoriosamente. Coloro che hanno prodotto questi farmaci sono riusciti a scavalcare e ad affermare una narrazione che si è imposta a livello medico scientifico, ma che è fallace. Cioè una relazione che stabilisce una causa biologica, per quanto tutti sanno e dicono che non è provata, però è ampiamente ipotizzata. E questa causa biologica sarebbe rappresentata dagli squilibri neurotrasmettitoriali, che riguardino la dopamina per la schizofrenia, che riguardino la serotonina per il disturbo depressivo, eccetera. Ma si è andata affermando questa visione, per cui la causa principale e preponderante di questi disturbi viene individuata, ancorché ipoteticamente – perché tutti sanno che non è stato provato – in un disturbo di tipo biologico, in uno squilibrio funzionale, se non proprio anatomico, perché non c'è un danno vero e proprio del cervello indotto dall'insorgenza di questi disturbi. Quindi da questo deriva che anche in psichiatria la componente medica è considerata prioritaria nello staff. Si organizza gerarchicamente a partire da questa figura che dovrebbe essere depositaria del rapporto causa-effetto degli aspetti della cura. Però non è così, anzi è stato dimostrato che gli asseriti squilibri neurotrasmettitoriali sono casomai causati da un uso continuativo del farmaco. In effetti sono stati provati degli squilibri cerebrali nella produzione di questi neurotrasmettitori, dei danni anche abbastanza difficili da correggere nel momento in cui questi farmaci vengono somministrati per molti anni. Viceversa, non è mai stato dimostrato che il cervello di uno schizofrenico all'esordio è diverso dal cervello di una persona normale in termini di produzione di neurotrasmettitori. Quindi questi squilibri non sono mai stati riscontrati né per la serotonina, né per la dopamina, né per gli altri neurotrasmettitori. E oggi, peraltro, c'è molta critica nei confronti di questi farmaci. C'è tutta una questione rispetto ad alcuni preparati che in America, per esempio, stanno facendo vittime in grandi quantità, creano dipendenza. Per non parlare delle benzodiazepine, la cui efficacia nel calmare e nell'indurre il sonno è provata e comprovata, peccato che inducano una dipendenza veramente gravissima; sono molto difficili da sospendere e da ridurre.

Ma il cuore della questione gerarchica, secondo me, è che io non credo che ci possiamo illudere, come nel '68, di abolire le gerarchie e gli aspetti di potere. Il potere è anche una possibilità, la parola potere ha questo doppio versante. È qualcosa che opprime, che toglie prerogative, ma ognuno di noi ha anche una fetta di potere. Quindi dobbiamo essere consapevoli di questo, che il potere è sempre una linea che si può modificare. In tutti gli apparati, in tutte le équipes, in tutti i luoghi dove si lavora a più mani la questione del potere va affrontata. Il vero problema della questione gerarchica è che normalmente una gerarchia sana, non una dittatura, si struttura attorno ad una quota di sapere o di possibilità che viene riconosciuta dalla comunità. Quindi lo psichiatra è capo degli staff terapeutici perché, purtroppo, si suppone che lui sia depositario di

un sapere, ma questo non è vero, questo è il problema. Il fatto che le équipes siano strutturate in modo da avere dei servizi che sono sanitari, che ci sia un approccio sanitario biomedico al disagio psichico è un grosso problema epistemologico prima ancora che politico e di potere.

La seconda domanda si occupa di indagare, poi, la questione dell'équipe multidisciplinare come strumento di lavoro all'interno del contesto psichiatrico e psicologico delineato grazie alla domanda precedente.

Anna Barracco: L'équipe multidisciplinare ancora oggi si sta utilizzando molto. Quando Basaglia fece chiudere i manicomi, paradossalmente, questi erano ancora un passo indietro nella considerazione della malattia mentale come malattia medica, come squilibrio cerebrale. Questo concetto è venuto dopo, anzi in un certo senso la rivoluzione di Basaglia è stata possibile proprio perché in quel periodo si affermavano i nuovi psicofarmaci e c'era un comprensibile entusiasmo, un più che comprensibile entusiasmo nei confronti di queste molecole che sembravano poter dare delle possibilità. Però perché ci fu l'inghippo? Perché la malattia mentale all'epoca era vista soprattutto come un problema giuridico. Fondamentalmente questi manicomi erano sotto il Ministero della Giustizia e la persona che ci finiva aveva la fedina penale che veniva sporcata. La malattia mentale era considerata alla stregua di una trasgressione della legge in qualche modo. L'elemento di pericolo per sé e per gli altri in base al quale si supponeva che le persone fossero problematiche le metteva ai margini della società. Il problema è che questi manicomi si trovavano ai margini delle città e queste persone venivano escluse completamente dalla società civile in quanto ritenute pericolose, quindi anche private dei loro diritti civili di base come la carta d'identità, il diritto di voto, la possibilità di avere dei beni, e così via. Cioè vivevano una specie di vita parallela chiusi in questi luoghi, alcuni gestiti in maniera più illuminata, alcuni meno, ma erano comunque delle città fuori dal perimetro civile. Invece la rivoluzione di Basaglia è stata quella di dire no, queste persone hanno un disturbo. Questo è molto importante perché si dice spesso che egli negasse la malattia mentale, invece non è affatto vero. Basaglia ha messo l'accento su quanto importante fosse il contesto sociale, familiare e politico nell'insorgenza del disturbo. E quindi sull'importanza che fosse questo entourage sociale, familiare e politico a curare il disagio. Il luogo dove la malattia si instaura come risposta estrema a una situazione di disagio è lo stesso luogo dove si cura. Basaglia su questo era veramente un visionario. Ma lui non aveva mai negato il fatto che le persone che danno questo tipo di risposta così particolare erano persone con qualche vulnerabilità, anche biologica. In quel momento questo era rivoluzionario, loro avevano fatto un grande

investimento sul fatto che includere la malattia mentale all'interno del paradigma medico, quindi inserire i reparti di diagnosi e cura all'interno degli ospedali, era un grande passo avanti. Non erano delle persone da escludere; erano dei Cittadini affetti da un disturbo, e quindi si restituiva la cittadinanza a queste persone, si restituiva loro il diritto di voto. Dopo di che, per vari motivi, la legge Basaglia è stata approvata velocemente perché stava cadendo il governo, c'erano i radicali che volevano fare il referendum e quindi avrebbero rischiato di abolire cure e manicomio senza regolamentazione. Quindi alla fine, in gran fretta, fu approvata questa legge che purtroppo oggi tutti ricordano sostanzialmente come la legge che ha istituito il Trattamento Sanitario Obbligatorio. In realtà è il più grande limite della legge Basaglia, che oggi ci viene anche contestato dal Consiglio d'Europa. Per Basaglia il TSO doveva essere una *extrema ratio*, invece l'inclusione del disagio psichico all'interno del paradigma medico si è trasformato in questi quarant'anni in una sorta di riduzione estrema del paradigma basagliano alla funzione medico-custodialistica.

Dal 1978 ad oggi, soprattutto nei primi vent'anni, le équipes multidisciplinari che popolavano e che popolano adesso sempre meno i primi CPS e Centri di Salute Mentale (CSM) erano composte da persone che si erano formate da Basaglia, quindi in molti CPS c'era il discorso dell'inclusione, delle famiglie, dello psicologo, dell'assistente sociale, degli inserimenti lavorativi, dell'educatore, del rapporto con le fabbriche, eccetera. Negli anni che vanno dalla fine degli anni Sessanta all'inizio degli anni Ottanta c'è stata una tradizione di leggi progressiste: dalla legge sul divorzio, alla legge sull'aborto, all'inserimento delle persone disabili nel mondo del lavoro, alla legge per l'inserimento dei ragazzi con disabilità all'interno delle scuole normali, quindi all'abolizione delle scuole speciali e così via. Insomma, era in atto un movimento che ha modificato radicalmente la visione che la società degli anni Settanta aveva dell'esclusione sociale e della marginalità. Fino a dieci o venti anni fa c'era ancora questa mentalità. Le équipes multidisciplinari contemplavano uno o due psicologi, un educatore, gli assistenti sociali. E soprattutto c'erano molti progetti, anche con il terzo settore, quindi con le cooperative sociali. C'erano molti strumenti di mediazione tra il mondo sanitario, il mondo sociale e il mondo del mercato. Perché il mercato non va visto solo come una cosa negativa; laddove una persona è in grado di scambiare una sua abilità e competenza, quindi di lavorare, di produrre, questo è un fattore estremamente significativo. Naturalmente bisogna vedere come, perché c'è sempre il rovescio della medaglia rappresentato dal fatto che una persona possa venire sfruttata, come avviene oggi in molti casi.

Però le équipes multidisciplinari hanno valore e hanno senso. Oggi vengono svuotate dall'interno, un po' per mancanza di mezzi economici, un po' perché la cultura del disagio

psichico come multicausale e multifattoriale non vede l'aspetto psicosociale come prioritario rispetto all'aspetto medico-biologico. Il discorso biomedico è diventato di prima linea, e le cause di questo stanno prevalentemente nel discorso delle case farmaceutiche a cui il mondo dell'accademia e della medicina non ha opposto una dialettica sensata. Perché le case farmaceutiche sono riuscite a comprarsi medici tramite i convegni sponsorizzati alle Hawaii e queste cose qua. Un fattore è stato quello che l'accademia, la medicina e l'università non hanno voluto, potuto e saputo opporsi a questo discorso, al quale forse i medici hanno creduto per molti anni. Non lo so, sicuramente negli anni Novanta ero una giovane studentessa e ricordo benissimo che quando è venuto fuori, per esempio, il Prozac la gente ci credeva. C'erano gli psicoanalisti della Società Psicoanalitica Italiana (SPI) che dicevano che finalmente le Neuroscienze e gli studi sul cervello avevano permesso di visualizzare quello che Freud aveva teorizzato. Questa gente ci credeva che questi farmaci miracolosi avrebbero permesso di riparare i neurotrasmettitori, ma poi si è visto benissimo che era una bufala. Molti degli studi sul Prozac erano stati nascosti, ma poi si è visto che invece causava moltissimi suicidi. Senza voler entrare nei dettagli delle critiche molto pesanti che si fanno alle case farmaceutiche, la grande speranza e il grande ottimismo nei confronti di questi preparati farmacologici ha dimostrato tutta la sua inanità. C'è anche un bellissimo libro che si chiama "Indagine su un'epidemia" in cui Whitaker – grande giornalista americano che ha vinto anche il Nobel per la divulgazione scientifica – fa vedere come l'introduzione e quarant'anni e più di applicazione di queste cure per i disturbi bipolare, schizofrenico, psicotico e così via hanno fatto aumentare esponenzialmente i costi per lo stato, perché ci sono una marea di invalidi. La narrazione delle case farmaceutiche è che questi farmaci sono come l'insulina per il diabetico. In realtà se si prende l'insulina quando si ha il diabete, questa riabilita e fa vivere una vita normale, nel benessere. Invece, se si prendono gli psicofarmaci, si diventa uno zombie nel giro di pochi anni. La maggior parte delle persone che li prende non lavora, è fuori dal circuito sociale, prende la pensione d'invalidità. In pratica sono degli invalidi, quindi questi farmaci non sono affatto come l'insulina per il diabete.

Quindi io credo che la questione delle équipes multidisciplinari oggi sia che il compito di psicologi, familiari e di chi è entrato in contatto con persone che hanno attraversato un disagio e l'hanno affrontato diversamente, sia quello di riscrivere completamente una teoria e una pratica del disagio psichico. Questo è quello che è stato fatto, per esempio, dalla task force inglese "The Power Threat Meaning Framework" di Mary Boyle. Hanno creato un manuale che utilizza un paradigma completamente diverso rispetto a quello del DSM, fondandosi su cause sociali e relazionali. Un modo diverso di scrivere le cause dei vari disagi psichici. Questo è il

lavoro che va fatto: bisogna uscire dal paradigma biomedico e riuscire a dimostrare che un approccio diverso produce effetti diversi, come sempre in un paradigma scientifico. Come si supera un paradigma mettendocene un altro? Devi dimostrare che la tua teoria è più esplicativa, funziona meglio, produce effetti migliori. È questo che dobbiamo fare: dobbiamo riuscire a costruire una teoria alternativa a quella biomedica che fa acqua da tutte le parti, lo vedono tutti, e cercare di costruire un paradigma alternativo.

Simone Vender: L'attività multidisciplinare è assolutamente indispensabile e necessaria per vari motivi. Gli interventi psicologici sono tutti, in fondo, un po' di tipo sanitario, perché si tratta della salute, della patologia dei pazienti, del malessere o del benessere del paziente, dell'equilibrio psichico o di uno stato di sofferenza. Quindi siamo nell'ambito, potremmo dire, genericamente sanitario. In questo ambito ci sono evidentemente delle funzioni diverse: infermieristiche, psicologiche, mediche, dell'assistente sociale. Anche se, qualche volta, gli interventi si possono un po' sovrapporre. Secondo me la diversità è legata anche al fatto che ci sono alcune persone che, per esempio, preferiscono parlare e confidarsi con un'infermiera, o con la donna che fa le pulizie, piuttosto che esporsi con un medico o con uno psicologo. A seconda della struttura e del bisogno del paziente e delle condizioni in cui si trova, alcune volte si osserva che confidenze più personali vengono fatte a persone con meno potere, più in basso nella gerarchia piuttosto che a una persona più in alto. Al giorno d'oggi c'è anche meno rispetto, nel senso che gli operatori vengono anche menati. La situazione attuale è piuttosto grave. Da questo punto di vista della gerarchia il medico non è più rispettato come una volta, lo psicologo e l'infermiere nemmeno. Spesso esiste un'emergenza percepita dal punto di vista soggettivo che fa scavalcare qualsiasi esigenza o remora dal punto di vista reale. Al giorno d'oggi chi è più in alto nella gerarchia non sempre è più stimato o più temuto. Teoricamente dovrebbe essere così. Poi c'è il problema, nell'equipe multidisciplinare, del rapporto tra le varie figure professionali, e lì dipende molto da come sono fatte le persone perché lavorare in gruppo vuol dire, da una parte, affermare la propria professionalità, la propria specificità. Però questo uno lo può fare in base a come è fatto lui come persona. Inoltre, perché un gruppo di lavoro funzioni bene, è necessario che ognuno faccia un passo indietro rispetto alla sua posizione. Per collaborare è necessario questo, e non è sempre facile. Dipende soprattutto dal fatto che il responsabile sia in grado non solo di comandare, perché comandare è facile, ma anche di farsi obbedire. Uno può comandare, ma se gli altri lo ignorano comanda solo sé stesso alla fine della fiera. È necessario che chi è a capo conosca anche un po' di dinamiche dei gruppi di lavoro, quindi deve avere esperienza accanto alla conoscenza del funzionamento del gruppo e avere a disposizione un gruppo che lo riconosca come responsabile.

Francesco Comelli: Le équipes multidisciplinari sono un po' delle etichette. Tutti dicono che lavorano in maniera interdisciplinare, ma molto spesso le équipes hanno due destini. O funzionano solo sul ruolo, ovvero sul compito. Magari questo tipo di équipes funziona anche bene singolarmente, però è una rete superficiale in cui ci sono tante discipline, magari ottime collaborazioni, ma su un livello troppo razionale o troppo adulto. Oppure l'équipe può funzionare in maniera veramente interdisciplinare quando è veramente un gruppo, cioè quando ha un funzionamento gruppale che esprima in maniera esplicita l'intersoggettività degli elementi, ovvero l'intersoggettività delle persone, e costruisce la base per poi occuparsi delle parti più adulte e differenziate, più di lavoro che ognuno ha nel suo ruolo. Ma se non c'è uno spazio équipes in grado di trattare gli aspetti inconsci o intersoggettivi delle persone, l'interdisciplinarietà è solamente una facciata. Di solito succede un po' così. Se l'équipe non è un gruppo, intendendosi per gruppo un organismo dove si studiano gli aspetti transpersonali, intersoggettivi e specifici di quel tipo di istituzione, se non si studia il campo di un'istituzione, l'équipe diventa tecnica, però avulsa al contenitore insomma.

Isidoro Cioffi: Rispetto al lavoro in équipes, l'esperienza di CIBOS, che sarebbe Centro Integrato per il Benessere in Obesità e Sovrappeso all'ospedale di Cittiglio ha visto il coinvolgimento di figure interdisciplinari non solo nel campo della psichiatria, ma con dietologi, con la medicina interna e con l'associazione di auto mutuo aiuto che si chiama "Amici Obesi". Praticamente venivano prese in carico persone con problemi di peso e per ognuna veniva fatto un percorso personalizzato, anche dal punto di vista psicologico. Poi un'infermiera che era danzaterapeuta faceva anche danzaterapia. C'era un approccio per le persone in sovrappeso, che di solito erano donne di una certa età; c'erano momenti di gruppo, per esempio di danzaterapia, e momenti in cui c'era un approccio individualizzato con le terapie individuali. Chiaramente si discuteva dei nodi che in qualche maniera davano questo effetto di bulimia, che portavano al sovrappeso, cercando di dare un significato del perché ci fosse questo disturbo. Dopo la cosa è finita, sempre per la questione di personale che poteva essere dedicato a questo, ma è stata un'esperienza molto, molto positiva.

La terza domanda riguarda l'utilizzo della supervisione nelle istituzioni psichiatriche in Italia.

Francesco Comelli: La supervisione intanto è un appoggio per chi presenta il caso, ma in alcune situazioni può diventare uno spazio persecutorio. Può avere diverse facce. A volte è una cosa di cui la gente ha paura perché si viene giudicati, c'è di mezzo l'idea che in quella situazione c'è chi sa tutto e che spiega come si deve fare, motivo per il quale chi presenta il

caso può sentirsi in difficoltà, giudicato, criticato. Dipende molto dal conduttore e molto da come viene condotta la supervisione. Mediamente è molto utile perché è uno spazio collettivo dove c'è occasione che il gruppo veda come lavora una persona, oppure che la persona che presenta il caso venga aiutata. Di solito si presentano casi difficili, quindi è uno spazio di aiuto se vogliamo. Anche se bisogna vedere come viene condotta, come viene vissuta negli operatori e chi l'ha imposta. Magari qualcuno dice "bisogna fare la supervisione", e già così magari i colleghi si chiedono perché non vada bene il loro lavoro. È un elemento che va costruito. Dovrebbe essere obbligatoria, però dipende da come viene gestita e declinata l'équipe, da com'è nata. Formalmente è una cosa utilissima, va un po' contestualizzata, ma di base dovrebbe essere per gli psicologi, ma dovrebbe anche essere allargata agli infermieri e a tutti gli altri operatori. Ci possono essere delle supervisioni solo per i terapeuti e magari delle supervisioni anche per le diverse altre fasce di lavoro.

Simone Vender: La supervisione andava di moda molti, molti anni fa. Il problema attuale è questo: ai tempi di Basaglia e Balduzzi la psichiatria e la psicologia erano di moda e attiravano molte persone perché costituivano una dimensione che metteva insieme le istanze della giustizia sociale e dell'aiuto alle persone, mentre al giorno d'oggi l'interesse è più volto al guadagno. Quindi la psichiatria e la psicologia, essendo state sempre le ultime della fila, sono le discipline più disprezzate. Quella psichiatrica era la più disprezzata tra le varie specialità sanitarie, ma era comunque riuscita a conquistare un suo spazio enorme, invece al giorno d'oggi non sono molti quelli che vogliono praticarla. Esiste una carenza di psichiatri perché è un lavoro pesante, un lavoro difficile, che coinvolge molto le persone. Per cui le supervisioni vengono fatte molto meno perché:

1) La supervisione non dà risultati immediati, cioè porre casi clinici a un esperto non è che possa risolvere immediatamente i problemi che un gruppo che si fa supervisionare vorrebbe che si risolvessero, quindi è una cosa che richiede tempo;

2) Ci vuole anche una disponibilità di tempo, che non c'è al giorno d'oggi per quello che io ne so, perché ormai io sono in pensione e sono molto fortunato e contento di essere in pensione. Il tempo da dedicare alla supervisione io credo sia pochissimo, se non come discussione all'interno dell'équipe che spesso finisce per essere una discussione sui temi organizzativi: "tocca a me, tocca a te, io ho più pazienti, tu ne hai di meno, prendili tu, devi far tu questo turno, io non ce la faccio, non ne posso più". Tanti si dimettono, nella sanità in generale.

Mi sembra che al giorno d'oggi la supervisione sia un po' una chimera rispetto a tempo fa. Da quel poco che seguo nelle chat di psichiatria son tutti incazzati come delle iene per il troppo lavoro, perché non c'è personale, non vengono fatte assunzioni. Un po' per motivi economici,

un po' anche perché non concorre nessuno, e tanti vanno a fare attività privata. Questa è la situazione.

Isidoro Cioffi: La supervisione è fondamentale, io come psichiatra e come direttore me ne sono accorto col tempo. Tutti i medici e gli infermieri che hanno una certa esperienza sostengono l'importanza della supervisione. Noi abbiamo fatto delle supervisioni nostre, all'inizio soprattutto come medici e come psicologi, facendo venire degli esperti dall'esterno con lo Psicodramma di tipo moreniano non analitico, e poi con la Gestalt che è abbastanza esperienziale. Poi ogni medico e psicologo, anche col gruppo infermieri, localmente faceva e fa delle supervisioni soprattutto sui casi che hanno un approccio analitico.

Una supervisione che secondo me è stata fondamentale è stata quella fatta con un professionista che arrivava da Firenze, e per questo devo ringraziare l'azienda ospedaliera. Veniva da Firenze una volta al mese circa, questo negli ultimi anni prima del COVID. Un professionista che seguiva un approccio psicoanalitico, famoso a livello nazionale perché molto capace. Era una supervisione che avveniva nel Centro Diurno di Luino e coinvolgeva tutti i professionisti, cioè tutte le varie professionalità: il medico, lo psichiatra, l'assistente sociale, lo psicologo, l'operatore, la OSS, l'infermiere e l'educatore. Si sceglieva un caso particolarmente problematico e si portava in discussione mettendosi in cerchio. Saremo stati una quarantina di persone e c'era l'obiettivo esplicito di avere dei feedback da questo specialista che non pigliava nessun appunto (non so come facesse) ma si ricordava tutto, una persona di una certa età, avrà avuto 70-75 anni, geniale. All'inizio sentiva le varie professionalità che esprimevano, ciascuna dal suo punto di vista, il caso. Poi faceva il suo intervento e interagivano tutti. L'obiettivo molto esplicito era quello di capire che tipo di percorso continuare a fare, invece l'obiettivo implicito era quello di creare una condivisione tra i vari operatori. Perché vedendosi e sentendosi vengono a sciogliersi quei nodi, quelle paranoie che ci sono, del tipo "ah quell'infermiere o quel medico cosa fa", e invece lì era un campo in cui tutto era veramente accettato. Non ci sono mai stati litigi, magari discussioni, anche accese, ma questo è indice che le persone fossero stimolate e motivate, ed è stata una bellissima esperienza che secondo me è stata fondamentale. Questo grazie sempre all'azienda ospedaliera, la chiamo così anche se non è il nome esatto adesso, ma aveva finanziato il tutto. Invece fare supervisione da interni ai colleghi con cui si lavora non è proprio il massimo. È necessario, in certi casi, avere qualcuno di esterno che non sia "contaminato". Abbiamo fatto altre supervisioni in precedenza con altre persone, tutte molto valide. Ma lui voleva anche riportare in un libro questa esperienza perché noi gli portavamo casi molto difficili, tra i quali mi ricordo un caso di un maggiorenne, uno stalker notevole che la scuola vedeva come un angelo. Invece la ragazza stalkerizzata e la famiglia, dopo aver

ricevuto minacce di morte da parte sua, non erano della stessa opinione, ovviamente. La supervisione a tutti i livelli – a livello interno, locale e a livello di tutta l'équipe – è fondamentale secondo me. Questo professionista aveva un indirizzo non strettamente analitico, si occupava soprattutto di disturbi di personalità. Però tutte le supervisioni che abbiamo fatto a livello anche più ristretto, più che altro sulle dinamiche tra, ad esempio, noi psichiatri e gli psicologi – con un approccio gestaltico, con l'approccio dello Psicodramma e un altro approccio corporeo particolare – sono state fondamentali. Perché fanno crescere. Bisogna stare soprattutto attenti con certe figure, ma anche con gli psichiatri, a non farsi approcciare da supervisioni troppo intrusive sul piano personale. Perché c'è chi è meno fragile e c'è chi è più fragile; c'è chi ha bisogno di un tempo più lungo per aprirsi.

Per esempio, se veniva fuori che un operatore aveva un certo comportamento perché aveva avuto un rapporto drammatico con sua madre o con suo padre, poteva essere che non volesse discuterne davanti a quaranta persone. Perché poi certi approcci di alcuni professionisti erano più legati alla propria percezione della realtà, per cui l'abilità del supervisore era quella di non mettere in difficoltà.

Anna Barracco: La supervisione è sempre importante quando si comincia a lavorare perché è un contenitore dove uno che si sta formando parla con un'altra persona che ha scelto e che ha una certa esperienza. Quando il giovane che si forma va in supervisione, sceglie una persona. Secondo me è molto importante che il supervisore venga scelto a seguito di un incontro, non con un elenco stilato dalla scuola. Per carità, tutto può essere, però credo che un giovane in formazione debba scegliere il suo supervisore sulla base di un incontro. L'incontro è legato sempre al rapporto di parola, ciò che una persona con la sua testimonianza incarnata può dire al giovane. Io ho sempre scelto i miei analisti, come anche i miei supervisori, sulla base di un incontro. Li ho sentiti parlare di clinica, trattare o discutere dei casi, e questo mi ha portata a sceglierli, perché sentivo che qualcosa mi attirava nel loro modo di affrontare le cose. Questo è fondamentale. Poi la supervisione, secondo me, va fatta sempre. Ma negli anni si modifica questo bisogno. Più che di supervisione c'è bisogno di confronto continuo, di intervizione, cioè di un rapporto in cui i professionisti si autoaiutano. Già il termine supervisione ha questa dimensione un po' superegoica che dà l'idea di uno che sta sopra e guarda. Invece in francese si chiama *Control*, che vuol dire controllo della posizione; è un luogo in cui uno va a parlare, e il confronto permette di decentrarsi rispetto al caso, di vedere gli aspetti in cui uno perde il controllo. Perdere il controllo come quando si spara, si prende la mira e magari la si perde. Controllo di una postura, di una posizione che permetta di non perdersi, non naufragare dentro

i propri fantasmi e le proprie questioni. Certamente è importante la supervisione, come tante altre cose.

Ci sono le supervisioni individuali che uno fa perché, all'inizio soprattutto, sente il bisogno di confrontarsi. Poi ci sono le supervisioni di équipe di presa in cura, momenti in cui si pensa insieme ad un caso. Però io credo che oggi questo dispositivo, anche lui, mostri il fianco, sia vecchio. Noi lavoriamo molto con delle intervizioni durante le quali sono presenti i familiari e i pazienti. Io non credo che abbia più senso parlare delle persone in loro assenza. Uno dei principi degli Esperti in Supporto tra Pari (ESP) è proprio *Nothing about us without us*, cioè niente su di noi senza di noi. Questo "parlare di" è una cosa che ci porta facilmente a delle derive oggettivanti. Io ho notato, per esempio, che da quando ho inserito nella mia équipe questo dispositivo, per cui si fanno supervisioni solo in presenza della persona interessata, le supervisioni sono completamente diverse. Noi abbiamo questo dispositivo per cui mettiamo tutti i terapeuti in cerchio, in mezzo mettiamo tre sedie per due supervisori e una persona che fa le domande, e la persona interessata si trova in mezzo al cerchio dei terapeuti. La persona interessata sente i terapeuti che parlano del caso, sente il supervisore che fa domande, che parla del caso. Poi si apre il cerchio, viene data la parola alla persona interessata e agli altri. Magicamente nessuno più fa diagnosi o parla in modo oggettivato. Non si usano più parole del gergo clinico che finiscono per non avere alcun significato. Tutti si sentono obbligati a usare un linguaggio rispettoso, umano, dove siamo tutti dentro ad una stessa pratica. E questo è potente, a parte che fa risparmiare un sacco di tempo. Non dover fare continuamente équipe, sotto équipe e contro équipe, ma che tutto deve e può essere condiviso in presa diretta significa risparmiare molto tempo. Certo, a volte significa che devi aspettare a prendere decisioni e devi avere molta pazienza, ma è meglio così, perché se tu mandi la gente a lavorare senza avere veramente condiviso, poi i progetti saltano, le cose saltano. Quindi il tempo, alla fine, lo perdi comunque. E quindi io penso che la supervisione faccia parte dei ferri vecchi del passato. È brutto dirlo. Va benissimo per i giovani psicologi andare da un esperto per raccontare. È sano che un giovane senta il bisogno di questo perché fa parte dell'idea che bisogna formarsi, è una forma di decentramento, di rispetto nei confronti di un sapere complesso che si costruisce nel tempo. Però, secondo me, il dispositivo di supervisione in équipe nei servizi ha bisogno di un grande ammodernamento. Noi dobbiamo uscire dalla logica di poter parlare delle persone, e di disporre noi della vita delle persone. Questa è una grande illusione ed è una cosa che ci espone a grandissimi fallimenti.

Gli strumenti terapeutici

Un secondo macroargomento che è stato affrontato tramite le interviste è quello degli strumenti terapeutici di cui la psichiatria e la psicologia dispongono per la cura del soggetto. Primi fra tutti troviamo certamente gli psicofarmaci, i quali rappresentano un tema molto discusso nel clima attuale. Non meno importanti per il processo di prevenzione e cura delle malattie mentali sono le psicoterapie individuali e di gruppo, così come le Comunità Terapeutiche e i Centri Diurni. In generale, in questa sezione si parlerà del rapporto singolare di fiducia che deve venirsi a creare tra operatore e paziente per fare sì che gli strumenti terapeutici scelti per ogni caso particolare abbiano un effetto positivo sulla salute dell'individuo.

Nella prima domanda su questo tema è stata richiesta un'opinione degli intervistati sulla questione farmaci.

Simone Vender: Quello degli psicofarmaci è un tema semplice e complesso allo stesso tempo. Fino al 1950 di terapie vere e proprie non ce n'erano; esistevano solo le terapie somatiche, terapie da shock insulinico e così via. Dal 1952 i francesi si sono accorti che una sostanza creava non solo una leggera sedazione, ma provocava nel paziente – soprattutto in pazienti di tipo psicotico – uno strano cambiamento in senso positivo. Da lì sono cominciate le terapie psicofarmacologiche che lentamente si sono sviluppate. Sicuramente le terapie psicofarmacologiche sono di vari tipi. Ci sono:

- I farmaci antipsicotici. Prima chiamati sedativi, poi antipsicotici. Sono andati un po' cambiando nel tempo, e sono soprattutto finalizzati alla riduzione dei sintomi positivi (deliri, allucinazioni, eccetera) nella schizofrenia o nello stato di eccitamento della mania. Sono farmaci usati nei pazienti che hanno patologie che possono avere un andamento cronico, ma che hanno soprattutto un'azione sulla sintomatologia e non sulla malattia o sul disordine in senso proprio;

- I farmaci antidepressivi, anche questi scoperti più o meno in quel periodo, intorno agli anni Cinquanta e gli anni Sessanta. Poi si sono un po' modificati nel tempo, per cui adesso sono meno rischiosi rispetto a una volta. Sono assolutamente indispensabili nelle depressioni gravi, soprattutto gli antidepressivi scoperti più recentemente rispetto ad altri, venti o trenta anni fa, i quali hanno anche un'azione ansiolitica. Per questo motivo possono essere utilizzati anche nelle forme ansio gene a dosaggio minore;

- Gli ansiolitici, che possono dare rispetto agli altri, però, maggiore dipendenza. Ci sono alcuni tossicodipendenti che abusano di alcuni tipi di farmaci ansiolitici o ipnotici, che è l'altro tipo di farmaco più o meno ansiolitico perché sono di derivazione simile a quella degli ansiolitici, ma che hanno più effetto per dormire, per il sonno;

- Gli stabilizzatori dell'umore, che stabilizzano quindi l'umore che varia nella psicosi maniaco-depressiva e che sono molto simili e talvolta derivano anche dai farmaci antiepilettici. L'epilessia è una patologia di tipo neurologico ma con sintomatologia anche psichica.

Credo che questi farmaci abbiano portato un grande aiuto al trattamento dei pazienti, soprattutto quelli più gravi. Hanno indotto anche dipendenze, così come hanno indotto – soprattutto nei pazienti più gravi che non riconoscono di essere malati – una sorta di atteggiamento di sospetto e di rifiuto nell'assunzione, soprattutto nelle fasi acute, dei farmaci che sono necessari. Al giorno d'oggi molti pazienti che fanno psicoterapia fanno anche uso di psicofarmaci perché non sempre la psicoterapia funziona da sola. Anzi, secondo me c'è da dire che alcuni pazienti, magari anche gravi, scelgono di fare una psicoterapia pur di non prendere farmaci, ma poi non combinano un bel niente. Così come non combina un bel niente nemmeno lo psicoterapeuta, se non accompagnare per tutta la vita dei pazienti.

L'abuso dei farmaci oggi è dovuto al fatto che è la società ad essere tossicofila. C'è qualsiasi tipo di abuso, dal gioco alle sostanze di vario tipo e di vario genere. Una volta era diffuso solo il vino, oppure in alcune società le piante o altre sostanze. Da sempre l'abuso è un bisogno umano, solo che al giorno d'oggi la diffusione è talmente elevata che è difficile considerarlo una patologia. Spesso vengono considerati tossicodipendenti soggetti che, invece, attraverso la dipendenza curano patologie molto più gravi; persone che si curano autonomamente tramite la sostanza. Ormai negli ultimi anni durante i quali ho lavorato non c'era più un paziente con manifestazione psicotica che non avesse fatto uso di sostanze. Tutti. C'è stato un cambiamento radicale nella patologia. In Italia, da parte dei medici, l'abuso di prescrizione dei farmaci sicuramente non c'è. Negli altri stati, negli Stati Uniti in particolare, i dosaggi consigliati sono dieci volte superiori a quelli italiani. In generale non credo che ci sia un abuso in senso proprio. Certo, dipende, è tutto relativo, dipende da come uno la pensa riguardo i farmaci. D'altra parte l'abuso e l'uso stesso è da parte della persona, non è da parte del medico. Il medico può prescrivere quel che vuole, può fare tutte le ricette, ma se il paziente non le prende non c'è tanto da fare. Anzi, qualche volta c'è l'abuso di sostanze e di farmaci da parte dei pazienti. Alcuni medici vengono addirittura menati perché non fanno prescrizioni. Va vista un po' in maniera capovolta la situazione, credo. Se c'è un abuso di farmaci, questo è causato dalle richieste da parte dei pazienti. Soprattutto nelle carceri c'è un abuso smodato di farmaci e psicofarmaci di

tutti i generi perché sono i carcerati a chiederli, anche quelli che non sono tossicodipendenti; spesso per passare la giornata a far niente si imbottiscono di farmaci che vengono commerciati e scambiati all'interno delle carceri.

Isidoro Cioffi: La questione farmaci è forse quella più facile e più difficile. Nel senso che io mi ricordo che quando ero minorenne e non ero ancora avvezzo a questioni universitarie, la prima domanda che facevo a chi sapevo essere psichiatra era: qual è la differenza tra lo psichiatra e lo psicologo? E, banalmente, mi rispondevano che lo psichiatra – anche se contemporaneamente psicoterapeuta – può prescrivere farmaci, mentre lo psicologo no. Attualmente la prescrizione di psicofarmaci dipende da patologia a patologia; in alcune patologie non è utile o necessario prescrivere dei farmaci ma è utile un approccio strettamente psicologico, mentre in altri casi senza l'apporto dei farmaci si può fare poco. Chiaramente non bastano solo i farmaci; ci vuole anche una psicoterapia, una rieducazione e un percorso in comunità. Però il farmaco diventa importante soprattutto per le psicosi o per i pazienti bipolari. Naturalmente ci sono colleghi psichiatri che ci vanno giù più o meno pesanti, ognuno ha una sua linea. Prima dell'invenzione dei farmaci negli anni Cinquanta c'erano delle pratiche, tipo le docce fredde, l'elettroshock, lo shock acetilcolinico e lo shock insulinico, proprio perché non c'erano i farmaci che servivano tantissimo nell'aiuto del sofferente psichico. Dopo gli anni Cinquanta i farmaci si sono sempre più raffinati e hanno avuto sempre meno effetti collaterali, anzi adesso ci sono dei farmaci che sono i cosiddetti *long acting* nei quali la sostanza attiva è in un bagno di tipo oleoso, per cui si fa l'iniezione e il principio attivo viene rilasciato gradualmente giorno per giorno. Questo permette di fare l'iniezione una volta al mese o una volta ogni tre mesi. Poi alcuni farmaci sono andati in disuso perché danno effetti collaterali notevoli. Altri farmaci, invece, sono ancora molto usati, tipo i sali di litio nel disturbo bipolare, mantenuti molto sotto controllo perché se sono al di sotto di una certa quantità non hanno alcun effetto, mentre oltre una certa dose possono mandare in coma e anche portare alla morte. Per cui benedetti farmaci, ma non santificiamoli troppo. Non è un ossimoro. Oltretutto, anche il farmaco ha un aspetto analogico, non verbale, perché c'è quella che Noam Chomsky chiamava "equivalenza complessa" di molti sofferenti psichici e pazienti in tutti i campi: "se prendo il farmaco vuol dire che sono malato, se non lo prendo vuol dire che sono sano". Per cui è anche difficile in certi casi, non solo in psichiatria, accettare il fatto di assumere farmaci. Però diventano fondamentali, non so, se penso al diabete di tipo I e II per esempio, i farmaci permettono a chi ne soffre di condurre una vita abbastanza normale. In alcuni disturbi tipo il bipolare, in cui c'è anche una componente biologica notevole, con l'approccio farmacologico – e non solo – si può fare una vita completamente normale o normaloide. Poi ci vuole la capacità

di entrare in empatia con il sofferente psichico e anche con la famiglia. Perché c'è la solita frase “eh ma la mia amica ha preso come antidepressivo questo e le ha fatto benissimo”, e bisogna avere la capacità di spiegare non solo dal punto di vista cognitivo, ma anche dal punto di vista empatico che un farmaco, un antidepressivo, un antipsicotico che fa benissimo a una persona può non avere altrettanto effetto sull'altra. Non è facile, altrimenti basterebbe avere una macchinetta, schiacciare il pulsante “farmaco antidepressivo”, prenderlo e sarebbe finita lì. Però non è così, per fortuna. Ovviamente se il sofferente psichico e la sua famiglia hanno intenzione di sospendere un farmaco o di aumentarlo, è importante che consultino prima lo psichiatra. Perché alcuni farmaci sono più innocui – come le benzodiazepine, il Valium, eccetera – e anche se il paziente ne assume dosi maggiori di quelle prescritte non succede niente, ma altri farmaci non sono così innocui. Oltretutto, quando si smette di assumere uno psicofarmaco in generale, è sempre meglio sospenderlo diminuendo gradualmente la dose. Poi alcuni psicofarmaci vengono anche spacciati e usati come fossero droghe. Però bisogna spiegare bene che alcuni psicofarmaci possono essere assimilati sul momento, tipo aspirina, e quando una persona è in ansia hanno un effetto immediato. Ma gli antidepressivi e gli antipsicotici, come gli antibiotici, non vanno presi per uno o due giorni e poi smessi.

Francesco Comelli: Ci sono delle situazioni in cui l'uso dei farmaci è necessario, altre in cui lo è meno. Poi anche da persona a persona è molto vario. Sul piano generale ora c'è un grosso investimento sui farmaci a tutti i livelli, anche fuori dalle istituzioni c'è molta richiesta di farmaci. Sia in senso tossicomano, perché a volte le droghe sono anche farmaci, sia in senso di adolescenti che chiedono di essere curati con gli psicofarmaci. Una volta erano più le psicoterapie, invece oggi c'è una richiesta molto forte di farmaci. È un cambiamento grosso. L'uso nelle istituzioni può dipendere da mille cose, di solito è un uso abbastanza elevato. Un uso sostitutivo di altre cose. Se è vero che nelle istituzioni sono peggiorate le cure e non c'è personale, questi sono stati sostituiti con i farmaci. Di solito l'uso dei farmaci è direttamente proporzionale alla scarsità di altri strumenti. Poi è vero che i farmaci in diverse situazioni sono abbastanza utili, basti pensare che nelle zone di guerra gli psicofarmaci sono i farmaci più usati. Non gli antibiotici o i disinfettanti, ma gli psicofarmaci, perché hanno un effetto abbastanza immediato in certi casi, quindi hanno un loro uso frequente. Detto ciò, per esempio, un punto critico sui farmaci sono i farmaci depot, che durano un mese proprio per evitare e per superare il problema che spesso le persone non vogliono prenderlo tutti i giorni. Questo è un problema perché possono dare parecchi effetti collaterali abbastanza importanti, diversi da quelli di una volta che davano effetti collaterali di tipo neurologico. Adesso danno effetti collaterali più metabolici, quindi portano a incremento di peso o sviluppo del diabete, insomma non sono

farmaci leggeri, sono farmaci impegnativi. Tendenzialmente meno si lavora sulla psiche, sulla psicologia, sulle famiglie e gli aspetti sociali, più le terapie farmacologiche esplodono purtroppo. Poi c'è un investimento sulle neuroscienze; oggi come oggi la società pensa che sia tutto risolvibile sul piano scientifico. Va da sé che si pensa che il farmaco sia il diretto esecutore delle scoperte neuroscientifiche. E qui ecco che c'è un accesso facile al farmaco. Dopo di che, è vero che in molte situazioni il farmaco non usato come unico rimedio può essere un alleato utile della relazione. Molti psicologi chiedono che uno psichiatra veda il paziente per somministrargli un farmaco perché a volte i sintomi sono troppo pesanti e troppo consistenti. Però bisogna vedere da categoria a categoria e da diagnosi a diagnosi.

Anna Barracco: I farmaci per i disturbi psichiatrici gravi e gravissimi, quindi per la psicosi, per il disturbo bipolare, per le gravi forme depressive o per le forme ansiose, o per i disturbi ossessivi, e così via sono stati introdotti grossomodo intorno agli anni Cinquanta. Si può dire che in realtà si sia creata una dialettica fin troppo stretta fra molecole, ricerca farmacologica e diagnosi. Paradossalmente in certi casi è stato rovesciato questo paradigma, per cui in base alla molecola si strutturavano delle diagnosi. Il grande ottimismo e la grande speranza suscitati dagli psicofarmaci, tutto sommato, possono essere anche comprensibili. Il film “Risvegli” (*Awakenings*) riguarda quel farmaco che all'inizio sembrava aver fatto miracoli su delle forme di depressione letargica o di gravissimi disturbi neurologici. Queste persone tornavano vive grazie a questo farmaco, faceva proprio miracoli. Poi, però, gli effetti collaterali facevano ripiombare queste persone nella loro condizione, insomma era una parabola di grande ottimismo che poi rivelava i suoi limiti. E questa è una parabola molto interessante, che purtroppo, per quanto riguarda i farmaci psichiatrici, non è stata così evidente. Solo oggi si comincia a vedere. Ma anche la lobotomia, per cui la persona che ha inventato questa tecnica è stata premiata con il premio Nobel, adesso ci fa rabbrivire alla sola idea. In effetti, all'epoca, questa cosa all'inizio sembrava aver introdotto dei risultati. Queste persone aggressive, oppositive, eccetera, all'inizio sembravano calmarsi. Peccato che poi, negli anni, piano piano diventavano come vegetali. Ci è voluto del tempo per rendersene conto. Noi abbiamo tantissime lettere di familiari di lobotomizzati che ringraziano i medici, che dicono “lei mi ha restituito mia moglie” o “lei mi ha restituito mia figlia” e cose così. In fondo, la parabola dello psicofarmaco è stata un po' la stessa cosa. All'inizio c'è stato un grande entusiasmo perché effettivamente le persone uscivano dai manicomi ed erano ridotte veramente malissimo. Ma in realtà, come diceva Basaglia, ridotte malissimo anche dagli effetti dell'istituzione e della chiusura. Quindi era difficile dire quanto fosse effettivamente dovuto al disagio, al disturbo. Lasciando perdere tutta questa complessità, di fatto le persone uscivano, avevano delle speranze

e il farmaco dava delle possibilità. Permetteva agli operatori di sentirsi anche più sicuri. C'è stato un insieme di cose che ha favorito questo investimento, come la battaglia delle case farmaceutiche che sono state fantastiche nello strutturare questa narrazione, perché alla fine le molecole sono quelle. Oggi gli Psichiatri fanno la scuola specialistica, però alla fine le molecole che hanno in mano sono le stesse da cinquanta o sessant'anni. Noi abbiamo i cosiddetti neurolettici di nuova o vecchia generazione, ma sono sempre quelli, non è che siano cambiati più di tanto. Diciamo che quelli di nuova generazione implicano anche dei controlli ematici perché possono provocare gravi patologie metaboliche e si sa che hanno dei gravissimi effetti collaterali a medio e a lungo termine. Comunque le molecole e gli effetti sono quelli, e producono delle gravissime paralisi e interruzioni all'interno dei circuiti neurologici che nel tempo limitano tantissimo le persone. Oltretutto, dopo un certo numero di anni, diventa difficile toglierli. A parte il fatto che sono pochissimi gli psichiatri che sanno dismettere, e lo psicofarmaco va dismesso con modalità logaritmica, su questo ci sono dei bellissimi manuali che spiegano oggi come si deve dismettere il farmaco. Comunque è una cosa molto complessa che va fatta caso per caso; ci sono persone che non riescono più a fare a meno del farmaco, magari a piccole dosi. È un problema molto grande quello della grave invalidità che questi farmaci inducono, a fronte di una capacità terapeutica che esiste nei primi tempi, i primi sei mesi, il primo anno, ma i trial si limitano a questo periodo. Questo è il grosso problema, che è difficilissimo che le case farmaceutiche facciano dei trial a lungo termine. Quelle poche ricerche a lungo termine, che invece sono state fatte (per esempio dall'équipe finlandese che ha introdotto l'Open Dialogue), hanno fatto emergere come la psicosi, prima dell'introduzione dei farmaci, guariva nell'80% dei casi spontaneamente, mentre oggi, con l'introduzione dei farmaci *long acting* e delle terapie antipsicotiche, si cronicizza nell'80% dei casi. Quindi la cosa si è completamente capovolta.

Tra i farmaci ci sono i neurolettici, i cui effetti collaterali superano di gran lunga le possibilità terapeutiche e abbreviano la vita del malato mediamente di 15-20 anni rispetto alla popolazione generale (per problemi cardiaci, gravi disfunzioni metaboliche, sindrome da neurolettico, eccetera), e questi sono dati. Poi, per carità, sono anche persone che implodono, vivono male, sono sole, ci sono una serie di fattori in discussione perché gli psichiatri dicono che non è colpa del farmaco, ma è colpa della patologia. Però il dato di fatto è che se il farmaco viene preso per vent'anni e la patologia rimane allo stesso livello, si può dire che ci sono dei problemi.

Poi c'è il litio, che non è un vero e proprio farmaco: è un sale. Comunque, anche lì, c'è stato un periodo in cui è diventata di grande moda la diagnosi del disturbo bipolare perché era stato scoperto questo sale. Si crea un corto circuito fra l'uso della molecola e il disagio. I sali di litio

in alcuni casi producono effetti di stabilizzazione dell'umore e funzionano, però è anche vero che è rarissimo che i medici prescrivano solo quelli. In genere si dà un cocktail: un po' di neurolettico, un po' di sali di litio, un po' di benzodiazepine. Diventa difficilissimo da mettere in discussione. E comunque il problema è che questi farmaci, oltre ad avere un sacco di effetti collaterali, non sono mirati ad un disturbo sancito da una diagnosi, da un vetrino, da un'ecografia, da un elettrocardiogramma. La questione è che dare dei farmaci, in medicina, dovrebbe essere sempre correlato ad una causa individuata. Invece non è così, quindi a queste persone vengono dati dei farmaci e gli viene detto che hanno un problema biologico, che hanno un problema nel loro cervello. Questo è un enorme stigma, perché generalmente le persone si identificano in questa cosa, cioè si convincono di avere il cervello rotto, il "Broken Brain". Il "cervello rotto" mette tra parentesi e mette il punto fine ad ogni interrogazione rispetto ai rapporti con la propria rete sociale, cioè a quelle che possono essere le tensioni, le situazioni, le cause collaterali su cui si può lavorare per cercare di aiutare le persone ad affrontare. Come dice il nostro Codice Deontologico degli Psicologi, noi dovremmo aiutare gli individui ad avere dei comportamenti consapevoli, congrui ed efficaci. Se si dice ad una persona che tanto ha il cervello rotto e dovrà prendere un farmaco a vita il discorso si chiude lì, il resto sono chiacchiere. Cioè chiacchieriamo e ti faccio pat pat, cerca di stare meglio. Questo è gravissimo, è una visione su cui gli psicologi come categoria hanno un'enorme responsabilità nel mettere realmente in discussione un paradigma che fa acqua da tutte le parti.

I disturbi psichiatrici gravi e gravissimi vengono trattati con i neurolettici, con i sali di litio conditi con benzodiazepine che vanno sempre bene per dormire, e poi c'è la categoria degli antidepressivi di prima e seconda generazione. Ormai quelli di prima generazione non vengono dati quasi più; vengono dati gli inibitori della serotonina, che sono il Prozac e gli altri. Dalle ultime meta-analisi è stato dimostrato che questi farmaci non superano il placebo a lungo termine, in termini di efficacia sulla depressione, però hanno gravissimi effetti collaterali e soprattutto sono difficilissimi da togliere. In alcuni casi, non molti, pochi ma abbastanza significativi, togliere questi antidepressivi produce sindromi da antidepressivo che sono gravissime. Nei giovani possono portare all'impotenza, a forme di anedonia totali, cioè incapacità a provare piaceri anche minimi; le persone si suicidano in massa, insomma. Questa sindrome è descritta in letteratura, e ormai riportata nei foglietti illustrativi degli antidepressivi. Questo solo adesso, dopo cause intestate contro le case farmaceutiche. Tutte le categorie dei farmaci antipsicotici non presentano vere possibilità di incidere sui disagi a medio e lungo termine, anzi peggiorano la situazione e la cronicizzano, con effetti collaterali gravissimi. E soprattutto sugli antidepressivi, è ormai provato dalle meta-analisi che le psicoterapie con

approccio psico-sociale funzionano molto meglio nel medio e lungo termine rispetto al farmaco antidepressivo che non supera, invece, gli effetti del placebo. Quindi, se pensiamo all'enorme dispendio economico di risorse che l'aver messo sul mercato questi farmaci ha portato, è un vero scandalo. Le associazioni di familiari, i pazienti, gli operatori e i cittadini devono dire la loro, devono smetterla di non parlare. Perché poi lì c'è una grande collusione, molti hanno colluso gli psicologi e i cittadini. Perché comunque ci hanno creduto, si sono illusi che dare una pillola avrebbe funzionato. Dare una pillola è un modo per silenziare, per mettere un punto, per chiudere il discorso e non parlare più. Non è più una questione di cosa dire, cosa fare, dove andare a parare. Si chiede solo se è stata presa la pillola. Ma così non si parla più con la persona, questo è un grosso problema etico di cui tutti dobbiamo preoccuparci.

Io penso che i farmaci, come tutte le cose, possano in certi momenti essere utili, soprattutto nel momento della crisi acuta. Dati poco e per un tempo limitato sicuramente aiutano, un po' come quando ci si mette il gesso. Se ci si rompe un osso bisogna mettere il gesso, però poi a un certo punto bisogna togliere il gesso e fare la riabilitazione, non si può pensare che il gesso risolva il problema. Il gesso sta lì per un certo tempo, si sa che crea problemi al muscolo e ai tendini, che ha degli effetti collaterali ovvi. Poi si sa che il gesso va tolto e che bisogna farsi carico di altri aspetti, che ci sono altre cose da fare per riabilitare muscoli, tendini e mobilità. Questo è quello che secondo me molto banalmente in psichiatria non si capisce e non si vuole capire. Quindi noi cittadini abbiamo il dovere di non demonizzare, non entrare in dibattiti del tipo "farmaco sì o farmaco no?", però non dobbiamo accettare che il farmaco sia la risposta ultima. E gli psichiatri adesso si arroccano su questa cosa perché alla fine hanno solo questo e sono come il Re nudo della favola di Andersen. Cioè si sono convinti di avere questi strumenti magici, sapendo benissimo che non è vero (ormai è evidente), e adesso dovrebbero avere l'umiltà di accettare questo e di recuperare una serie di altri saperi che la psichiatria ha. Pensiamo alla psichiatria classica di Janet, Kraepelin, Freud. Ci sono dei saperi che possono essere recuperati per andare insieme ai saperi della psicologia, della sociologia. Io penso a Bion, ai gruppi, a quello che si fa a Basti-Menti. Ci sono dei saperi complessi che permettono di affrontare e di accostarsi al disagio se si ha l'umiltà di assumere altre posture. Uno psichiatra può assumere altre posture, e non per questo essere meno autorevole, anzi.

Le risposte alla seconda domanda sul tema degli strumenti terapeutici aiutano a farsi un'idea di tutti gli altri strumenti che non siano gli psicofarmaci; quali sono e come vengono utilizzati.

Francesco Comelli: Ogni istituzione ha le sue credenze. Se un'istituzione ha veramente una sua credenza, una sua filosofia di lavoro, se è in contatto con le sue discipline, allora tutti gli strumenti terapeutici come psicoterapie di gruppo o individuali, Comunità Terapeutiche e Centri Diurni vanno bene. L'importante è che ci sia una fede. Ci sono diverse scuole, quelle che si occupano dei gruppi, quelle che si occupano delle terapie individuali, quelle che si occupano della psichiatria sociale, ossia dei Centri Diurni, delle comunità, eccetera. Certamente dipende dalla fase del paziente: se è un paziente che ha bisogno di comunità o un paziente che ha bisogno di una terapia anche fuori dalla comunità. Molti hanno bisogno di una dimensione diffusa tra diverse aree, quindi secondo me le migliori situazioni – poi dipende dalla gravità del paziente – sono quelle in cui ci sono diverse cose in reale connessione fra loro e il paziente fa parte di questo progetto che ha diverse aree. Il pensiero comunitario nelle comunità dovrebbe funzionare così, ma anche fuori dalla comunità potrebbe esserci un'impostazione di questo tipo. Questi strumenti sono tutti molto importanti, magari per un paziente è meglio uno, per un paziente è meglio l'altro. Bisogna sempre partire dal paziente, non dallo strumento. Di cosa ha bisogno uno e di cosa ha bisogno l'altro. Mediamente se uno è in una comunità è facile che abbia accesso a più strumenti: la comunità stessa, le psicoterapie di gruppo e individuali, eccetera. Ma anche fuori dalla comunità è importante avere diverse risorse e che il paziente possa, anche se non risiede in un luogo comunitario, vivere un'esperienza "di comunità", un'esperienza di comunanza di diversi strumenti. Quindi un modello che preveda diverse cose. Oppure ci sono dei pazienti che hanno bisogno di una sola cosa, per i quali è sufficiente un solo strumento, per esempio la psicoterapia individuale. Questo come si capisce? Lo capisce un po' il paziente, lo capisce il terapeuta, e poi se uno va da un dottore da tanti anni e i suoi sintomi permangono, allora forse ci vuole un'interrogazione su qualche cambiamento; se dev'essere necessario avere più risorse e non solo una o l'altra. È un discorso enorme questo qua, sarebbe da parlarne a lungo.

Isidoro Cioffi: Ultimamente all'interno dell'équipe di medici, psichiatri e psicologi, ma anche delle altre professionalità, c'erano degli approcci di mindfulness portati avanti da un'infermiera, oppure il training autogeno e la danza terapia sempre portati avanti da alcune infermiere. A seconda del retroterra professionale e culturale in senso sanitario ci sono stati vari approcci, a parte quello classico analitico dell'inizio; questo soprattutto da parte di medici e psicologi, anche se c'era qualche infermiere più motivato con una propria storia di approfondimenti analitici (freudiano, lacaniano, ognuno aveva un suo approccio). Anzi c'è stato un gruppo di forum psicoanalitico con i genitori di pazienti gravi tenuto da una mia collaboratrice molto valida che dalla visione di un filmato scelto ad hoc ha organizzato una discussione in gruppo

con i familiari. Diventa quasi una vera e propria psicoterapia di gruppo. La stessa collega teneva uno psicodramma col metodo psicoanalitico con i pazienti tra il '98 e il '99 al CPS di Laveno. Poi altri approcci, come per esempio l'Analisi Transazionale tenuta dal mio primario. È un approccio particolare, molto sviluppato a Milano, in cui c'era questa interazione tra il bambino, il genitore e l'adulto; quest'ultimo poteva essere una delle varie figure psicologiche, ma di solito era soprattutto il nostro primario perché era formato in questo tipo di approccio.

Poi un collega si era formato nella Gestalt ad esempio. Naturalmente ogni tipo di approccio terapeutico aveva un tipo di sofferenza psichica più sensibile a quell'approccio. È fondamentale, anche se non è un approccio terapeutico nel senso stretto, la Programmazione Neurolinguistica. Io sono *Master Practitioner* in Programmazione Neurolinguistica, che è un insieme di interventi comunicativi terapeutici utili. Secondo me è fondamentale avere una formazione in questo campo. Persino il presidente degli Stati Uniti ha un esperto in Programmazione Neurolinguistica. Comunicare, nel nostro campo – psichiatrico, psicologico, infermieristico – è fondamentale. Abbiamo anche fatto dei corsi di questo tipo. È fondamentale perché si può comunicare con i colleghi, con i sofferenti psichici, con i familiari la stessa cosa, ma a seconda delle proprie capacità comunicative avrà un impatto differente. Naturalmente, poi, il fatto che la comunicazione arrivi al suo obiettivo dipende anche da chi la riceve.

Ideologicamente, all'inizio, ero completamente contrario alla terapia elettroconvulsivante: il cosiddetto elettroshock. In Italia lo shock è stato portato da Cerletti che l'ha assimilato andando a vedere come “sedavano” i maiali con una scossa elettrica prima di macellarli. E la cosa è stata portata avanti soprattutto perché non c'erano ancora i medicinali, quindi si cercavano tutte queste soluzioni. Nella mia équipe, dall'81 fino a tre anni fa, la terapia elettroconvulsivante l'abbiamo fatta in quattro casi, affidandola però ad un centro a Verona. Ma erano persone catatoniche che non si nutrivano, non si alzavano, non rispondevano. In qualche modo si possono anche nutrire collegando un tubo all'arteria, ma poi questa si infetta e il paziente ci lascia la pelle. Torno a ripetere, in quattro casi tra me e tutti i miei collaboratori in quarant'anni. Tenga presente che una volta, invece, l'elettroshock veniva fatto dagli psichiatri stessi, ed era fatto “in bianco”, cioè senza anestesia e senza niente. Venivano messi sulla tempia gli elettrodi per dare la scossa. C'erano già i farmaci in alcuni casi, ma non erano così validi. L'elettroshock veniva usato anche in casi non estremi, non con cattiveria, però facendo un po' di danni. Anche perché poi la memoria di chi faceva tante di queste terapie andava via via perdendosi. Poi hanno iniziato a fare la terapia elettroconvulsivante dando il curaro, per cui non si contraevano i muscoli. Perché quando si contraevano i muscoli in bianco, si contraevano in maniera talmente forte che poteva esserci qualche osso fratturato. Dopo, appunto, è stato usato il curaro, ma

secondo me era quasi peggio perché il paziente era sveglio, ma non riusciva a respirare perché venivano curarizzati anche i muscoli dell'apparato respiratorio. Adesso queste terapie sono fatte in anestesia generale. A Roma ci sono servizi in cui si sono applicati molto più frequentemente magari, ma noi in quattro casi in quarant'anni.

Poi sono state fatte mindfulness, arteterapia, danzaterapia, training autogeno, approccio sistemico-relazionale. Abbiamo anche fatto terapie in collaborazione con la UISP, un'associazione di sinistra che si occupa, attraverso lo sport, di persone ai limiti della società. Poi c'era un collega musicista che si era occupato di musicoterapia. E con alcuni pazienti avevamo fatto anche danzaterapia, però con degli esterni, sempre grazie ai finanziamenti regionali per i progetti innovativi. E la cosa della danzaterapia, della musicoterapia e della terapia delle animazioni teatrali è stata molto bella. Poi avevamo avuto una collaborazione con una scuola di Luino in cui, per l'alternanza scuola-lavoro, gli studenti venivano da noi in Centro Diurno (CD) e in comunità, partecipando alla vita quotidiana. Dopo un primo momento in cui erano un po' sul chi va là – ragazzi ma anche professori – alcuni si sono talmente appassionati che hanno poi scelto l'iter di psicologia o di assistenza sociale. Abbiamo ripetuto l'esperienza negli anni. Ci contattano spesso in questa scuola ed è stato molto utile anche per i sofferenti psichici, perché fare tutto all'interno della comunità, del CPS o del CD diventa autoreferenziale. Si perdono i contatti con la realtà esterna e non c'è più inclusione sociale, per cui anche questo è servito molto. Quello in cui siamo stati molto bravi secondo me, grazie a tre maestri d'opera, è l'arteterapia. L'avevamo fatta al Centro Sperimentale sulla Creatività Villa Grandi di Orino, che era una villa che avevamo preso in affitto in cui facevamo varie attività di arteterapia, giardinaggio e restauro mobili con pazienti e con educatori, l'assistente sociale e gli infermieri. Avevamo tre approcci diversi; uno in CPS, uno in Comunità Riabilitativa, uno al CD dove avevamo come maestro d'opera quello che era il fiore all'occhiello, anche se eravamo tutti bravissimi. Era Gianni-Emilio Simonetti, che adesso ha più di ottant'anni, era uno dei rappresentanti del movimento Fluxus. Anche io non sapevo cosa fosse prima di conoscere lui. È stato chiamato sei o sette anni fa da Prada a Venezia per curare un pranzo e un concerto Fluxus, che sono delle cose molto particolari. Avevamo partecipato, sempre tramite lui, chiamati dall'Assessorato alla Cultura del comune di Bassano del Grappa, a un concerto Fluxus con alcune persone che suonavano appese a delle strutture, dondolando. Cose piuttosto particolari. Quando abbiamo fatto la mostra a Bassano del Grappa è venuta ad inaugurarla Yoko Ono. È stata una bella soddisfazione, perché avevamo incominciato ai musei civici di Varese, per poi fare dei festival di video o filmati sul contesto psichiatrico. Avevamo diffuso questa

iniziativa e arrivavano molteplici videocassette e VHS. Il terzo festival, organizzato assieme all'Assessorato alla Cultura, l'abbiamo fatto a Bassano del Grappa sempre nel museo biblioteca. Lo dico perché non è che facessimo fare dipinti ai pazienti per poi proiettarli nel circuito dell'arteterapia ufficiale, però molti sofferenti psichici hanno difficoltà a esprimersi con la parola, perciò il fatto di usare l'arte e di fare opere assieme ad altri sofferenti psichici era un grosso traguardo. I sofferenti psichici esprimono i loro sentimenti in maniera molto aperta, con molti meno filtri.

Siamo stati chiamati a una mostra a Palazzo Reale a Milano, poi abbiamo fatto anche una mostra a Lingotto, una mostra ai musei civici di Varese, poi a Erba. Erano state anche comprate e trasportate due opere alla Yale University.

Poi abbiamo fatto, tantissimi anni fa, Housing Sociale. Degli appartamenti per i nostri pazienti. Un'attività terapeutica perché non è che i sofferenti psichici gravi possono fare tutta la loro vita nelle comunità, ma dovrebbero vivere anche in appartamento. Avevamo avuto una collaborazione con il comune di Cassano Valcuvia con l'associazione dei familiari ADIAPSI per avere questo appartamento dove potevano soggiornare alcuni dei nostri pazienti che avevano fatto già il percorso in comunità. Come regola: mai mettere tre persone assieme, ma questo vale in ogni caso perché se c'è una discussione due si alleano contro il terzo. Dal punto di vista psicologico è la cosa peggiore. Poi venivano seguiti sempre dai nostri educatori, infermieri e medici, ma anche dal comune di Luino, perché l'appartamento a Cassano Valcuvia era in un paesino un po' piccolo in cui la cittadinanza si era attivata e la comunità li coinvolgeva in varie attività sia lavorative, sia ludiche. Però non era proprio il massimo per avere una socialità. Il comune di Luino ci ha dato un altro appartamento, sempre come Housing Sociale. Importante perché la considero una vera e propria terapia.

Un'altra cosa: si parlava anche di Comunità e Centro Diurno, fondamentali per certi tipi di sofferenti psichici. Nel CD viene fatto un programma personalizzato, per cui c'è chi lo frequenta una volta a settimana, chi due, chi tutta la settimana. La criticità di queste situazioni è quella di cercare di non creare una dipendenza. Prima il problema è quello di convincere il paziente a entrare. Ma più che in questo, bisogna aiutare il sofferente psichico a elaborare il lutto di lasciare la famiglia anche solo temporaneamente, nel Centro Diurno, addirittura, solo durante il giorno, mentre nella comunità per alcuni mesi. La criticità, oltre questo, è quella di non creare una dipendenza. Perché poi non si riesce più a continuare il percorso sul territorio, che è il problema che la regione Lombardia ha adesso, e non solo. Un'altra criticità che adesso si sta prendendo in esame, che è quella delle comunità ad hoc – che siano specifiche per i disturbi alimentari o per le dipendenze – per i ragazzi giovani, ma considerando i giovani dai 16 ai 21-22 anni. Invece

ora c'è una divisione netta, per cui i minori fino a 18 anni come unico servizio di riferimento pubblico hanno la neuropsichiatria infantile e, in seguito, la psichiatria. Sarebbe utile, soprattutto per i giovani, perché per loro quello in comunità dovrebbe essere un passaggio temporaneo. Ho sentito una bellissima metafora: nella comunità per i giovani gli operatori dovrebbero essere l'arco e il giovane la freccia. Dovrebbe essere una prevenzione. Anche i CD effettivamente sono fondamentali, cercando sempre di non creare dipendenza. Teoricamente per non creare dipendenza bisognerebbe cambiare terapeuta ogni tot mesi o anni per alcuni pazienti. Perché altrimenti il paziente crea una dipendenza verso il terapeuta, ma anche il terapeuta crea una dipendenza per il paziente. È un discorso un po' teorico, però è così.

A tutte queste attività riabilitative e sanitarie in senso lato si rifà l'esperienza di Ippocrate. Quando ricoverava dei sofferenti da lui, prima di tutto gli faceva seguire un percorso artistico. Un percorso di teatro, di musica. Per cui, a tutti gli effetti, sono momenti che incidono sull'equilibrio del sofferente psichico: gruppo di socializzazione, di attività corporee, di attività espressive o gruppo riunioni, pranzo, bibbia, riordino, conviviale, *mouse*, ginnastica dolce, palestra e calcio. Il calcio era molto bello perché con l'associazione Cittadini del Mondo, tramite la UISP, facevano i tornei addirittura nazionali tra squadre di varie province e varie regioni. Era un modo, insomma, per sfondare un'autoreferenzialità dello stare sempre nello stesso posto con le stesse persone.

Un'altra attività è stata quella dell'Orto del Bostano, una famosa comunità di famiglie a indirizzo cattolico che vivevano in comunità a Mombello, in un antico convento, e che ci davano in comodato d'uso dei terreni enormi che una volta i frati coltivavano. Ai gruppi di coltivazione spesso partecipavano anche dei locali. Poi quello che veniva coltivato veniva venduto ai mercati, per cui c'era anche la soddisfazione di un guadagno.

Simone Vender: Nelle Comunità Terapeutiche e nei Centri Diurni le attività sono, più che di psicoterapia formalizzata vera e propria (per cui non c'è tempo), delle attività di gruppo fatte insieme. Durante queste attività di gruppo è importante non tanto l'aspetto della parola, o non solo di quella, ma anche l'aspetto dell'attività del fare, che possa aiutare i pazienti negli aspetti riabilitativi specifici.

Per quanto riguarda le psicoterapie, forme non formalizzate di psicoterapie di gruppo possono essere, ad esempio, le riunioni con i pazienti settimanalmente, che danno un senso di appartenenza al gruppo e rinforzano il senso d'identità nella persona. Possono dare anche una sensazione di appoggio e di essere un po' sulla stessa barca. Quando uno si sente incasinato come gli altri, di solito si sente più appoggiato, e non solo nel casino.

Poi le psicoterapie più formalizzate ormai credo che in Italia si facciano solo privatamente, oppure per alcuni pazienti, ma abbastanza limitate.

Anna Barracco: Paradossalmente ci sono molti strumenti. Non è che dal 1968 ad oggi non siano stati creati. Ci sono le Comunità Terapeutiche e i percorsi di lavoro protetto, mentre magari le psicoterapie di gruppo e le psicoterapie individuali sono un po' meno utilizzate. Ma il vero problema è che nel tempo queste realtà si sono sclerotizzate man mano che la società civile ha perso quel lato di partecipazione politica che c'era negli anni Settanta e Ottanta per andare verso il reflusso e l'edonismo reaganiano. In quegli anni, anche con il thatcherismo, c'è stato il neoliberalismo in ambito capitalistico. La famosa frase della Thatcher che dice "la società non esiste, esiste solo l'individuo" ha decretato l'inizio forte di una filosofia di fondo. Io su questo sono marxiana, cioè per me la struttura determina la sovrastruttura. Questo modo diverso di concepire il mondo della produzione, questo iperindividualismo che si è affermato negli anni Ottanta e Novanta come una sorta di liberazione, in un certo senso sembrava una cosa positiva per il riconoscimento dei bisogni individuali, da cui in seguito è derivata l'ulteriore rivoluzione sessuale e tutta la questione del riconoscimento degli omosessuali. Questa idea di libertà assoluta, anche a livello biologico radicale, purtroppo ha creato un iperindividualismo che ha favorito l'idea che anche il disagio psichico è una questione individuale che riguarda il cervello delle singole persone e che può essere risolto con un prodotto del mercato. Questo è un approccio di fondo, che purtroppo è andato ad affermarsi. Quindi anche tutte le realtà psichiatriche che sono rimaste, fondamentalmente si sono trasformate piano piano in forme di esclusione manicomiale. Di fatto, siccome i farmaci e questo approccio medico non producevano salute, le persone con disagio continuavano ad avere disagio all'interno delle loro famiglie; continuavano ad esserci problemi, e quindi le persone che non riuscivano più ad integrarsi e a trovare un posto – insomma a funzionare nella società dell'iperfunzionamento – finivano in questi posti dove tutto era finto. Magari erano comunità piccole, ma poi sono diventate sempre più grandi. È vero che ci sono delle regole in alcune Comunità Terapeutiche per cui non si dovrebbero avere più di dieci pazienti; ma se si va a vedere, ad esempio, vicino Monza, la comunità dove adesso ci sono alcuni dei miei pazienti, oppure certi Centri Diurni vicini agli ospedali, si trovano degli assembramenti dove magari ci sono due comunità ad alta protezione, due comunità a media protezione, un CD, e così via, tutti nello stesso stabile in appartamenti divisi. Per cui alla fine ci sono ottanta, novanta o cento soggetti con disagio psichico nello stesso posto: ecco che abbiamo un manicomio. Oltretutto hanno le sbarre, i fili spinati, i cancelli di ferro. Quindi, purtroppo, si riproducono in modo spaventosamente evocativo del fantasma che ritorna. Il ritorno del manicomio è veramente una

cosa incredibile. Soprattutto quelli per minori, ma non solo, sono dei luoghi di segregazione. Queste comunità, che teoricamente dovrebbero essere dei luoghi terapeutici dove le persone vanno a sperimentare delle relazioni, e soprattutto dei luoghi aperti dove la città possa entrare e dove le persone possano uscire, in realtà sono diventate dei luoghi di collocamento. Del resto, molti di questi servizi pubblici, quando hanno una persona difficile, si chiedono cosa fare e dove metterla. La domanda è diventata “dove lo metto?”, mentre dovrebbe essere “di cosa ha bisogno questo soggetto? Che cosa possiamo fare noi per rispondere a questi bisogni?”, che sono bisogni del soggetto, ma anche della sua famiglia, della sua rete sociale. Molto spesso le persone vengono allontanate dalle famiglie perché le famiglie e il vicinato non le sopportano più, e quindi vengono messe in comunità. Poi siccome le comunità hanno delle linee guida che teoricamente sono agganciate ad un’idea terapeutica, per cui le persone possono stare lì solo due o tre anni, dopo tre anni i pazienti vengono deportati in un’altra comunità; e dopo altri tre anni li deportano in un’altra comunità ancora. Ci sono persone che hanno fatto delle carriere in comunità di venti o trent’anni. Ci sono persone che magari hanno costruito qualche relazione in comunità e poi sono state sradicate, messe in un’altra comunità, poi in un’altra ancora. Noi assistiamo a delle situazioni veramente drammatiche dal punto di vista umano. Fermo restando che gli aspetti più terapeutici che queste persone trovano sono legati all’incontro con altri soggetti con disagio che magari sono in comunità; strutturano delle amicizie e dei legami che poi devono abbandonare perché, finito il loro periodo, vengono spostati, deportati sulla base delle esigenze del servizio. Adesso quello che ho descritto è uno scenario drammatico e molto pesante, anche se in altri casi non è così. Ci sono comunità che riescono a sintonizzarsi con la persona, che hanno qualche strumento in più. Però è tutto lasciato al buon cuore e alla buona volontà delle singole équipe, alle singole possibilità, cioè al fatto che gli operatori ci mettano qualcosa del loro, il che va benissimo. Secondo me questo è un campo in cui gli operatori devono chiedersi perché fanno questo lavoro e non un altro. Ci si può sempre capitare per caso a fare l’operatore in comunità, però poi bisogna interrogarsi, bisogna farsene qualcosa di questa vocazione.

All'estero ci sono progetti di case e di comunità – come le *Balance Home* – che sono luoghi dove le persone vengono accolte anche in fase di esordio psicotico senza farmaci e senza contenzione, dove non esiste alcuna gerarchia di saperi o poteri, dove ci sono una serie di interventi che vanno dallo *shiatsu* alla medicina cinese. In questi luoghi le persone possono portare i loro animali di compagnia per esempio, e i familiari e tutti gli esterni possono entrare in qualunque momento perché non ci sono orari di accoglienza. Sono dei contesti in cui il principale strumento terapeutico è l’*Open Dialogue*: una modalità di approccio introdotta in

Finlandia alla fine degli anni Ottanta da Jaakko Seikkula. Loro applicano questo approccio a Tornio, in un ospedale in Finlandia in cui avevano un'incidenza di schizofrenia di venti persone ogni mille abitanti, e adesso sono arrivati praticamente a zero, facendo sparire quasi completamente questo problema. È stata costruita in quarant'anni una rete per cui la scuole, le aziende e i vari contesti non solo hanno fiducia, ma si rivolgono spontaneamente a loro. È sparito completamente lo stigma perché la maggior parte delle persone che hanno avuto un esordio psicotico sono state trattate con l'*Open Dialogue* e sono tornate al loro funzionamento sociale, dimenticando completamente la loro esperienza psicotica. L'équipe dell'*Open Dialogue* è tra i pochi a fare studi catamnestici su questo, facendo dei follow-up dei suoi pazienti a distanza di venti, trenta e quarant'anni.

Il dispositivo della terapia di gruppo, delle case di comunità, delle Comunità Terapeutiche, eccetera, è un dispositivo fondamentale. Il problema è che andrebbe fatto in un certo modo, invece non viene fatto così. Io attualmente lavoro nelle comunità in Italia. Ci sono gli operatori in comunità che sono chiusi nel loro stanzino, quindi gli ospiti devono bussare per avere la loro attenzione, poi sono gli operatori a decidere se aprire e chiedere cosa vogliono. Se vogliono un farmaco va bene, se vogliono dieci euro va bene. Praticamente si ricostruisce una logica manicomiale, per quanto sia fatto con le migliori intenzioni, perché gli operatori sono brave persone. Ma, di fatto, si crea questa cosa per cui se gli operatori devono parlare di un altro ospite e magari c'è uno che gira per la casa, dicono a quest'ultimo di andare via e chiudere la porta. C'è una dimensione per cui gli ospiti vengono esclusi dai dialoghi che riguardano la casa. Questo crea delle situazioni manicomiali. Poi gli operatori cercano di fare i gruppi di varie cose, ma c'è sempre una dimensione per cui l'operatore impartisce un sapere.

Ad un certo punto è successo che un infermiere si è suicidato, ma non se ne è parlato. Non si parla nemmeno di come si sentono gli operatori sul fatto che un loro giovane collega si sia suicidato. È un luogo molto ufficiale e molto gestito in cui un responsabile comunica la morte di quella persona dicendo che dispiace tanto e basta. Questo è un esempio per fare capire cosa vuol dire assumersi la responsabilità di una comunicazione democratica. Alla fine come si fa a descrivere la differenza che c'è fra un gruppo di parole come Basti-Menti rispetto ad altri contesti? A Basti-Menti ci si accorge che tutti ci mettono del loro, non che uno debba per forza dire qualunque cosa o mettersi in gioco nel senso di perdere i propri freni o di perdere la propria giusta tendenza ad una certa riservatezza. Non è questo. È essere veri, cioè quel poco che si dice va detto a partire da una propria verità, altrimenti piuttosto si sta zitti. Invece, in questi luoghi, quando succede qualcosa di molto grosso come il suicidio di un collega non se ne parla. Perché alla fine nella società il disagio è diffuso; non sono solo i portatori di un disagio psichico

conclamato con diagnosi a catalizzare il disagio, il disagio è molto diffuso, e a volte si manifesta dove non ce lo aspettiamo, quindi questo va a interrogare profondamente, va a turbare. E magari gli operatori non avevano minimamente intercettato questo disagio o non se lo aspettavano. Ma allora come fanno a sintonizzarsi? Perché loro lo sentono come uno di loro, il loro ragionamento è: “noi siamo di qua e voi siete di là, noi siamo quelli sani e voi siete quelli malati”. Quindi se uno di noi ad un certo punto fa un gesto del genere, come io mi relaziono? Come mi relaziono con il disagio che io stessa provo nell’aver visto che un mio pari ha avuto un disagio di questo genere? Io devo sintonizzarmi con questo mio dolore, con questa mia perplessità, con questa mia incapacità di comprendere. Se io metto questa cosa in gioco, ha un enorme potere riabilitativo se io non mi spavento e non indietreggio.

Ma poi ci sono tanti altri punti, cioè per esempio la mattina quando si parla del menù, bisogna avere la capacità di fare qualcosa anche di queste cose banali, che non sia solo impartire lezioni. Se c’è una capacità di contaminarsi veramente, questo fa la differenza.

Le prossime risposte che presentiamo riguardano la suddivisione delle Comunità Terapeutiche in quelle dedicate ai minori e quelle dedicate agli adulti.

Simone Vender: Le differenze di fatto dipendono un po' dall'età. Le strutture comunitarie sono sempre esistite. Dagli orfanotrofi, alle carceri, ai collegi. In qualche modo il nucleo familiare, se possiamo metterla in questo modo, ha sempre avuto bisogno di strutture istituzionali, che fossero religiose o statali. Le prime sono state sicuramente le strutture religiose. Le confraternite, i monasteri, eccetera, sono sempre state comunitarie. Sono sempre state delle comunità *Ora et labora* dei Benedettini, ci sono state sempre negli anni, nei decenni, nei secoli, e sono sempre state delle istituzioni che hanno supplito le esigenze individuali che non riuscivano ad essere soddisfatte in altro modo, se non mettendo insieme più persone. Poi sono arrivate le Comunità Terapeutiche, ma le strutture comunitarie ci sono sempre state come esigenza di base delle persone. Per quanto riguarda anche malattia e sanità mentale, le prime strutture sono state gli ospedali perché, siccome la malattia mentale grave incide anche sulle capacità di sopravvivenza di una persona e sulle sue capacità di lavorare, molti andavano a vivere per strada senza soldi. A un certo punto un ospedale generale in Francia è stato il primo a raccogliere in una struttura, un’istituzione, più persone bisognose. Si chiamava *Hôpital Général*. Poi siccome, paradossalmente, ne arrivavano troppi, a Parigi da tutta la Francia, il Re ha obbligato a costruirne uno per ogni dipartimento. Era stato fatto anche un regolamento per cui quelli di una determinata zona dovevano andare non più in quello di Parigi, ma in quello

del luogo di appartenenza, e quello che si è visto è che era difficile dimettere o fare terminare il bisogno di aiuto. L'aiuto strutturale di vita è sempre stata un'esigenza che molte persone riuscivano a soddisfare all'interno di strutture comunitarie. Poi, via via, sono diventate grandi comunità come i manicomi, grandi strutture come gli ospedali, finché si è arrivati a scoprire che oltre un certo numero di persone – ovvero venti, gli inglesi stabilirono che fosse venti il numero massimo di persone che potevano essere curate effettivamente – aumenta la situazione di dipendenza e di impossibilità di cura e aiuto dei pazienti. Perché ad un certo punto non si sapeva più neanche chi erano. Io una volta ero stato nominato per fare una perizia per un paziente all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, e quando sono andato lì in Toscana, non sapevano neanche di avere quella persona lì rinchiusa. Un'altra volta un giudice mi ha mandato a fare una perizia per un paziente anziano a Pavia in una RSA, e non gli era arrivata la notizia che era morto, quindi non potevo fare la perizia. Bisogna ridurre questa condizione in cui le persone vengono dimenticate all'interno di strutture più grandi, perché più c'è gente, più le persone sono dimenticate, e più uno può morire senza che nessuno se ne accorga. Quindi le comunità sono indispensabili perché vanno incontro a delle esigenze di base di una persona, malata o non malata. Però sono utili quando hanno un numero massimo di persone, perché altrimenti diventano antiterapeutiche. L'individuo dimenticato non può essere curato, quindi si rimane dentro l'istituzione in eterno, fino alla morte. Questo era stato visto dal punto di vista sperimentale, ma lo si vede anche nella realtà, che i grandi numeri fanno perdere l'individualità inevitabilmente. L'esperimento di Spitz sui bambini non accuditi che morivano per mancanza di cure emotive ne è una dimostrazione. Quei bambini, seppur nutriti e curati fisicamente, mancando le cure emotive e affettive singolari, morivano lo stesso.

La differenza tra quelle degli adulti e quelle dei giovani è l'età. L'adolescenza è sempre un periodaccio, che alcuni non superano mai, e di base la diversità nasce dalle tipologie diverse di esigenze fisiologiche della patologia.

Isidoro Cioffi: Io nelle comunità per minori non ho avuto una grossa esperienza, oltretutto quando sono stato capo del dipartimento – fino a quattro anni fa – la neuropsichiatria infantile da noi non era nel dipartimento salute mentale e dipendenze. Mentre adesso lo è, perché la regione ha imposto che lo fosse. Ci sono vari tipi di comunità per adulti e per minori. Una volta ero andato a vedere una comunità per minori che soffrono di autismo, perché c'era uno dei professori molto in gamba di Pavia che aveva un figlio autistico. Hanno creato, con la regione Lombardia, questa comunità per sofferenti psichici autistici che aveva varie particolarità, tra cui l'organizzazione di attività come l'accudimento di animali. Loro avevano bisogno di camere singole per i momenti in cui i ragazzi avevano la necessità di non essere troppo stimolati.

Adesso la proposta che farei, soprattutto per i minori, è quella di non fare comunità fino ai 18 anni, ma di farla, per esempio, dai 16 fino ai 22-24 anni. Proprio perché mi sembra una cosa più burocratica l'essere così legati all'età. Infatti c'è la diatriba sui sedicenni che sono considerati maggiorenni. C'è stato un processo in cui un ragazzo di 16 anni aveva "denunciato" i genitori e l'ospedale perché gli avevano fatto il test per l'HIV senza chiedere il suo consenso, e il giudice gli ha dato ragione.

Il senso della comunità per minori, che è un po' diverso rispetto a quello della comunità per adulti, è che i professionisti che lavorano in comunità per minori siano l'arco e i pazienti siano la freccia. Cioè dev'essere un passaggio il più veloce possibile in modo tale da non creare dipendenza. Certo, la cosa può essere una criticità anche nelle comunità per adulti, ma lo è molto meno perché i tempi possono essere più lunghi per gli adulti. Poi nella comunità per minori c'è la criticità rappresentata dal fatto che spesso i ragazzi arrivano da famiglie molto problematiche, sviluppando per esempio disturbi di personalità reattivi, per cui è molto più importante fare un intervento il più breve possibile, ma coinvolgendo ancora di più le famiglie. E dev'essere un momento di passaggio; il ragazzo non deve essere tenuto lì a lungo. È molto più facile che ci siano ragazzi che soffrono di disturbo antisociale nelle comunità minori. Adesso i nuovi ragazzi sono tutti alti un metro e novanta, sono dei ragazzoni robusti. Poi sappiamo che l'adolescenza è un momento della vita durante il quale è giusto, dal punto di vista psicologico e comportamentale, che ci siano estremismi, per cui in realtà se un adolescente è tranquillo, non fa recriminazioni e non contrasta i familiari, comincio un po' a preoccuparmi. La situazione per gli adulti è molto diversa in questo senso.

Adesso più di prima sta prendendo piede il fenomeno delle comunità selettive, soprattutto in caso di problemi di dipendenza. Oltre che dipendenze dalle sostanze ci sono quelle da social. Io ultimamente vedo minori o anche maggiorenni di 19-20 anni passare la notte sui social e il giorno a dormire, fenomeno che si porta dietro delle problematiche notevoli.

Anche per gli adulti ci sono vari tipi di comunità: ad assistenza più o meno continua, o addirittura alcune comunità ad assistenza bassa che non prevedevano la presenza del personale di notte. Però io ho chiesto alla nostra azienda, che mi ha accontentato, che ci fosse sempre qualcuno di notte. Perché se succede qualche cosa di notte quando si dorme e non c'è nessuno, senza pensare a chissà quali evenienze, mi sembra un po' un rischio.

Poi l'uso dei farmaci è diverso. I farmaci che si usano per gli adulti non si usano, in genere, per gli adolescenti. Addirittura, negli adolescenti e nei minorenni si usano dei farmaci *Off Label*; farmaci che non sarebbero prescritti per quel disturbo, ma che la letteratura prevede possano essere usati, per esempio, per lo schizofrenico, anche se le indicazioni del bugiardino non lo

dicono. Naturalmente il neuropsichiatra deve ottenere il consenso dai familiari e dal ragazzo. In più ci dev'essere una documentazione clinica in cui c'è scritto che, anche se normalmente nel bugiardino non è previsto che quei farmaci possano essere usati per gli adolescenti, in quel caso si può fare un'eccezione se si ottiene il consenso. Anche perché nei ragazzi si cerca di usare i farmaci il meno possibile (questo anche negli adulti), però in alcuni casi è necessario usarli. Per esempio per l'ADHD o altri tipi di disturbi, alcuni farmaci sono necessari.

Francesco Comelli: Fondamentalmente il termine comunità non sempre corrisponde al senso della parola, nel senso che è un termine introdotto tra gli anni Cinquanta e Sessanta del Novecento sullo stimolo di Maxwell Jones, di Bion, di Foulkes e di altri psichiatri e studiosi inglesi sul concetto delle cure con i gruppi e con la comunità. Oggi il termine comunità è molto abusato nel senso che le comunità vere e proprie di una volta non esistono più; sono degli ospedali per delle degenze di due o tre anni dove non è detto che ci sia tanta attività di gruppo o non è detto che ci siano gruppi allargati comunitari, cioè non è detto che ci sia la stessa impostazione di quando sono nate le comunità. Oggi, molto spesso, la comunità viene gestita come se fosse un parcheggio in cui il paziente passa tre anni e poi si vedrà, sollevando la famiglia e i servizi dal peso di dover gestire quella persona. Però tutto ciò ha un costo economico abbastanza consistente perché la regione e lo stato pagano parecchio per ogni singolo posto letto. Una volta c'erano più soldi e i pazienti venivano mandati in queste cosiddette comunità, alcune funzionanti bene, altre invece praticamente solo posti di parcheggio, diciamo così. Sono necessarie per gli adulti soprattutto per le fasi post-acute e per le fasi in cui la vita in famiglia diventa impossibile o per il rischio di azioni aggressive ed eteroaggressive o per ambienti troppo malati. Sono necessarie quando un soggetto non riesce a darsi un contenimento o la famiglia non riesce a dare un contenimento al contesto emotivo. Quindi le comunità sono necessarie, anche se non è detto che riportino lo stile con cui sono nate e con cui sono state pensate, però a volte sono proprio necessarie. È meno necessaria la lungodegenza, perché spesso si trasformano da comunità in cronicari dove la gente sta anche quattro o cinque anni senza una progettualità vera e propria di cambiamento. Questa purtroppo è la realtà di ciò che avviene spesso. A volte non si può fare diversamente, per carità, però in molti casi è proprio un atteggiamento culturale che investe poco sulla trasformazione culturale, sui gruppi e sulle cure. Magari si investe più sul farmaco e sulla custodia sociale, sul fatto di togliere una persona dal rischio di dare problemi alla società. Le comunità per minori, poi, sono molto necessarie. Più necessarie di quelle per gli adulti a livello di urgenza secondo me, perché ci sono tanti minori ad avere bisogno di aiuto e ci sono relativamente poche comunità. Anche lì una cosa che si vede in pratica è che molto spesso le comunità per minori rischiano di

diventare facilmente delle piccole carceri, cioè rischiano di diventare solamente dei luoghi di custodia sociale in cui non si pensa molto al lavoro con le famiglie e al lavoro sui talenti personali. Spesso e volentieri anche lì viene privilegiato il controllo sociale e comportamentale, per cui vengono dati molti farmaci, a volte, per carità, necessari. Però c'è poco lavoro sulle ragioni culturali e familiari, ci sono pochi gruppi multifamiliari e pochi trattamenti delle famiglie. Invece nelle comunità per minori c'è molto tribunale, molto carcere e ci sono molti farmaci. Anche lì, non tutte sono così; troviamo delle belle realtà. Però è un campo che forse ha bisogno di ancora più lavoro rispetto alle comunità per adulti. Le comunità di oggi potrebbero essere peggio ancora dei manicomi; sono diventati dei luoghi di parcheggio senza tanta speranza, degli immondezzai delle persone purtroppo. Poi, ripeto, non sempre sono così, però c'è il rischio che questa diventi la tendenza.

Anna Barracco: Secondo me le comunità si potrebbero anche tutte abolire, perché se sono così servono a ben poco. Se fossero concepite diversamente e se ci fosse una vera direzione da parte dei servizi di salute mentale di territorio – direzione non nel senso gerarchico del termine, ma nel senso di orientamento, nel senso di una capacità dei servizi di orientare verso un certo modo di lavorare – allora le comunità potrebbero servire, servono. Per gli adolescenti non lo so. Anche qui, c'è un enorme disagio adolescenziale. Dopo il COVID, poi, non ne parliamo, c'è stato un aumento del 500% dei casi di tentati suicidi, di situazioni di ritiro sociale, di abbandono della scuola. Ci sono problemi enormi a livello del sociale, sul problema di trovare una risposta per i giovani. Detto ciò, sono le comunità per i minori la risposta? Non lo so. In certi casi sì, purtroppo, quando la famiglia non è capace di gestire la situazione per una serie di motivi che possono essere anche comprensibili, che non vanno giudicati. Però se ad esempio ci si trova a dover gestire una ragazzina che continuamente si taglia, magari anche in modo dimostrativo con la lametta, e questa cosa la madre, il padre o l'associazione non è in grado di gestirla, si può anche capire vagamente che questo disagio potrebbe essere messo in relazione con una separazione difficile, con una conflittualità familiare. Però loro non sono in grado e non hanno i supporti necessari a livello domiciliare per affrontare la situazione. Non ci sono dei servizi che si sintonizzano. In questi casi, il fatto che le ragazze vengano allontanate e possano trovare un posto in cui mettere una distanza fisica può aiutare. Ma la distanza fisica dai genitori risolve fino ad un certo punto; è una soluzione immaginaria. Poi è chiaro che la separazione deve diventare simbolica: ci dev'essere la capacità di andare a capire cosa è successo e come fare. Quindi è chiaro che le comunità in questo momento servono, così come si dice che servano i posti letto in neuropsichiatria. Ma a cosa servono se una ragazzina che ha tentato il suicidio viene messa in neuropsichiatria e viene chiusa in una stanza, se le vengono dati dei farmaci, se

viene tolta da ogni relazione con il suo contesto sociale, se le si impedisce anche banalmente di portarsi la chitarra dentro? Sono delle risposte folli perché si torna al fatto che c'è una risposta che mette in prima linea un'ipotesi biomedica, per cui la ragazzina viene curata con un farmaco che non serve a niente, viene tolta dalla sua classe, dalle sue amicizie e viene chiusa in una stanza. Questo ha un effetto devastante. Quindi anche dire che si risponde al bisogno degli adolescenti tramite l'aumento del numero dei posti letto in neuropsichiatria infantile e l'aumento delle comunità per minori, non lo so... dipende da che direzione si prende. Se l'alternativa a questa descrizione che ho fatto è – come succede a Milano purtroppo – che i giovani adolescenti e minorenni con delle crisi vengano ricoverati nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) dove si trovano i residui bellici della psichiatria, cioè le persone di 60-70 anni, psicotici cronici, allora sicuramente non va bene. I ragazzini di 16-17 anni sono messi in questa situazione, e poi magari di notte succede che la ragazzina viene molestata dal povero psicotico che comunque, a sua volta, ha diritto a non avere una ragazzina di 16 anni dentro al reparto. Perché un adulto in crisi acuta in un SPDC non può essere messo in condizione di avere una ragazzina in reparto, perché magari perde il controllo degli impulsi o è in una situazione difficile. La realtà è questa, vogliamo parlarne? Se non ci sono i posti per i minori, questi vengono messi negli SPDC degli adulti con enormi rischi di traumi, anche banalmente il trauma di vedere questa realtà, perché c'è una forma di rispecchiamento. Il ragazzino di 16-17 anni si trova catapultato in questa realtà.

La risposta alle necessità degli adolescenti e degli psicotici sono le comunità, i posti letto aumentati? Non lo so, certamente finché sono così le comunità, fino a un certo punto. Anche perché di comunità ce ne sono tantissime, per minori magari meno, ma per psicotici sono tantissime. Praticamente ormai si sono trasformate in manicomi. Le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) – che sono comunità che accolgono autori di reato e persone con doppia diagnosi, eccetera – le comunità, le CPL (Comunità Protetta a Leggera assistenza), le CPA (Comunità Protetta ad Alta assistenza) e molte strutture, soprattutto nel sud Italia, ma non solo, sono praticamente diventate dei piccoli manicomi. Neanche più tanto piccoli, perché se si cominciano a mettere più comunità nello stesso stabile dove al primo piano hai la CPM (Comunità Protetta a Media assistenza), al secondo hai il CPS, al piano terra hai il Centro Diurno e il CRA (Comunità Riabilitativa ad Alta assistenza), eccetera, dimmi tu se questo non è un manicomio alla fine. Ricostruisci il manicomio, c'è poco da fare, soprattutto se poi sono strutture dove c'è il cancello all'esterno, dove devi suonare per entrare. Che cos'è questo se non un manicomio? Non so. Quindi io non so fino a che punto la risposta è quella di

aumentare le comunità e i posti letto. Andrebbe bene se ci fosse contemporaneamente un cambiamento di approccio.

Per esempio, in Svizzera ci sono i centri crisi che non sono come i nostri SPDC. I nostri SPDC sono luoghi in cui si può stare una o due settimane, ampiamente connotati in modo sanitario esternamente, ma in pratica sono luoghi carcerari in cui tolgono cellulare, cintura, in cui si viene chiusi dentro senza poter uscire e le visite devono essere regolamentate. Fondamentalmente sono dei carceri trasformati con una pennellatura sanitaria. Invece i centri crisi in Svizzera sono luoghi in cui si può vivere anche per tre mesi, dove le porte sono aperte, non c'è contenzione, ci sono infermieri formati per stare vicini alla persona in crisi, dove finché la persona è in crisi c'è almeno un operatore che si dedica a lei, che le parla e le sta vicino. Ci sono terapie corporee molto importanti che in questi momenti di crisi possono aiutare molto, come massaggi, rilassamento e tecniche di mediazione corporea. Poi in questi centri c'è l'apertura ai familiari, anch'essa molto importante. Invece nei nostri SPDC c'è il farmaco, gli infermieri sono pochi, e col discorso che il personale è poco in pratica ti legano. Adesso ci sono tanti progetti in Italia sul *no-restraint*: il non uso della contenzione, che sarebbe dovuta diventare fuorilegge nei reparti SPDC. Ci sono già dei reparti che praticano questo approccio, però anche lì alcuni sono formati e hanno un certo approccio, altri hanno aderito acriticamente a questa modalità per una questione di immagine, aprendo le porte e non usando la contenzione, però magari hanno triplicato la prescrizione farmacologica. È molto complicato.

L'ultimo strumento terapeutico di cui si parla, certamente non ultimo per importanza, è quello del rapporto tra medico e paziente.

Simone Vender: Credo che tra gli psichiatri, tra i medici, tra gli psicologi, e tra gli operatori in generale ci sia una varietà di posizioni che vanno tra due estremi. L'estremo della negazione, di tendere a consolare, a confortare, a dire che non è niente al paziente, quindi quello di sottovalutare anche se c'è qualcosa che non va. Viene messo un tampone davanti a qualsiasi sintomo che viene lamentato, negando la sofferenza dell'altra persona. E questo può anche andare bene al paziente, che può essere contento perché pensa di non avere niente. Oppure, all'altro estremo, quello di considerare il paziente esclusivamente una persona molto sofferente, e quindi mettersi nella posizione di potergli dire "io ti aiuterò, sono io l'unico indispensabile per te, non c'è nessun altro che ti potrà aiutare". I maghi e i cartomanti utilizzano moltissimo questo aspetto, ovviamente. Tra questi due estremi ci sono ovviamente le varie sfumature, tutte le variazioni possibili che dipendono dalla professionalità, dalle caratteristiche del

professionista, dall'interesse del professionista, dalla simpatia o l'antipatia che il professionista prova nei confronti del paziente. Poi lì giocano un sacco di fattori, che più che essere quantitativamente diversi cambiano dal punto di vista della qualità. L'interesse del terapeuta nei confronti della persona dipende anche dalle caratteristiche della persona. Non è molto tranquillizzante, però per me un po' è così, come in tutte le relazioni. Tutte le relazioni di aiuto dipendono moltissimo da qualità personali. Poi ci sono alcune tecniche che si utilizzano, però la tecnica è sempre supportata dalle caratteristiche personali. Poi c'è il corporativismo della professione, per cui tutti devono essere uguali, ma io, con i miei, ho sempre battagliato perché non tutti gli alberi possono avere le stesse ciliegie: c'è la diversità. E la diversità va non solo tollerata, ma addirittura valorizzata per quello che è.

Però i due estremi sono quelli. La tecnica del cartomante è sempre quella: "io so la verità, so come stai". Che è un aiuto anche quello, perché è la persona che va a cercare il cartomante. Ci sono molti professionisti disponibili all'ascolto. Se invece, più che ascoltare, hanno in mente l'interpretazione o il modo di mettere in atto una tecnica, questa è un'altra cosa. L'altra posizione, quella di consolare il paziente negando che ci sia bisogno della terapia è molto tranquillizzante. Sono entrambi atteggiamenti che possono avere caratteristiche negative, ma anche positive. Forse dipende anche dalle caratteristiche del paziente. Tanto al giorno d'oggi si cambia specialista come si cambia panettiere al supermercato. Al giorno d'oggi è così.

Francesco Comelli: Il rapporto tra medico e paziente dipende da com'è formato il medico, la formazione del medico è tutto. Se il medico, ma anche lo psicologo, è formato solamente su un livello biologico, neurologico, neurochimico – come oggi va molto di moda – purtroppo la relazione viene meno e vengono meno tutte le possibilità di cura mediante la relazione. Tutto qua.

Isidoro Cioffi: Soprattutto per quanto riguarda l'umanizzazione del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) abbiamo fatto, per non fare sentire i ricoverati degli extraterrestri e per destigmatizzare il sofferente psichico, la Notte Folle. In precedenza, quando abbiamo aperto il reparto, le persone in visita, e qualche volta anche gli infermieri, scappavano via da quella situazione. Invece con la Notte Folle arrivavano, la notte di Natale, degli artisti o dei pittori anche famosi. Avevamo delle vetrine all'interno del reparto dove mettevano i loro lavori artistici o le foto. Negli anni sono venuti i Fichi d'India, i fratelli Castiglioni, sono venute delle scolaresche a suonare, è venuto un gruppo folkloristico dall'Ungheria, è venuto Vitali lo scrittore. Insomma, tantissime persone, ma il commento più bello è stato fatto da uno dei Fichi d'India che mi ha chiesto: "ma quali sono i pazienti?". Perché c'era uno spettacolo all'interno del reparto durante il quale le persone in visita erano sedute assieme ai pazienti, e la maggior

parte dei pazienti non era in pigiama. Naturalmente c'era paziente e paziente; il paziente che era meglio che stesse a letto, e il paziente che era meglio non far regredire. E infatti uno dei Fichi d'India mi chiese quali fossero i pazienti e quali fossero gli spettatori venuti a vedere lo spettacolo, tra cui erano presenti molti politici e molte persone dall'esterno. Tutti gli anni a Natale questo evento creava un rapporto con i pazienti, i quali aiutavano ad allestire la sala con l'albero di natale e le decorazioni. Questo non faceva sentire loro il distacco con il medico e con il personale. I pazienti si sentivano importanti e considerati.

Poi abbiamo creato, sempre cercando di costruire questo rapporto, una biblioteca. Cioè abbiamo donato un portalibri, l'abbiamo fatto restaurare all'interno dai pazienti e poi abbiamo chiesto che si donassero libri, possibilmente non quelli da buttare via o polverosi. Questo nella zona di Luino e di Laveno proprio per fare vedere al paziente che non era solo un rapporto farmacologico. Avevano la possibilità di prendere il libro ed eventualmente anche di portarselo a casa in regalo perché, alla fine, avevamo tanti di quei libri che erano anche troppi. Per cui è stato molto bello perché i pazienti venivano considerati sia da noi medici, sia dagli infermieri. All'interno del Centro Diurno di Luino avevamo organizzato anche una serata con il LIONS di Luino. In seguito ho saputo dal presidente che molti soci non volevano venire perché dicevano "lì ci sono i matti". Invece sono venuti, abbiamo fatto vedere come è la famiglia del paziente ad essere in crisi, per cui non bisogna avere paura. Poi ci sono anche i pazienti pericolosi. Invece molto spesso sono i pazienti e i familiari ad avere paura delle reazioni dei "normali".

Poi per fare sentire il paziente preso in carico, tantissimi anni fa, abbiamo fatto degli opuscoli in varie lingue (inglese, cinese, arabo, indiano,...) che hanno coinvolto tante persone che poi si sono anche avvicinate a questa condizione di sofferenza psichica. L'opuscolo era stato creato con l'idea di darlo nelle varie lingue al paziente appena entrato per farlo sentire in un clima "alberghiero", cioè per non farlo sentire un oggetto. Era stato aggiunto anche il dialetto per i pazienti anziani.

Adesso è venuto al mio posto un nuovo direttore, che io non ho voluto forzare perché ognuno, quando va in pensione il proprio superiore, non deve per forza fare le stesse cose. A parte che c'è stato il COVID che ha chiuso tutto, perché c'era un'affluenza di gente mica da ridere; alcuni rimanevano anche fuori dal reparto perché non c'era abbastanza spazio. Se avesse avuto voglia di ricominciare le attività che avevo proposto io le avrebbe fatte, ma ci siamo sentiti e ci sentiamo con l'attuale direttore del reparto di Psichiatria, però lui non ha più fatto alcune cose. Anche perché una volta non c'era questa attenzione agli assembramenti, ma col COVID era impossibile farlo. Ma l'attenzione al paziente c'è sempre, magari si manifesta in altri modi. Ad esempio una cosa che facevamo e che fanno tutt'ora è evitare il classico giro nelle stanze con il

camice chiedendo ad un paziente, magari di fronte agli altri, come stesse, costringendo il paziente a riferire i fatti suoi davanti agli altri pazienti. Adesso c'è ancora l'uso, per i medici, di non avere il camice. E poi al mattino si chiamano uno alla volta i pazienti nello studio per sentire come vanno le cose, non di fronte a tutti, in modo da rispettare la privacy. Anche perché sono cose delicate. Poi in generale l'attenzione al paziente va data anche tramite eventi per destigmatizzarlo, perché più è isolato, più è facile che arrivi in reparto e che bisogni contenerlo perché arrabbiato. Ultimamente per la contenzione usavamo il cosiddetto cravattono con il braccio attorno al collo che mandava il paziente in convulsione. Ma a volte chiamavamo la polizia locale, e il paziente, vedendo medici, infermieri e polizia, cioè dieci persone attorno a lui, magari non faceva niente e si adattava non dico tranquillamente, ma non c'era bisogno di usare la contenzione.

Anna Barracco: Mi viene in mente una vignetta molto carina dell'*Open Dialogue* di un paziente a letto con le coperte tirate su, con vicino dei medici chinati su di lui come degli avvoltoi. Questa immagine sottolinea molto la dimensione passiva e inerme del paziente, di squilibrio di potere. Il paziente malato a letto e i medici sopra. La vignetta dice: "non le abbiamo chiesto la sua opinione, quando sarà il momento gliela daremo noi". Questa vignetta è esilarante secondo me perché descrive la realtà di come stanno le cose oggi. Noi facciamo queste équipe in cui decidiamo dove mandare il paziente, poi facciamo entrare il paziente e gli diamo una comunicazione; lo si integra in una decisione che abbiamo preso noi, e poi pretendiamo che questo sia un momento di condivisione e di partecipazione della persona al suo progetto. Non funziona così. Questo non vale solo nella psichiatria, vale anche in generale. La legge 219 del 2017, cosiddetta Legge del Fine Vita o Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT) ha introdotto cambiamenti enormi nella dimensione della contrattazione tra medico e paziente. Un cambiamento rivoluzionario che semplicemente reintroduce un articolo che c'è già nella costituzione, che è il numero 32 sulla libertà di cura e quindi anche di non curarsi. È un principio, che come tanti principi della costituzione, è spesso disatteso. C'è una frase rivoluzionaria nella legge 219/2017 che dice che il tempo di comunicazione e il tempo di informazione è tempo di cura, quindi è obbligatorio. La DAT, che la gente conosce soprattutto nell'ambito del fine vita, prevede che io possa andare a depositare in Comune una serie di volontà per quanto riguarda il mio trattamento e per quanto riguarda la persona incaricata di parlare in mia vece, dato che in quel momento non sarò in grado di esprimere il mio volere. La persona di fiducia può essere anche cambiata, e non è detto che sia un medico, anzi spesso è un familiare. Comunque questa legge predispone una serie di cose, che nella sua interpretazione più virtuosa implicano la costruzione di un'équipe in cui in primo piano c'è il diretto interessato,

poi ci possono essere le persone a lui vicine e da lui designate e ci possono essere anche dei medici e terapeuti che lui stesso indica. Queste Disposizioni Anticipate di Trattamento sono applicate anche in psichiatria. Oggi, da quando questa legge è uscita, ci sono i cosiddetti contratti di Ulisse. Si sa che Ulisse si era fatto legare al palo della nave. Hanno questo nome perché vuol dire che la persona che ha avuto già una crisi, in vista di una crisi futura, dice che trattamento vuole per sé. Si tratta di una serie di cose che la persona con disagio costruisce a partire dal proprio sapere sul proprio disagio. Sono le armi che sa essere utili, magari non farmacologiche o di ricovero, ma altre forme di fronteggiamento del proprio disagio. È come se la persona dicesse “quando dovessi sentire le voci delle sirene e io sarò legato al palo (perché il contratto di Ulisse è quella cosa che lega al palo) queste sono le cose che voi dovete fare per me”. Che può anche essere “voglio continuare a sentire le voci delle sirene, non voglio essere tappato/ricoverato”, ma il contratto di Ulisse si costruisce. È un fatto clinico, e non è banale e burocratico. Si costruisce con i familiari, con la persona interessata, si può modificare e queste disposizioni possono essere depositate in Comune. Se il paziente deposita le Disposizioni Anticipate di Trattamento in Comune, il CPS di riferimento deve attenersi a queste disposizioni e quindi è sollevato dalle sue responsabilità anche penali. Questo è molto importante, perché un motivo per cui i CPS non accettano di scalare farmaci è il fatto che loro poi, se succede qualcosa, sono chiamati in tribunale. Quindi le DAT possono essere uno strumento utile in certi casi, quando non si riesce a contrattare con il CPS di riferimento. Naturalmente bisogna avere dei bravi psichiatri, cioè è molto complesso. I pazienti devono anche essere pronti a fare questo passaggio, è un lavoro clinico molto importante. Io ho avuto qualche esperienza di questo. È un grosso lavoro, perché poi quando la crisi arriva è difficile che il paziente riesca veramente ad attenersi e le famiglie si spaventano, anche i terapeuti si spaventano. Stare nell'incertezza e tollerarla è molto complesso. Io ho avuto dei casi che ho seguito in questo modo, e la cosa bella è che non siamo mai stati denunciati o non siamo mai entrati in conflitto con i familiari. È rimasta questa cordata, pur nelle situazioni molto complesse.

Funzionava? Entriamo nel discorso, in questo caso particolare più recente non ha funzionato. Nel senso che secondo me la persona non era pronta, cioè ha voluto fare questa cosa in un momento della sua vita in cui aveva lasciato la ragazza e il lavoro, insomma era in un momento difficile. Però ha voluto comunque proseguire, e noi gli siamo andati dietro perché abbiamo creduto in questa sua determinazione, però ci eravamo accorti che non stava bene. Io l'avevo anche inviato a Basti-Menti perché sentivo che il dispositivo della cura mensile non era sufficiente per una serie di motivi. Comunque con lui non ha funzionato da un certo punto di vista, perché un giorno si è buttato sotto la metropolitana, poi per fortuna non si è fatto niente.

Però è stata una cosa molto pesante per lui, per noi, per la famiglia, per tutti. Poi è stato ricoverato al Niguarda, noi avevamo comunque il dispositivo del contratto di Ulisse che era stato condiviso con la psichiatra del servizio che poi, però, è andata in pensione. Comunque i medici del Niguarda sono stati molto carini, non si sono messi nella posizione di giudicare male il nostro lavoro, anche perché il paziente ha parlato bene del lavoro che avevamo fatto. La famiglia stessa è stata bravissima, non posso immaginare cosa abbia provato. Poi la famiglia ha scritto una lunga lettera a Tibaldi in cui ha evidenziato le ombre di questo lavoro, ma avevano ragione. Però a posteriori è facile dirlo, se lui non si fosse buttato sotto la metropolitana non lo so. Non voglio neanche immaginare, perché lui non si è fatto niente, ma se si fosse fatto molto male non so come queste ombre individuate dai genitori sarebbero state lette. Magari loro a quel punto ci avrebbero denunciato, non so. Però la questione è che devi starci dentro a queste contraddizioni, non puoi mai sapere come vanno le cose, non puoi controllare tutte le variabili. In questo caso a posteriori ti posso dire che erano mesi che vedevo che lui stava male, noi in fondo abbiamo tollerato. Lui qualche volta diceva che voleva il TSO, noi gli dicevamo “perché vuoi il TSO? Se vuoi vai in Pronto Soccorso e fai un ricovero volontario”. Però lui non aveva la forza per fare questo, forse avrebbe voluto che noi lo contenessimo, però io credo che sia giusto. Il dispositivo dell’*Open Dialogue* è un dispositivo in cui il curante non si fa garante, non si sostituisce mai al soggetto, quindi io credo che noi in fondo abbiamo fatto bene. Certo, lui ha sofferto moltissimo, questo non è giusto. Il fatto è che lui aveva la possibilità di andare al Pronto Soccorso a chiedere un ricovero, ma lui chiedeva a noi un TSO. Io credo che noi abbiamo fatto bene a non cadere in questa cosa. Perché saremmo entrati in un corto circuito in cui saremmo diventati noi quelli che gli facevano il TSO. Abbiamo dovuto preservare il nostro spazio, non so, sono cose complesse. Non c’è una risposta unica. Certamente noi abbiamo sbagliato, quando è andata in pensione la psichiatra del Niguarda avremmo dovuto insistere per avere un riferimento dentro al CPS. Però i CPS a Milano sono talmente evanescenti, non c’è mai nessuno, nessuno risponde, il medico al massimo dà un colloquio ogni due o tre mesi, cioè è molto difficile costruire una vera équipe con quelli del servizio pubblico. Però, effettivamente, noi avremmo dovuto tentarlo con maggiore determinazione. Questo è stato un nostro errore forse. Però questo è stato un caso, ci sono altri casi che sono andati molto bene. Adesso ho caldo questo caso qui, ma è importante tenere presente le cose che non vanno bene perché è da lì che si impara di più. Poi è entrato in una clinica a lungo degenza, ha incontrato una ragazza e si è innamorato, è felice con questa ragazza. La vita è la vita, quando dico stare nell’incertezza e avere fiducia nelle risorse delle persone, significa anche questo. Banalmente questa persona, grazie a questo atto folle, è uscita da una situazione nella quale non stava più dentro e si è aperta

ad altre cose con questo ricovero. Lui aveva un bisogno disperato di una compagna, aveva questo tarlo del non essere capace di essere amato. Quindi questa cosa, alla fine, è stata un toccasana. In un contesto protetto lui ha conosciuto una ragazza diversa da quelle che incontrava normalmente e con cui faceva fatica a relazionarsi; ha trovato una ragazza vulnerabile in un contesto che favoriva l'incontro e la vicinanza e ha strutturato una relazione. Poi dove vada questa relazione, che significa, non importa, per lui funziona benissimo in questo momento. È un elemento riabilitativo e di rilancio fondamentale. Chiaro che non è merito nostro questo, non cadiamo nella cosa opposta di dire "menomale che si è buttato sotto la metropolitana". No. Quindi per me rapporto medico-paziente è questo: legge 219/2017 sulla Disposizione Anticipata di Trattamento. Tutta la legislazione europea e mondiale in termini di salute va nella direzione della co-produzione, co-costruzione della salute, non solo nel campo del disagio psichico.

I rapporti con la famiglia e con le istituzioni

Tramite quest'ultimo macroargomento andremo a vedere come il dialogo e i rapporti con la famiglia e con il contesto sociale del paziente possano influire sul suo percorso di cura all'interno delle istituzioni psichiatriche. In particolare, ci concentreremo sulla collaborazione con la famiglia, sul dialogo con le istituzioni facendo riferimento alle scuole, ai partiti e alla politica. Abbiamo visto come il rapporto con il contesto sociale possa essere di grande aiuto per il sofferente psichico, funzionando da rete di supporto e da aiuto nel processo di destigmatizzazione. Le interviste ci aiuteranno ad approfondire questo tema nel contesto della cura psichiatrica e psicologica attuale in Italia.

Innanzitutto, abbiamo chiesto delle testimonianze di confronto e di collaborazione con le famiglie dei pazienti nelle istituzioni psichiatriche.

Isidoro Cioffi: Il mio cavallo di battaglia è sempre stato quello di dire che il sofferente psichico è il paziente, ma anche tutta la famiglia, perché in qualche modo vive un'emarginazione, una sofferenza. I familiari vanno sostenuti, ma non è solo una mia opinione. Sono anche sorti dei gruppi familiari di auto-mutuo aiuto nel tempo nei vari CPS e nelle varie comunità. Anche per quanto riguarda le comunità per minori, c'era questa diatriba sull'utilità degli approcci terapeutici con la famiglia. La discussione era se averli in Neuropsichiatria infantile: i neuropsichiatri dicevano che era meglio averli nelle comunità per minori e quelli delle comunità sostenevano che sarebbe stato meglio averli in Neuropsichiatria. Queste diatribe, però, sono arricchenti perché ci danno vari punti di vista.

Abbiamo curato molto i rapporti con le associazioni; noi avevamo l'ADIAPSI, la SPES, insomma delle associazioni di familiari. Poi soprattutto il Gruppo di Lavoro Provinciale per la salute mentale (GLP), con associazioni in tutta la provincia, coordinava delle riunioni affollatissime. Adesso le associazioni di familiari, in particolare quelle degli adulti, sono quasi sparite. Quando è stata approvata la legge del '78 grazie alla quale è stato deciso di chiudere, nel tempo, i manicomi, poiché non c'erano i CPS, i CD, le comunità e nemmeno i reparti psichiatrici, queste associazioni sono state più che necessarie. Anzi, devo essere sincero, io sono stato a vari congressi a Roma in cui vedevo le associazioni di familiari che erano veramente arrabbiatissime con la psichiatria perché i problemi si erano acuiti. Il GLP è stato iniziato dal professor Balduzzi e dai vari servizi psichiatrici e ha permesso la partecipazione di queste associazioni di familiari, insieme a rappresentanti di scuole e di comuni, riunite in un

coordinamento che si chiama Co.P.A.Sa.M (Coordinamento Provinciale Associazioni per la Salute Mentale). Ci sono state delle discussioni, magari accese, ma si sono risolte le problematiche tra famiglie e sofferenti psichici e servizi psichiatrici, comuni e così via. A Laveno avevamo un gruppo di familiari gestito da una psicologa che serviva per trovare solidarietà, perché tante volte uno pensa di essere non dico l'unico, ma il più sfortunato, mentre invece ci sono casi molto gravi che stemperano un po' la situazione. Nel GLP c'erano anche i familiari del gruppo degli alcolisti anonimi, pure quello molto importante. Poi questi gruppi servono anche perché si concretizzano le possibilità terapeutiche come professionisti, come comunità e come CD. I familiari si aspettano chissà che cosa, invece si cerca di spiegarli – tanto più adesso che ci sono pochi professionisti in ogni campo – qual è il quadro reale di quello che si può fare.

Una mia esperienza molto particolare coi familiari è stata negli anni Ottanta a Udine, dove c'era un primario in un reparto ospedaliero per alcolisti. Qui i pazienti venivano ospitati, però la maggior parte del tempo erano non in pigiama ma in borghese, e veniva eletto un presidente. Gravissimi alcolisti, gente che aveva perso i negozi, le attività, un prete che era stato messo da parte e non poteva più dire messa, e così via. È possibile che gli alcolisti abbiano delle crisi convulsive anche notevoli, e in questo caso i pazienti venivano portati, a scopo terapeutico, a vedere cosa succede. Poi venivano fatte riunioni anche con i familiari che venivano da tutta Italia usando un metodo particolare creato tramite l'OMS da uno psichiatra jugoslavo. In queste sedute con i familiari si portavano tutte le situazioni fino in fondo, con una proiezione del percorso negli ACAT, che erano il corrispettivo dei nostri SERT per gli alcolisti. Addirittura c'era un prete che non poteva più dire messa, che voleva continuare a poterlo fare e voleva che si scrivesse ai suoi superiori che potesse bere quel po' di vino almeno per la messa. Invece da Udine hanno scritto al Papa per avere il consenso di poter dire la messa senza il vino. Cose che fanno sorridere, è vero, ma erano operatori proprio appassionati, che non si fermavano alle soluzioni più semplici.

Adesso le associazioni di familiari sono quasi sparite, però abbiamo avuto la soddisfazione, attraverso il GLP, di chiamare il Co.P.A.Sa.M., un'associazione di familiari in regione Lombardia. Avevamo ricevuto un premio che si chiama "Mai Soli" dall'assessore Gallera, come riconoscimento alle varie associazioni che si distinguevano – in tutti i campi, non solo in quello psichiatrico – nell'aiuto ai familiari dei pazienti. Ed era stato dato alla Co.P.A.Sa.M. perché con il GLP aveva fatto una notevole opera di destigmatizzazione non solo per il paziente psichico, ma anche per i suoi familiari.

Poi è importante il coinvolgimento di alcune famiglie perché sono disfunzionali in maniera classica. Io ricordo un esempio fatto da Moni Ovadia di una madre di una famiglia yiddish che aveva regalato al figlio maggiorenne che compiva gli anni due cravatte di seta costosissime. Il figlio era tornato a casa, tutto contento. Poi in occasione di una festa, per gratificare la madre, si era messo una delle cravatte per farle vedere che gli erano piaciute. Va dalla mamma, e lei invece di avere un analogico non verbale felice, è pensierosa. Allora il figlio le chiede cosa succede, al che lei chiede a sua volta: “ma non ti è piaciuta l’altra cravatta?”. Per cui all’interno di alcune famiglie sono sofferenti tutti, anche i genitori hanno avuto a loro volta, probabilmente, delle famiglie d’origine disfunzionali. Per questo è importantissimo il coinvolgimento della famiglia.

Francesco Comelli: Molte comunità impongono la collaborazione con la famiglia, anche giustamente. È un obiettivo di tutte le linee guida e tutti ne parlano come un obiettivo fondamentale. Il problema è come arrivare a questa collaborazione. Alcune comunità la impongono come una condizione *sine qua non*; tengono il paziente a condizione che la famiglia collabori e vada agli incontri di gruppo. Altre invece provano a fare il possibile, per esempio una fase di conoscenza iniziale del nucleo familiare oppure di una persona particolarmente patologica della famiglia. Ma è sempre meglio conoscere l’intero nucleo familiare. Poi la strada potrebbe essere o quella di seguire la singola famiglia da parte di un terapeuta, oppure quella di partecipare a un gruppo multifamiliare. Dipende dalla filosofia della comunità, perché le linee guida sono abbastanza univoche nel favorire l’ingresso e il trattamento della famiglia. Alcune comunità lavorano più sul gruppo multifamiliare, altre lavorano più con la singola famiglia. Noi facciamo un lavoro di preparazione dei pazienti all’uscita dalla comunità, però ci sono delle comunità che non lavorano né con le famiglie, né con l’idea di cosa c’è fuori dalla comunità. È un modello rispettabile anche questo, però ci sono delle altre comunità che io ritengo più opportune, in cui si lavora o sul gruppo multifamiliare o sulla singola famiglia, o in cui c’è un lavoro finalizzato alle uscite. Questo vale sia per le comunità, sia per i Centri Diurni, ma anche per le cure ambulatoriali; per tutte le istituzioni. Non si può fare a meno della famiglia.

Simone Vender: Il primo problema è quello di non farsi denunciare dalle famiglie dei pazienti. La collaborazione con le famiglie viene fatta soprattutto per quanto riguarda i pazienti gravi, quelli che, in fondo, disturbano di più anche la famiglia. Perché quello che effettivamente è difficile capire, a mio parere, è la fatica che i familiari fanno a convivere con persone disturbate: pazienti di tipo schizofrenico o affetti da altre forme di psicosi che effettivamente, essendo patologie che mettono in questione il tipo di realtà dei rapporti normali, creano uno stato di angoscia. Però bisogna contemporaneamente capire anche l’affetto che i genitori hanno nei

confronti di questi pazienti. Se vengono a lamentarsi molto e non lo vogliono più tenere in casa si tratta di situazioni limite, ma sono molte di più le situazioni in cui le lamentele servono a scaricare un po' di tensione che si viene ad accumulare per sentirsi più appoggiati e sollevati, per poter comunicare e trasferire la tensione su qualcun altro senza che questo possa intervenire in maniera troppo giudicante sui comportamenti da mettere in atto. Di solito, nella mia esperienza, ho visto che le famiglie non seguono più di tanto i consigli sul comportamento da mettere in atto. Poi qualche suggerimento possono prenderlo, ma quello che funziona di più è il sentirsi compresi ed appoggiati, e questo diventa assolutamente indispensabile.

C'è un altro problema nel rapporto con i familiari che è un problema grosso, almeno qui a Pavia, ovvero la faccenda della privacy; non dover dire cose del paziente se il paziente non dà il consenso, per cui ad un certo punto gli operatori spostano il paziente contro i familiari tendendo a negare la possibilità di parlare a tu per tu con i familiari senza la presenza del paziente o non dando alla famiglia informazioni sul paziente. Questo secondo me è abbastanza grave, ma tanti colleghi, purtroppo, si comportano in questo modo. Si fa in modo di non comunicare nulla ai genitori di quello che dice il paziente nel colloquio, e questo non va bene perché qualche segretezza è accettabile, ma oltre un certo limite non va bene. Questa è una cosa che è diventata un po' diffusa, che l'operatore diventi il difensore o il depositario della conoscenza del paziente contro i familiari o contro qualsiasi agenzia sociale. Questo non va bene, perché ci dev'essere una certa libertà del curante anche di comunicare quello che vuole alla famiglia, senza dire al paziente tutto ciò che fa. Ci sono alcune comunicazioni che vengono fatte ai familiari dopo l'autorizzazione del paziente. Ci sono dei moduli sulla privacy, un po' una scemenza; l'operatore fa firmare una carta, ma poi fa quello che vuole, perché altrimenti diventa schiavo del paziente. Cioè se c'è, ad esempio, una situazione grave, o di minacce o di allarme, i familiari devono saperlo anche senza che il paziente firmi un modulo. Perché non sempre si può sapere se il paziente utilizza il terapeuta per comunicare con i familiari, cioè se dica una cosa al medico affinché la famiglia intenda. Questo può anche succedere, e se invece uno blocca la comunicazione non va bene. È un po' complicato, però è vita quotidiana di esperienza, grazie alla quale si impara. Questa riservatezza con i pazienti meno gravi è anche sensato tenerla nei confronti dei familiari, come con le persone normali: se uno ti confida un segreto non devi andare a dirlo, va mantenuta una certa dimensione di privacy, però in alcuni casi, soprattutto gravi, va detto. È come se, ad esempio, un chirurgo che deve operare un tumore grave non avvisasse l'anestesista o l'operatore che gli dà i ferri, o anche i familiari, di che cos'ha quel paziente, è un po' la stessa cosa. Al di là dell'autorizzazione o meno, qualche volta se il paziente non autorizza, ma ha un esame di realtà alterato, non importa la firma. È come un bambino; non

è che un bambino deve autorizzare, anzi alcune volte i pazienti psichiatrici sono come dei bambini che hanno bisogno di tutela. È un problema troppo importante per essere privatizzato, e viene privatizzata questa cosa anche nel pubblico. "il paziente è mio e guai a chi me lo tocca, io non posso dire nulla se lui non mi autorizza". Io sono un po' paternalista. Anche se il paziente non presenta un esame di realtà coerente è tenuto a firmare un modulo per la privacy, ma si fa finta di niente per i pazienti più gravi, anche gli operatori più esperti lo fanno. Ci sono invece alcuni che di fronte a situazioni più complesse invocano la segretezza professionale che mi sembra un po' come una bandierina. Non aiuta né il paziente, né i familiari. Potrebbe pure essere un modo per mantenere una forma di controllo e di potere sul paziente, ma anche sui familiari. Poi bisogna capire quanto dramma un familiare è disposto ad accogliere, soprattutto quando ci sono emozioni disturbanti. Bisogna sapersi adattare.

Anna Barracco: Sono i pazienti e le loro famiglie a detenere il sapere sul proprio disagio, non siamo noi. Loro sono i principali specialisti di questo. Entrare in questa logica è una rivoluzione copernicana che è facile da dire e difficile da fare, però se riusciamo veramente ad entrare nella logica dell'ascoltare, l'ascolto produce effetti straordinari se è paziente, senza fretta; se riusciamo a capire che non siamo noi a dover dare o ad avere una risposta. Alcuni dei sette principi dell'*Open Dialogue* sono:

1. Una risposta immediata. L'operatore risponde entro 48 ore. L'idea è quella di rispondere subito, di esserci. Una persona dice che cos'ha e tu gli dici "ok, sei nel posto giusto". Risposta immediata significa anche accoglienza immediata. Nella maggior parte dei nostri servizi, in Italia, gli operatori sono abituati a diventare delle specie di vigili urbani bravissimi a dirottare la domanda, per cui la gente telefona e loro dicono di andare da un'altra parte. All'opposto, nell'*Open Dialogue* qualunque domanda viene accolta e l'operatore che risponde alla domanda è responsabile di costruire il primo incontro dialogico al quale può invitare gli specialisti che riguardano quel tipo di domanda. Se io sono un servizio di salute mentale e mi telefona una persona che ha un compagno alcolista, ad esempio, posso invitare il collega del servizio relativo;

2. Responsabilità;

3. Costruzione della rete sociale. Si chiede al soggetto chi possiamo invitare al primo incontro, chi pensa sia importante che venga. Di solito la persona telefona alla madre e si chiede anche a lei chi potrebbe venire, magari il marito, il vicino di casa, il macellaio, il prete o lo psicoterapeuta privato che fino a quel momento ha seguito il caso. La costruzione del primo incontro già fotografa un certo approccio, che è quello di coinvolgere la rete sociale costruita da chi fa la domanda.

Il primo incontro dura tanto quanto serve, quindi finisce solo nel momento in cui tutti i partecipanti concordano su una decisione. Insieme si decide se e quando rivedersi. Questo primo incontro generalmente viene fatto a casa delle persone che fanno domanda, quindi sono gli operatori che vanno verso la persona e non viceversa. Al nord d'Europa c'è quest'idea che si tolgono le scarpe prima di entrare a casa delle persone, quindi si tolgono le scarpe per mettere le ciabatte. Loro hanno l'abitudine di non portare le scarpe che vengono dall'esterno dentro casa: hanno la scarpiera fuori di casa, quindi si arriva, ci si toglie le scarpe, le si mette in questa scarpiera e ci si mette le ciabatte. Loro hanno costruito una sorta di metafora su questo: gli operatori si tolgono le scarpe per entrare, si siedono sul divano dell'altro, quindi sono in una posizione non di comfort. Entrano in un contesto in cui sono loro gli ospiti. Poi questa è una cosa che dipende, perché io come Consulente Tecnico d'Ufficio ho fatto diverse visite domiciliari. Spesso gli Assistenti Sociali che fanno le visite domiciliari non hanno per niente questo approccio, non si tolgono le scarpe e tendenzialmente sono molto giudicanti. Hanno uno sguardo di tipo diverso. Poi è chiaro che anche questo dipende da chi lo fa e da qual è la formazione e l'approccio di fondo.

Nell'*Open Dialogue* questa cosa di andare a casa dell'altro, di ascoltare, fa sì che la decisione sia co-costruita. Per cui si arriva al secondo incontro e tutti gli incontri sono sempre co-costruiti e gestiti dall'équipe. L'équipe è formata da tutte queste figure: il diretto interessato, i familiari, e così via. Gli altri sono principi di tipo più tecnico:

4. Polifonia. Ascoltare tutte le voci, dare spazio a tutte le voci;

5. Tolleranza dell'incertezza. Questo è fondamentale perché vuol dire che bisogna davvero tenere a bada la propria tendenza come operatore a dare risposte, a fare cose. Questo è forse il principio più complesso.

Ma quello che fa davvero la differenza in questi approcci è che uno magari si chiede "ma quanto costano questi interventi?". Bisogna andare a casa con almeno due operatori, gli incontri devono durare tanto quanto serve, devono essere tanti quanti ne servono, eccetera. In realtà, però, se c'è un investimento molto alto all'inizio, questi sono interventi che poi producono una tale risposta di *empowerment* e di valorizzazione delle risorse interne che sono molto meno costosi degli interventi che facciamo noi nel medio e nel lungo termine. Inoltre restituiscono alle persone la loro salute. Un intervento di questo genere, quindi, ha un impatto molto inferiore sulle casse dello stato. Nel medio termine siamo più o meno sullo stesso livello di spesa, ma nel lungo termine la spesa pubblica crolla se si dà voce e spazio ad un approccio di questo tipo.

Non siamo noi che dobbiamo chiedere alle famiglie di collaborare, ma sono loro che chiedono a noi di collaborare con loro. La cosa è completamente diversa, dobbiamo capovolgere il

paradigma. Noi siamo semplicemente dei collaboratori di un sistema familiare che ha un suo sapere importante, che ha delle sue reti e delle sue risorse. Noi dobbiamo semplicemente, con molta umiltà e con molta capacità, introdurci in questi contesti togliendoci le scarpe e sintonizzandoci con queste risorse, cercando di rimettere in moto una macchina che ha un suo modo di funzionare e un suo sapere, una sua competenza. Per me è stato bellissimo assistere alle supervisioni di questi casi. Per esempio a Trento c'è un'équipe che lavora magnificamente con questo sistema. Poi, se si pensa a un sistema che funzioni per il soggetto, dovrebbe essere banale arrivare a questa soluzione in realtà.

Attraverso la prossima domanda verrà approfondito il tema dei possibili rapporti con le scuole dell'obbligo e con le scuole superiori.

Simone Vender: All'interno delle scuole ci possono essere rapporti dal punto di vista dell'appoggio e del bisogno del singolo studente. La scuola cerca di fare fronte a ciò con degli insegnanti dedicati, oppure attraverso l'aiuto di consulenti. Un'altra cosa è, invece, l'utilità di fare conoscere agli studenti com'è la vita e quali sono i problemi per diminuire lo stigma. Noi a Varese abbiamo fatto tanti corsi, seminari e anche concorsi per gli studenti. Concorsi di poesia, filmati e cose varie con il tema del disagio psichico; gli adolescenti in effetti sono tutti un po' disagiati, si sentono un po' sfigati o un po' Superman, quindi fanno le gare, gli scontri, le battaglie. Allora è utile, secondo me, che vengano a conoscenza di che cosa possono aspettarsi dalla vita. L'utilità di questi incontri, soprattutto se ci sono presidi o insegnanti sensibili a questo tema, è molto importante per allargare la mente. Noi abbiamo fatto una ricerca molti anni fa sullo stigma e il pregiudizio nei confronti dei pazienti psichiatrici in cui dai risultati emergeva che le persone più giovani e/o che non avevano conosciuto o frequentato persone affette da sofferenza psichica erano quelle che avevano un pregiudizio maggiore nei confronti dei malati di mente rispetto ai più anziani. È anche ovvio che più uno è giovane, meno ha frequentato o ha avuto occasione di lavorare insieme o di avere pazienti psichiatrici. Nello studio si trattava di giovani fino ai 25 anni, ma anche oltre. L'indagine era stata fatta su studenti universitari a confronto con la popolazione. Ma è anche abbastanza evidente che, non avendo esperienza, sia così. Perché imparare, conoscere e poter insegnare psichiatria vuol dire, innanzitutto, eliminare i pregiudizi. Fin da piccoli si ha già in mente cos'è la pazzia, la follia, eccetera. E allora, se io spiego, devo fare in modo che i pregiudizi, quindi i pareri, siano lasciati un po' in disparte. Tanto più si conosce, tanto più ci si accorge di non conoscere. Cosa che è impossibile da far capire a una persona molto giovane come il bambino. Il bambino dice "io lo

sapevo già”, e quando lo dice vuol dire che non ammette di essere stato all’oscuro, di non conoscere. L’onniscienza è tipica di una persona che non sa niente. I pregiudizi non sono innati, però rispondono alle esigenze di terrore e alla paura dell’estraneo. Quella paura lì, che è quasi innata, che è comunque relazionale, sicuramente ha a che fare con la relazione, perché non si riferisce a tutti gli estranei. Come, ad esempio, la paura dell’estraneo verso i 7-8 mesi, quando il bambino piange solo con alcuni estranei, cioè ad un certo punto sceglie e prenderà la sua decisione per un motivo relazionale (per una smorfia o qualcos’altro). Però ad un certo punto c’è. Secondo me per rispondere a qualche cosa che è estraneo, il pregiudizio è la risposta che negli anni diventa l’elemento più sicuro. Il pregiudizio si basa sulla paura. Tanto più una persona viene a conoscenza dei folli, o lavora con uno che ha avuto una malattia, tanto meno ha pregiudizi, ovvero riesce a cogliere la persona. Gli adolescenti si sentono più aperti ma in realtà, su queste cose fondamentali, vengono presi dai pregiudizi perché non si può conoscere prima di fare esperienza. È anche naturale. Poi si può cambiare idea crescendo, per fortuna.

Francesco Comelli: Le strutture come i CPS sono molto in crisi perché c’è poco personale e non c’è un progetto nuovo; sono strutture vecchie in cui si danno solo i farmaci e le pensioni fondamentalmente. Nelle scuole va già meglio, anche se le scuole hanno molta paura dell’ingresso di pazienti. Le scuole sarebbero una bella area dove immaginare nuove collaborazioni fra istituzioni, e nei minori si fa abbastanza regolarmente perché sono tutti ragazzi della scuola dell’obbligo che vanno accompagnati, cioè ci vuole un’attenzione particolare. Non basta mettere in contatto con la scuola, ma occorre che l’insegnante di sostegno o un educatore della comunità vada nelle scuole. Occorre molta progettualità, niente di impossibile, però bisogna occuparsene, non basta che esista l’istituzione scuola esterna. Nei CPS a volte ci sono buone conduzioni. Il nostro modello di lavoro a Basti-Menti secondo me, per esempio, è molto orientato a stare all’esterno delle istituzioni, senza rinunciarvi. Perché sennò vuole dire che uno va al CPS, ascolta cinque minuti uno psichiatra, lo rimbambiscono di farmaci, gli dicono “arrivederci” e “ha fatto il bravo, andiamo avanti così”. Oppure, se un paziente ha bisogno del ricovero, arrivano lo psichiatra e la polizia ed è più o meno la stessa cosa. Fanno quello che possono, poveretti. Però potrebbero fare qualcosa di culturale; potrebbero fare gruppi, attività, mille cose.

Isidoro Cioffi: Tramite il Gruppo di Lavoro Provinciale ed i servizi pubblici abbiamo fatto vari incontri all’interno delle scuole superiori dai quali abbiamo avuto dei riscontri positivi, devo essere sincero. I ragazzi non li vedo disinteressati o non attenti. Oltretutto, sono stati fatti con il GLP dei concorsi. A parte che abbiamo fatto un concorso per il logo del Gruppo di Lavoro Provinciale a cui hanno partecipato tantissime persone, compreso un professore di architettura

di Parigi, ma anche tante scuole. Ha vinto, poi, una publicista grafica. Abbiamo fatto anche dei concorsi letterari alle scuole superiori, durante i quali i ragazzi partecipavano con degli scritti che avessero per tema il disagio. È stata una possibilità per sensibilizzarli sul tema della fragilità senza fare una lezione troppo magistrale, professorale. Molto spesso nelle scuole mostriamo i filmati perché alleggeriscono la situazione. Poi abbiamo fatto un festival chiamato “Sapere Educativo” l’anno prima del COVID, con l’università dell’Insubria e gli studenti della facoltà di Scienze dell’Educazione e della Formazione in collaborazione con il comune di Varese e con l’ATS (l’Agenzia per la Tutela della Salute). A questo evento hanno partecipato gli studenti, il sindaco di Varese, il direttore generale dell’ATS, il delegato del capo dipartimento dell’Università dell’Insubria e la professoressa che si occupa di questa scuola. All’interno del palazzo antico del Comune è stato organizzato un mini convegno. E nel giardino, ma anche all’interno della sala estense, i ragazzi si sono divisi in vari gruppetti che hanno fatto dei flash mob coinvolgendo anche il servizio dipendenze venuto con un camioncino, che aveva portato degli occhiali speciali che simulavano la realtà in stato di ebbrezza. L’evento era strapieno, è stato molto bello. C’erano varie esposizioni di servizi psichiatrici della provincia. È stata una cosa molto bella e molto inclusiva, con tantissimi di questi futuri educatori, ma anche con moltissime persone perché è stato aperto al pubblico. A Cittiglio, invece, abbiamo donato una tela gigantesca all’ospedale e io avevo invitato Attilio Fontana, il presidente della regione Lombardia, che era venuto. Col sindaco di Besozzo, un comune in provincia di Varese, abbiamo fatto un evento in teatro a causa del quale ho perso molte amicizie. Ho invitato Alba Parietti e abbiamo cenato assieme prima che lei iniziasse. Era la prima volta che mi capitava che arrivasse prima lei di me al ristorante dove dovevamo incontrarci, mi aveva stupito. Poi lei ha avuto, si sa, sia la madre, sia lo zio con gravi problemi psichici. E in quell’occasione ho perso molti amici perché il teatro, che aveva forse più di trecento posti, era strapieno e non avevano potuto far entrare molte persone. Infatti alcuni miei amici mi mandavano dei messaggi, ma io non potevo farci niente. Lo spettacolo era stato molto bello e lei era stata bravissima, poi il suo lavoro è quello di intrattenere, e lei era stata molto umana e naturale. È stata una bellissima esperienza con tutte queste persone, anche grazie al vicesindaco di Besozzo, che poi è stato assessore in regione. Ultimamente mi avevano chiesto dalla regione, anche se credo che poi non abbiano più fatto niente, se potessi partecipare ad un’esposizione. Siccome Palazzo Reale a Monza era stato dato in gestione e non era stato ottenuto un buon risultato, volevano esporre nel museo le opere d’arte dei pazienti psichiatrici. Le cose non sono andate in porto, però è venuto l’assessore della regione apposta per chiedermi di aiutare per questo progetto. Per i sofferenti psichici vedere le loro opere nei vari musei – Palazzo Reale, Torino Lingotto, musei

di Verona – è stata una bella soddisfazione. In un’occasione sono venuti dall’esterno dei galleristi e dei politici per fare arteterapia insieme ai sofferenti psichici e vari infermieri e psichiatri. Abbiamo dipinto insieme, ed è stata una bella inclusione. Erano venuti anche la moglie di un gallerista, un’insegnante dell’accademia di Brera, e un politico. Anche gli studenti del politecnico erano venuti al centro sperimentale sulla creatività per una giornata nel laboratorio di arteterapia con i pazienti. Hanno condiviso anche un pranzo assieme, poi hanno dipinto un corale. Era un seminario aperto non solo agli studenti del politecnico, ma anche a studenti che venivano dalla Germania o dalla Svizzera (non erano tantissimi, saranno stati sette o otto).

Anna Barracco: Questa è un’ottima domanda, perché è proprio quella la questione: dialogare, continuamente dialogare. Oggi in una delle tante chat di Basti-Menti arrivava un messaggio da parte di Franz (Francesco Comelli) che diceva che in uno dei suoi gruppi terapeutici un familiare ha detto: “Chissà cosa penserebbero di me che sto facendo questa esperienza mio padre, mia madre o mia figlia se fossero presenti a questi gruppi?”. Quindi immediatamente ho pensato alle mie figlie, che ho immaginato potessero benissimo esserci. Io parlo moltissimo con loro di queste cose, e infatti un po’ mi prendono in giro, ma un po’ sono anche presenti. Comunque con loro c’è poca distanza da questo mio desiderio, che è anche un mio desiderio come cittadina. Invece per mio padre e mia madre mi è venuto proprio da ridere perché ho immaginato una distanza siderale da loro all’interno di questa realtà, perché io ho dovuto fare un viaggio per sganciarmi anche dall’identificazione che l’esperienza della mia famiglia mi aveva portata ad assumere come malata psichiatrica. Io ho rischiato questa carriera. Sono stata ricoverata quando ero giovane; ho avuto tre ricoveri in psichiatria a distanza di otto anni, ma ho fatto dei buoni incontri e mi sono sviluppata in un altro modo, pur non avendo incontrato Jaakko Seikkula e l’*Open Dialogue*. Però, in un altro modo, per quanto faticosamente, ho fatto un altro percorso. Ma perché dico questa cosa? Perché io penso che non è tanto e non è solo il dialogo formale che si può costruire con le scuole. Perché se noi pensiamo di andare ad insegnare a qualcuno, andiamo nelle scuole ad insegnare, ma cosa insegniamo? Andiamo nelle scuole ad ascoltare, a co-costruire e a fare delle cose insieme. Questa è la cosa fondamentale. Quindi ognuno di noi come cittadino dovrebbe trasfondere il suo desiderio, il suo sapere. Io per esempio con le mie figlie mi sono accorta, a partire da questa domanda, che ho sempre fatto questo. Le ho sempre coinvolte profondamente all’interno del mio desiderio, anche fino al punto che loro, mio grande successo pedagogico come madre, hanno fatto tutt’altro; nessuna di loro ha fatto psicologia, ma ciò non toglie che qualcosa di questo desiderio incarnato sia passato molto fortemente. Poi loro hanno fatto la loro strada e questo va benissimo.

La cosa interessante che si dimostra negli studi catamnestici dell'*Open Dialogue* è che, a distanza di vent'anni, queste persone che sono state fortemente aiutate non ricordano quasi niente degli operatori e del percorso fatto. Loro ricordano di essersi tirati fuori con le loro forze, di essere stati in difficoltà e di essersi ripresi grazie ad una serie di risorse loro. Questo significa uscire da una logica di possesso delle persone e delle risorse. Quindi anche questo andare nelle scuole, nelle istituzioni. Non ne posso più di questa illusione, delle campagne per la salute mentale, delle spillette con su scritto "da vicino nessuno è normale" o "siamo tutti un po' matti". Basta. Non ci voglio andare in questi posti dove l'assessore dice "ho il piacere di essere qui, quanto siete belli, quanto siete bravi, viva la salute mentale" e poi c'è lo psichiatra di turno che parla. Basta. Non sono interessata. Sono interessata alle cose in cui, ad esempio, facciamo un gruppo di teatro in cui, se si riesce, si include, che ne so, il giovane tirocinante che vuole fare l'educatore nella scuola materna, lo psicotico, la casalinga che ha voglia di fare un'esperienza di teatro. Questo. Costruire delle reti, degli intrecci. Non è la propria militanza come cittadino ad essere in primo piano. Noi dobbiamo diventare dei soggetti. Siamo tutt'uno con la nostra dimensione politica, professionale e sociale. Perché altrimenti sono tutte chiacchiere. Diventa anche pesante andare a lavorare e in più fare conferenze. Diventa noioso per me, ma anche per gli studenti. Le persone sono alla ricerca di esperienze, di cose che possano davvero coinvolgere. Quindi anche questo è tutto da reinventare.

Infine, abbiamo chiesto ai partecipanti la loro opinione sul confronto e sulla collaborazione con i partiti e con la politica.

Isidoro Cioffi: La collaborazione con la politica è fondamentale e c'è sempre stata. Come primario mi trovavo a palazzo Lombardia – prima a palazzo Pirelli – con tutti i primari e i politici della regione per scambiarsi opinioni. Per esempio quando abbiamo chiuso il centro sperimentale per la creatività, l'abbiamo chiuso perché aprivamo il Centro Diurno. Io ero andato in regione dove c'era la dottoressa Pisapia come funzionaria che mi aveva chiesto perché chiudessimo il centro sperimentale. A parte che all'inizio né i professionisti, né i pazienti volevano andarci. Poi quando abbiamo voluto chiudere tutti hanno deciso che volevano rimanere lì. Ma la stessa collaborazione per quanto riguarda l'ATS e l'ASL l'abbiamo avuta con il presidente della regione Lombardia, i partiti, gli amministratori locali e la provincia. Per cui c'è stato uno scambio continuo di impressioni e di idee.

Per la giornata "violenza sulle donne" con il GLP abbiamo organizzato insieme all'assessore del Comune di Varese e insieme a vari politici a sala Montanari, che è una sala del Comune di

Varese, una recita di un'attrice su questo tema. Avevamo fatto anche un flash mob con i pazienti nell'androne del nuovo ospedale di Varese con infermieri e pazienti: alcuni facevano la parte delle donne che subivano violenza, altri facevano la parte di quelli che le aiutavano, alcuni vestiti di rosso e altri di bianco. Insieme all'assessore del Comune di Varese avevamo organizzato questo evento per sensibilizzare chi veniva in ospedale sul problema dello stalking sulle donne. Noi abbiamo sempre trovato politici molto collaboranti, si tratta anche di un loro interesse.

Francesco Comelli: La politica e i partiti temono molto il campo psichiatrico, che è un campo scivoloso per loro. La politica di destra forse vorrebbe un po' emarginare questo tipo di area, mentre la politica di sinistra teoricamente vorrebbe includerli, ma poi di fatto anche quelli della sinistra fanno poco o niente. Hanno fatto poco, a parte Basaglia e compagnia ovviamente, ma si trattava di gente molto motivata. Però se parliamo della politica media c'è un disinteresse, ma più che altro un'incompetenza, ecco. Non c'è tanta competenza su queste cose qua, quindi è un rapporto lontano.

Simone Vender: Ma... Un casino, punto esclamativo. Ma sì, un casino! Per vari motivi, uno dei quali è che, soprattutto per gli amministratori, questo rapporto diventa indispensabile, però io credo che un tecnico debba raggiungere una credibilità sufficiente per non farsi manipolare. Poi dipende dall'esperienza che una persona ha, e anche da com'è fatta. Io non ho mai frequentato più di tanto, cercando, anzi, di riuscire ad imporre quelle che credevo fossero le necessità, pur comprendendo le motivazioni della politica. Ma in politica, come diceva Bion, i leader sono sempre i più pazzi del gruppo! Un altro punto esclamativo. Purtroppo è così, per cui diventa un po' un casino. Se uno ha un interesse, se vuole sviluppare un progetto, dipende dagli obiettivi che si pone. Però si deve rendere conto che è un ginepraio tra bugie, ipocrisie, cose varie. Perché l'uomo, essendo un animale sociale, purtroppo, se non fa l'eremita, si ritrova a stare insieme e organizzarsi nei gruppi. In qualsiasi gruppo c'è sempre un leader. Che il gruppo sia di grande, media, piccola dimensione non ha importanza, le dinamiche sono sempre quelle. Più intense o meno intense, ma qualitativamente sono sempre quelle.

Anna Barracco: Ma per carità di dio. Io ho fatto i movimenti giovanili e ho creduto tanto nella politica, ma adesso non ci credo più. La politica dei partiti e delle istituzioni per me è talmente lontana dalla vita delle persone. Io sono stata consigliere dell'ordine, cioè ci ho creduto tanto e ci credo, ho un approccio molto politico alle cose. Però io credo che la miglior politica, come diceva il mio maestro Lacan, è la politica dell'essere, non ci sono altre politiche. Quindi quando si va verso il proprio desiderio e non lo si tradisce, lì si fa politica. Io adesso, se mi sono impegnata per due ore per quest'intervista, è perché faccio politica. Chi me le paga queste due

ore? Che significato ha che io sia stata a parlare con una giovane studentessa del mio carissimo amico che mi ha formata e che è stato il mio maestro? Perché Pozzi è stato il mio maestro, quindi ci sono tutta una serie di fiumi carsici che vanno nella direzione della politica, per esempio la politica della formazione, della trasmissione. Oggi noi stiamo facendo qualcosa che ha a che fare con questo. Ciò che mi ha trasmesso il mio maestro è ciò che lui mi chiede adesso di aiutare a trasmettere e a condividere. Questa è politica, il resto sono balle.

Con questa domanda è stata conclusa la prima parte dell'intervista, una parte in cui abbiamo lasciato che le domande, poste in maniera generica, lasciassero parlare liberamente i partecipanti in base alle loro esperienze e in base al desiderio e agli interessi che portano con loro nella pratica della disciplina a cui si dedicano. Abbiamo visto diverse esperienze e diversi punti di vista, accomunati, però, dal desiderio di creare un percorso unico basato sui bisogni del paziente e del suo contesto familiare e sociale. Queste quattro esperienze sono state estremamente utili a comprendere come l'interesse per la particolarità del soggetto, in psichiatria e in psicologia, possa essere messo in pratica a partire dall'organizzazione dell'istituzione e dell'équipe, per poi passare dagli strumenti che si decide di utilizzare per il singolo caso e dalla rete sociale che viene messa in gioco nel percorso di cura. Per dimostrare che esistono varie strade per accogliere l'individuo all'interno dell'istituzione psichiatrica abbiamo esplorato anche esempi negativi, mentre gli esempi positivi sono sempre caratterizzati dalla particolarità del desiderio dell'operatore. Questo ci dimostra che non esiste un sapere, o Il Sapere per quanto riguarda il soggetto psicotico; non esiste L'Istituzione, Lo Psichiatra, Lo Psicologo o L'Operatore, tuttavia esiste un interesse che si può avere nei confronti della cura della malattia mentale. È l'interesse, il desiderio a fare la differenza. Non ci siamo proposti di dare una risposta quantitativa proprio perché è l'esperienza a essere fondamentale. La risposta, quindi, sta nell'intenzione. Esiste un'intenzione che l'operatore può mettere in gioco e che può accompagnare il soggetto nel suo percorso di individuazione, a condizione che non vi siano imposizioni. Il Sapere dogmatico non fa altro che disintegrare la particolarità della persona, mantenendola legata al piano immaginario dell'identificazione e dell'idealizzazione. E quindi, pare evidente che il percorso artistico e creativo riesca quasi sempre a essere la risposta, a patto che provenga dal desiderio di chi lo segue. Il ruolo della psichiatria e dalla psicologia, allora, diventa quello di accompagnare il soggetto nella ricerca del desiderio che lo rende unico e, al contempo, quello di ridurre lo stigma della malattia mentale in modo tale da poter aiutare il paziente nel processo di reinserimento all'interno della società.

L'esperienza terapeutica con Basaglia e Balduzzi

Ritornando all'origine della questione psichiatrica, Simone Vender e Isidoro Cioffi sono psichiatri in pensione che hanno iniziato la loro carriera nell'epoca in cui gli Ospedali Psichiatrici erano ancora una realtà in Italia. La loro esperienza, pertanto, comprende sia quello che succedeva all'interno dei manicomi prima dell'approvazione della legge 180, sia l'aver vissuto in prima persona le conseguenze dei modelli portati in Italia da Franco Basaglia e da Edoardo Balduzzi. In particolare, Cioffi e Vender hanno entrambi conosciuto di persona Balduzzi e lavorato al suo fianco. Non ci siamo fatti sfuggire l'occasione di cogliere il loro punto di vista unico sulla storia delle istituzioni psichiatriche prima, durante e dopo le proposte cliniche, sociali e organizzative di Basaglia e di Balduzzi.

“Qual era la differenza tra la proposta clinica, sociale e organizzativa di Basaglia e quella di Balduzzi?”

Simone Vender: C'è una differenza abissale tra i due. Mentre Basaglia è noto nel mondo, Balduzzi ha una fama molto locale. Anche se poi, di fatto, l'organizzazione attuale della Psichiatria è più simile a quella di Balduzzi che non a quella di Basaglia.

Basaglia ci ha messo del suo, probabilmente Balduzzi un po' meno, però erano modelli stranieri, non erano invenzioni di sana pianta. Basaglia, che conosceva l'inglese, ha avuto come riferimento le comunità inglesi. Il punto di partenza era quello dell'istituzione manicomiale, ovvero l'Ospedale Psichiatrico. L'organizzazione era basata sulla trasformazione dell'Ospedale Psichiatrico in attività comunitaria con i principi inglesi: comunità con assemblee, momenti di scambio, eccetera. Insomma, c'erano una serie di punti di riferimento abbastanza precisi che riguardavano e partivano, però, dall'Ospedale Psichiatrico (OP). Modificare, cambiare, trasformare, e poi, eventualmente, chiudere l'OP. Ma di fatto Basaglia (morto giovanissimo per un tumore), e anche i suoi collaboratori successivamente, non si sono mai allontanati dalla necessità di avere un'istituzione. Non sapevano cosa fare senza, e di fatto non c'era un'alternativa.

Balduzzi, invece, che conosceva il francese, ha preso come punto di riferimento la Francia. O, perlomeno, alcuni francesi che avevano, ad un certo punto, organizzato il settore. Che cos'era questa faccenda? È una cosa molto diversa rispetto al modello inglese, perché i francesi come Daumezon e Cochrane avevano pensato questo: che per modificare l'Ospedale Psichiatrico bisognasse collegarlo strettamente a un territorio. Cioè l'OP doveva riprodurre non più al suo

interno una divisione tra agitati, cronici, lavoratori, alcolisti e così via. Le etichette erano queste un tempo. Invece, i pazienti venivano mescolati, indipendentemente dalla diagnosi, in base alla zona di provenienza. Settore aveva questo significato: una parte dell'OP doveva essere in continuità con un'attività esterna ambulatoriale. E quindi un'équipe che curava i pazienti sia all'interno, sia all'esterno, in base alla provenienza. Praticamente, se vogliamo metterla giù così, c'era un gruppo di lavoro guidato da un primario che era feudatario di una determinata zona, di un pezzo di ospedale e di un pezzo di territorio. Quindi era una cosa molto diversa rispetto alla comunità psichiatrica in cui tutti i pazienti facevano attività insieme, ma non sulla base della provenienza dei parenti, della residenza ultima, eccetera.

A Varese, nel periodo in cui Balduzzi è stato direttore incaricato, aveva introdotto i settori. Ha fatto quattro anni come direttore incaricato, e poi ha perso il concorso perché ha combinato qualche casino. È andato, poi, a Venezia a San Servolo, dove lavorava con gli Assistenti Sociali, cioè aveva tutto un suo modo particolare per rompere la struttura. E poi è andato a Torino dove si è preso il territorio di una parte della città. Quindi ha sempre avuto quest'idea del settore. A Varese, che è stata la prima esperienza in Italia, c'era il settore di Varese, il settore del Verbano, il settore di Busto Arsizio, il settore di Saronno, Gallarate, eccetera. Ogni settore aveva un suo primario che comandava sia dentro che fuori il centro di igiene mentale. Chi lavorava nel Centro di Igiene Mentale faceva, poi, anche le visite domiciliari per i pazienti dimessi eventualmente da un OP. Qua siamo negli anni tra il 1965 e il 1967.

Poi, lentamente, questa ristrutturazione dell'Ospedale Psichiatrico con il territorio si è diffusa un po' in tutta la Lombardia, perché i primari dei vari OP hanno pensato di utilizzare questo modello. Mi ricordo che era stata fatta anche una conferenza, mi sembra nel '74, a Salice Terme, e lì è stato creato un manifesto, un incontro. Così la regione ha recepito questa modifica, per cui ad esempio alla clinica universitaria di Pavia dov'ero io, è stata affidata la clinica psichiatrica di una zona piccola, quella di Garlasco verso la Lomellina. Qui sono stati trasferiti sia i pazienti ricoverati in OP a Voghera, sia i pazienti nuovi. Questa organizzazione territoriale è stata ripresa nella legge di riforma sanitaria, nella 180. Il modello che ha preso piede sia nella sanità, sia in psichiatria, è stato quello territoriale, anche se poi gli ospedali, soprattutto in Lombardia, hanno sempre avuto un po' un loro dominio. Di fatto però il modello è un po' quello, se vogliamo: il ricovero nella fase acuta, il medico di base, i distretti, i consultori per il territorio e così via. Tutta questa serie di cose è nata dalle idee di allora riguardanti la psichiatria. L'idea del settore, ovvero del rapporto tra ospedale e territorio, è stata ripresa nell'organizzazione attuale. Pur non avendo avuto, Balduzzi, quella fama che ha avuto Basaglia, di fatto è stata sposata la sua idea. Secondo me lui non si è nemmeno accorto di questo. Erano tutti e due personaggi che, supportati

dalla loro ideologia, fundamentalmente volevano imporre il loro modello. Basaglia aveva un seguito e una fama enorme. Molti dei medici psichiatrici ospedalieri non erano, invece, tanto d'accordo e volevano fare in maniera diversa. Insomma, è stata una manovra molto organizzativo-politica. E poi di *mainstream*, di fama sui giornali. L'interesse di Balduzzi e di Basaglia era quello di ridare dignità, diritti e umanità alla persona, però poi c'era una questione di potere e di dominio culturale, quindi fundamentalmente l'interesse era lo stesso, però la Francia e l'Inghilterra non sono mai andate molto d'accordo. Chi ha sposato la cultura francese non vede tanto di buon occhio la cultura inglese e viceversa. Io ho lavorato e ho fatto la mia carriera universitaria con il cognato di Balduzzi, e loro hanno vissuto direttamente gli scontri e le battaglie con Basaglia. Sicuramente Balduzzi era un personaggio un po' viscerale, un po' passionale, un po' incazzoso e ha fatto anche qualche errore. Errore per sé stesso, perché perdere un concorso non va bene.

Isidoro Cioffi: Basaglia e Balduzzi erano amici, si conoscevano. Tutti e due innovatori. Basaglia era più politicizzato, lui era uno dei fondatori di Psichiatria Democratica, che adesso non c'è praticamente più, ma una volta si batteva in difesa soprattutto dei pazienti psichiatrici. Però Basaglia puntava a chiudere totalmente l'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico, mentre Balduzzi era più attendista. Balduzzi era stato in Francia, dove aveva visto la psichiatria di Settore, secondo la quale l'OP e la sua direzione andavano divisi in varie parti a seconda delle zone da cui arrivavano i pazienti. Di Settore nel senso che i pazienti, una volta usciti dall'OP, andavano nell'ambulatorio corrispondente alla loro zona. Basaglia era più estremista, cioè aveva una posizione abbastanza diversa. Sì, erano distanti, però alla fine l'obiettivo era unico. Con la legge del 1904 chi veniva in Ospedale Psichiatrico e ci rimaneva per più di un tot era considerato pericoloso per sé e per gli altri o di pubblico scandalo e veniva iscritto nel casellario giudiziario e viveva nell'OP. Poteva essere anche deresponsabilizzante, non certo bello perché non è vita.

Io ero amico di uno dei due figli di Balduzzi, anche lui psichiatra, per cui frequentavo la casa di Balduzzi, il quale ha sempre detto che lui e Basaglia non erano nemici nel senso che si odiavano o si querelavano o cose del genere; avevano semplicemente idee diverse. C'è da dire che la legge Basaglia non è stata scritta da Basaglia, ma da un parlamentare democristiano, ed è stata fatta soprattutto perché c'era in ballo un referendum dei radicali che puntava ad abolire la legge del 1904, per cui ci si sarebbe trovati senza alcuna legge. Così la legge 180, che in realtà era una legge quadro, è stata fatta frettolosamente, seguendo le indicazioni di Basaglia.

“Secondo voi, qual è l'eredità che Balduzzi ha lasciato a Varese?”

Simone Vender: Balduzzi aveva deciso di andare in pensione quando era molto giovane, perché allora si poteva. Avendo girato prima alcuni anni a Venezia, all'OP di San Servolo (dove però non credo abbia fatto moltissimo) e poi a Torino alcuni anni a San Salvario, ad un certo punto ha deciso di tornare a Varese da cui se n'era andato perché aveva perso il concorso e perché aveva alcune persone con cui non andava d'accordo. Una volta tornato a Varese ha fatto attività libero-professionale. Però, siccome era un'anima inquieta e non poteva fare a meno di interessarsi dell'ambito pubblico, anche se era fuori, ha fatto politica. È stato eletto in provincia di Varese come consigliere, e ha pensato di mettere insieme, com'era suo solito, familiari, associazioni, eccetera per fare un Gruppo di Lavoro Psichiatrico dove le varie membra sparse dei vari settori trovassero un momento di confronto. Perché nei vari settori ognuno prendeva decisioni per conto proprio, e siccome lui voleva ancora avere voce in capitolo, pur essendo in pensione, aveva creato il GLP. Non so quanto avesse fatto prima che arrivassi io nel '94. Sono arrivato a Varese perché mi era stata data una possibilità di insegnare psichiatria, e i colleghi che mi avevano preceduto volevano fare solo le lezioni universitarie. Non volevano svolgere anche l'attività clinica. Quando sono arrivato io il primario era anche il direttore sanitario; una volta andato in pensione aveva chiesto a De Martis, il mio capo, di avere qualcuno che facesse anche attività clinica. Io, come un cretino, ho detto di sì, e così mi sono trovato con tutta l'attività clinica da fare. Balduzzi aveva organizzato alcune attività, vari CPS e varie comunità sul territorio. Nel frattempo, però, c'era da chiudere l'Ospedale Psichiatrico, insomma era un casino. In più mi sono trovato il GLP. Sembrava di essere un po' una gabbia di matti molte volte. Qualche volta si veniva a sapere com'erano andate alcune iniziative, ma il GLP non aveva alcun potere istituzionale. Quando ne sono diventato responsabile abbiamo iniziato, anche con Pozzi, a tirare in ballo le scuole. Per tre o quattro anni abbiamo fatto dei concorsi riguardanti la psichiatria per alcune scuole della provincia di Varese con racconti, poesie e filmati contro lo stigma della malattia mentale, e il gruppo si era trovato abbastanza d'accordo. Ognuno faceva ciò che voleva nelle scuole, quindi ognuno nelle varie zone si organizzava come voleva e si arrivava alla premiazione del miglior elaborato con la partecipazione di insegnanti, presidi, Rotary e così via. Poi Balduzzi è morto, il GLP è andato avanti, ma lentamente ha iniziato a partecipare esclusivamente Varese perché altre parti come Busto Arsizio e Gallarate hanno smesso di venire agli incontri. Quindi adesso il GLP fa ancora iniziative che appoggiano la salute mentale, ma la partecipazione si è ristretta. Partecipa esclusivamente la parte nord della provincia; la parte sud non ne vuole sapere perché i primari hanno una formazione diversa rispetto a quella che c'era prima. Ormai sono andati via quelli dell'epoca di Balduzzi, per cui

la dimensione sociale è diventata meno importante di quella clinica. La provincia di Varese è un po' strana, nel senso che la parte nord è Varese, mentre la parte sud tende verso Milano, quindi ha un approccio psichiatrico diverso. Anche i primari vengono da Milano, come sempre; solo che un tempo avevano un'impostazione di tipo psicosociale, mentre adesso è diventata clinica in senso stretto, credo. Io non li ho mai visti, né mai li ho conosciuti. Cosa direbbe Balduzzi della situazione attuale del GLP non lo so; forse sarebbe un po' deluso per questa restrizione visto che lui aveva una sua idea sulla gestione del territorio provinciale, ma è andata così.

Isidoro Cioffi: Secondo me Balduzzi sarebbe felicissimo del GLP, non perché lo coordino io; sarebbe felicissimo anche di altri coordinamenti. Questo perché continua il rapporto di sinergia con le associazioni di familiari, con gli enti e con le scuole. Chiaramente è cambiato il campo d'intervento perché le associazioni sono meno presenti e hanno meno esigenze, mentre sono più presenti le scuole e i genitori degli adolescenti. Le problematiche più urgenti, adesso, riguardano molto di più gli adolescenti. Nel senso che per gli adulti ci sono molte possibilità di essere aiutati con le comunità, con i CPS, eccetera; inoltre è stato aumentato il numero di professionisti. Invece per gli adolescenti si stanno creando solo adesso delle ipotesi di aiuto. Il fatto che sul territorio ci sia questa collaborazione con le scuole e che queste sinergie continuino anche dopo il periodo del COVID, secondo me renderebbe Balduzzi contento. Lui è stato l'iniziatore; naturalmente la realtà è un po' cambiata, ma si adatterebbe. Sarebbe comunque felice che questa destigmatizzazione del paziente venga portata avanti.

“Qual è, invece, l'eredità che ci ha lasciato Basaglia?”

Simone Vender: Sicuramente l'esperienza di Basaglia, così come la intendeva lui, anche a Gorizia, in Friuli-Venezia Giulia, è praticamente chiusa. Non c'è più in Emilia Romagna, ma nemmeno in Lombardia, la quale ha sposato il settore fin dall'inizio. Questa è una cosa che sicuramente a lui non sarebbe andata bene. Ad esempio, io ho fatto la tesi a Gorizia e mentre ero là ad un certo punto mi sono detto: “Qui non imparo psichiatria, voglio capirci qualcosa”. Era tutto organizzazione, mentre i ragionamenti di psicoterapia erano abbastanza scarsi. Cosa che non si riflette in Basaglia, però lui ad un certo punto si interessò solo ed esclusivamente degli aspetti istituzionali, organizzativi e politici, lasciando soprattutto l'idea della dimensione sociale del trattamento. Per cui era inevitabile che senza una risposta anche clinica, poi, lentamente, l'esperienza sarebbe terminata negli anni. Non c'è stato un rinnovamento culturale nel senso clinico. Io mi sono formato poi a Pavia, con un approccio di tipo psicoterapico, una

dimensione di psichiatria dinamica: un rinnovamento della clinica, del modo di vedere il paziente e la relazione con lui. Questa è una cosa che sicuramente a Gorizia non avrei potuto imparare, anche se non avevo ancora terminato l'università. Gli psicologi lì erano visti come fumo negli occhi perché andavano a chiedere ai pazienti i loro sogni. Allora lì c'era un'estrema diffidenza per gli psicologi, tranne quelli che si erano subito incardinati nel sistema. La dimensione psicologica e il rapporto personale tra terapeuta e paziente erano visti come fumo negli occhi perché tutto doveva essere invece molto controllato dall'alto e fatto in comunità. La dimensione comunitaria era quella che aveva la prevalenza. Quindi adesso Basaglia troverebbe tutto stravolto, anche perché i tempi sono cambiati. Io credo siano cambiati tantissimo in meglio, e non so neanche come si faccia con così pochi posti per i pazienti cronici in comunità in Italia – sia privati, sia convenzionati, sia pubblici – rispetto alle altre nazioni. In Italia sono un decimo di quelli che ci sono in Inghilterra, Germania e Francia. Degli Stati Uniti poi non ne parliamo. In Italia siamo buoni e tolleranti. Molto più tolleranti degli altri paesi. Anche solo in Svizzera, molti miei specializzandi sono andati lì a lavorare e gli ospedali hanno un numero di posti letto smisurato rispetto all'Italia, e c'è ancora l'Ospedale Psichiatrico. In Italia c'erano duecentocinquanta mila ricoverati all'OP quando c'erano quaranta milioni di abitanti e non c'erano migranti. Adesso i posti in comunità saranno sessanta o ottanta mila, poi non ho più contato e non mi sono più interessato. Quindi tutto ricade sul territorio, sulle famiglie. Io mi ricordo i primi anni, anche per me, ricoverare un paziente dal punto di vista medico rappresentava un fallimento del mio trattamento. Non si può lavorare così, non va bene. Come dire, un medico a cui muore un paziente non può vederlo come un fallimento: i pazienti possono morire. Quindi il modello così spinto di Basaglia non era perfetto. Lui era partito dall'idea di mettere tra parentesi la malattia mentale in modo tale da modificare il modo di trattare lo stigma e le complicità dovute all'istituzionalizzazione. Non si era nemmeno impegnato a dare una risposta sulla malattia mentale, non gli interessava. La faccio un po' grossolana, però era così. Basaglia lo scrive: "metto tra parentesi la malattia mentale, mi importa la dimensione sociale". E la comunità è finalizzata ad accettare e ad accogliere: è organizzata in modo da accogliere un po' tutti. Però poi gli è venuto in mente di chiudere gli OP e non ha mai detto in maniera precisa come sostituirli. La soluzione è venuta dopo, organizzata dalle regioni e dai lombardi prendendo ispirazione dalla visione di Balduzzi, che in realtà si era ispirato al modello francese. Funziona così: se uno abita in un posto, è costretto ad andare dallo psichiatra di quel posto. A me questo non piaceva, perché se uno non si trova bene con il primario della sua provincia, perché dev'essere costretto ad andare da lui? Invece in psichiatria c'è l'obbligo di cura presso lo psichiatra del proprio territorio. Perché il timore è che poi i pazienti si accumulino, che siano

cronici e che occupino i posti, quindi c'è tutta questa procedura. Esistono una serie di contraddizioni abbastanza evidenti.

Isidoro Cioffi: L'eredità che ha lasciato Basaglia è soprattutto la legge 180 per la deistituzionalizzazione e la destigmatizzazione dei sofferenti psichici. Che poi lui non negava che potessero essere dei pazienti pericolosi. A parte che la percentuale di pazienti che delinquono è solo leggermente superiore nella popolazione dei pazienti psichiatrici rispetto a quella dei soggetti "normali". L'importante è un trattamento non simmetrico – perché non è che il paziente possa essere sullo stesso piano del terapeuta, del medico, dello psichiatra e dello psicologo – però umano. Umano non nel senso caritatevole del termine, ma nel senso empatico e nel senso di costruire assieme un equilibrio sia per il paziente, sia per la sua famiglia. Penso che di migliorie se ne possano sempre fare, però i primi passi sono stati fatti. Primi, secondi e terzi passi sono stati fatti dappertutto, poi qualsiasi buon intellettuale e qualsiasi persona attenta alle problematiche dei fragili stimolerebbe a farne sempre di più. Perché quello dell'inclusione sociale dei sofferenti psichici e della loro famiglia è un lavoro continuo. Non è che adesso c'è inclusione e basta, voltiamo pagina e ci sarà per sempre. Ma questo in Lombardia, in Friuli, in qualsiasi regione. È un lavoro continuo. Ma io ci credo. Io rifarei psichiatria perché ci credo. Io ho operato in un periodo fortunato perché per i pazienti e i loro familiari non c'era quasi niente e noi abbiamo avuto la fortuna – chiamiamola fortuna, anche se non è bello veder soffrire i pazienti e le loro famiglie – di creare tante cose che potessero aiutarli. Ma anche in termini non ortodossi, con i farmaci, con tante altre iniziative e con le comunità. All'inizio avevo rischiato di essere lasciato da quella che allora era la mia fidanzata perché facevamo le cene di lavoro fuori orario o il servizio la sera per discutere cosa fare e così via. Però per me è stato bellissimo, ho bellissimi ricordi, e poi si può andare ancora avanti. Ad esempio, bisogna migliorare l'assistenza domiciliare, nella quale credo molto, come tanti miei colleghi. Il problema è che oggi c'è poco personale sanitario, ma questo in tutti i campi.

L'esperienza di Basti-Menti

In questo breve capitolo riportiamo una parte di intervista pensata appositamente per il dottor Comelli e la dottoressa Barracco, i quali fanno parte del gruppo Basti-Menti, il primo come fondatore, la seconda come partecipante. L'esperienza di Basti-Menti è stata creata ispirandosi agli studi bioniani sul funzionamento dei gruppi, ma lasciamo che siano le parole degli intervistati a spiegare meglio l'origine del gruppo e ciò di cui esso si occupa.

Francesco Comelli: In due parole, Basti-Menti è fondamentalmente una dimensione che produce una gruppaltà allargata di base, cioè la possibilità di avere un'esperienza emotiva correttiva – per alcune persone che non hanno avuto quest'esperienza emotiva – su una gruppaltà familiare primaria, su un'appartenenza a un qualcosa di familiare che per molti o è stata rotta, o non è stata resa possibile, oppure è parziale, oppure è stata molto malata. Ecco che questa forma di esperienza emotiva correttiva su questa emozione primaria del gruppo familiare sembrerebbe importante tanto quanto il rapporto tra madre e bambino. Questo è quello che mi verrebbe da dire che abbiamo imparato, perché è un modello di gruppo che contiene pazienti, operatori, genitori, operatori culturali e cittadini, toccando dei temi importanti per tutti, non solo come cura per il paziente; sono una cura per l'ambiente del paziente. Questo in due parole. Bion è l'ispiratore, ma secondo me la conduzione del gruppo è post-bioniana, nel senso che Bion immaginava gruppi solo di pazienti. Però io trovo che il suo primo lavoro fosse orientato sui gruppi più allargati, quindi è un'eredità di questo pensatore, trasformata e rimodificata.

Non è sempre semplice aderire alle attività di gruppo perché significa mettersi in gioco. Però è un tentativo di aprire verso le gruppaltà naturali della città, quindi l'adesione è buona a patto di poter essere aperti come gruppo di lavoro verso i tanti orientamenti terapeutici. Infatti abbiamo persone di diverso orientamento all'interno di questi gruppi, non solo bioniani per esempio. Questo per noi colleghi è importante.

Anna Barracco: Cosa direbbe Bion di Basti-Menti non so, è un po' come quel familiare che si chiedeva cosa avrebbero detto i suoi genitori se fossero stati presenti in quel gruppo. Non lo so, io di Bion non so niente, l'avevo studiato ai tempi dell'università e, quasi allo stesso livello di Lacan, l'avevo considerato una specie di pazzo che diceva cose incomprensibili e del tutto fuori dalla mia esperienza e dalla mia capacità di relazionarmi nella mia vita quotidiana. Quindi per me erano due pazzi. Dopo di che, sia per Lacan, sia per Bion è stata solo una certa pratica con lacaniani e bioniani che mi ha portata a capire qualcosa. Proprio nella pratica sulla mia pelle, nel valore di queste loro speculazioni, osservazioni o dimensioni di sapere. Quindi io so

pochissimo di Bion, è stata solo l'esperienza con Basti-Menti che mi ha portata a comprenderne la ricchezza. Io credo che Bion si riconoscebbe come si riconoscerebbe in ogni tentativo di mettere in pratica i suoi principi, come anche Lacan si riconoscerebbe in ogni tentativo di mettere in pratica i suoi principi. Ma anche Gesù Cristo, lui è il mio più grande maestro nell'ambito psicologico. Per me il Vangelo è uno dei più grandi trattati di psicologia che siano mai stati scritti. Quindi io credo che laddove qualcuno tenti di rendere vivo, di mettere in pratica un principio etico o di verità, questi maestri si riconoscano. Nel Vangelo c'è scritto: "Laddove due o tre persone si raduneranno in nome mio, io sarò lì con loro". In questo senso posso dire che Bion e Lacan, secondo me, si riconoscerebbero. Perché in fondo è un principio donativo, se si pensa che il più grande comandamento è: "Vi lascio un comandamento che è quello di amarvi tra voi", cioè è un dispositivo donativo dove la persona si decentra dalla sua condizione per dare spazio all'altro, che poi è il principio genitoriale nella sua essenza. È un principio di decentramento profondo – cioè io do la vita non perché la voglio possedere, come nella storia delle due madri di Salomone in cui c'è questa dimensione dove prevale il principio donativo per cui la madre che viene riconosciuta è quella che preferisce che il bambino viva anche se non sarà affidato a lei – che attraversa tutti gli approcci terapeutici.

Invece rispetto a che cosa è Basti-Menti, il gruppo progetti è cambiato molto da quando io ho iniziato a frequentarlo ad oggi. Diciamo che il principio di fondo che è rimasto sempre, secondo me, è il fatto che ciò che è più interno è più esterno, come il nastro di Moebius che è quella specie di fascia rovesciata, una specie di 8 dove se segui con il dito la superficie vai dal dentro al fuori e dal fuori al dentro. Questa è una visione che fa parte dell'essenza del gruppo progetti, perché è un porto di mare, cioè un posto dove vengono accolte anche le persone esterne, e però è anche luogo più interno, perché si progetta nel senso che si sogna. Si progetta e si proietta. Quindi è un luogo dove è dato libero spazio all'espressione, e nello stesso tempo è anche luogo di progettazione dove nascono e vengono sanciti nuovi progetti. Nascono nuovi gruppi, nuove attività. Quindi è una realtà estremamente complessa, perché impiega un'enorme accettazione dell'incertezza, perché in questo gruppo nessuno dice "stai zitto, parli tu, parla l'altro", non c'è il vigile urbano. Si è aperti a quello che può accadere. A volte si parla di cose molto interne, si accoglie qualcuno che ha bisogno di uno sfogo, mentre altre volte si scherza o si parla di progetti, altre volte ancora si è molto più sull'esterno. E queste due dimensioni così complesse dell'interno e dell'esterno vengono tenute insieme, ma non necessariamente annodate. A volte vengono tenute insieme quando si sente tensione, difficoltà. Ci sono persone che sono lì per la prima o la seconda volta, che vengono lì due o tre volte e poi spariscono, altre persone che invece si agganciano, altre persone che tengono banco tantissimo; c'è questa complessità. Poi

come da questo gruppo possano nascere le altre progettualità, gli altri gruppi, è ancora più complicato. Secondo me Basti-Menti ha varie caratteristiche: la prima e più importante – difficile da dire, ma io la dico lo stesso perché è quello che penso io – è che Basti-Menti è una protesi della mente di Franz Comelli. È una costruzione di Franz che lui non ha costruito da solo, cioè non l’ha pensata a tavolino. È qualcosa di cui lui aveva bisogno. Non volendo, probabilmente, andare in analisi per l’ennesima volta, essendo un po’ allergico alle scuole di psicoterapia ed essendo allergico ad incarnare la figura del maestro, perché non gli si addiceva, lui si è costruito questa specie di protesi che gli serviva. Ma lui lo dice, era un luogo dove lui aveva bisogno di poter essere decentrato rispetto alla sua esperienza di psicoterapeuta, di padre e marito, di collega. Aveva bisogno di incontrare sé stesso attraverso i suoi pazienti e le altre figure, a loro volta decentrati. Inizialmente l’idea di Basti-Menti era nata perché lui, insieme ad altri colleghi che si ritrovavano nello studio che aveva allora, diceva “va bene la terapia e la diagnosi, però questa gente ha altri talenti”. Se noi chiudiamo queste persone dentro la diagnosi e la terapia, le facciamo morire. Cioè, se c’è un mio paziente che è un depresso, ma che è anche un grande musicista, nel momento in cui io gli parlo di Verdi o di Mozart l’esperto è lui, non sono io. Entriamo in una logica differente, dove io posso essere per lui un portatore di esperienza e di servizio rispetto al suo disagio, però ci sono altri spazi e momenti in cui lui, in quanto soggetto esperto della sua vita, può essere per me portatore di un sapere. Quindi Basti-Menti è nato così, con l’idea di valorizzare i talenti delle persone, e quindi gli aspetti della vita delle persone che erano libere dalla malattia o comunque potevano rinforzare questi aspetti. Però questo non è stato tanto legato ai talenti intesi in modo americano. Alla fine, nella circolazione del discorso, la possibilità di essere soggetti alla pari in un contesto in cui tu parli come soggetto – e quindi non come esperto, non esperto, paziente o familiare – e dove i ruoli diventano più fluidi. Questi progetti nascono un po’ dal desiderio di chi li presenta, un po’ dalla possibilità che questi progetti abbiano gambe. Perché tante volte sono nati progetti o percorsi che non sono riusciti a sopravvivere e a strutturarsi, altre volte ci sono riusciti, ma poi dopo due o tre anni sono morti perché non c’erano più persone interessate o perché il conduttore ha avuto altre esperienze o altri impegni. Quindi anche queste realtà nascono in base alle necessità e alle possibilità di chi c’è, poi però il bello è che c’è un travaso di emozioni e di parole chiave da queste esperienze che spesso avviene per caso, per via della circolazione. Una persona può fare parte di più progetti, e a volte, per caso, ci possono essere tematiche che attraversano tutti i gruppi o anche no. Quindi a volte ci sono dei gruppi, come ad esempio il gruppo cultura che si riunisce una volta ogni due mesi, che sono aperti anche alla città, e a volte una di queste parole chiave che attraversa tutti i gruppi viene scelta come tema e si apre alla città. Per esempio la

sessualità o la teoria gravitazionale (c'era un paziente che era un fisico esperto di quantistica). Cioè a volte sono temi di cultura generale, a volte sono temi più trasversali come la sessualità, la violenza, il mobbing. Tematiche che hanno una valenza sociale, ma che partivano da una sofferenza di qualcuno o da un'esperienza di qualcuno. Adesso, per esempio, il prossimo gruppo cultura nasce da una sofferenza dell'associazione Basti-Menti, dal problema di dover fare questo salto, probabilmente, di trasformarsi da ATS a Cooperativa perché abbiamo dei bandi a cui partecipare, ma con la nostra forma legislativa non riusciamo. Tutta una serie di problemi interni, una crisi di crescita. Questo sarà, quindi, un gruppo progetti allargato, che sarà gruppo cultura, in cui cercheremo di affrontare questo tema con il gruppo organizzativo, con le famiglie, con i nuovi terapeuti e con i pazienti. Però questi sono sempre momenti partecipati, aperti, in cui può venire chiunque e si cerca di affrontare un tema. In questo caso un tema amministrativo, paradossalmente, con valenze organizzative, che però implica un rapporto storico. Passato, presente e futuro dell'associazione, le complicazioni che ci sono con la nuova legge sul terzo settore, cosa vogliamo fare, cosa implica passare da una forma all'altra in termini economici e organizzativi, chi ci può mettere che cosa, cosa ci perdiamo, cosa ci guadagniamo. È difficile. Poi ci sono gruppi che hanno avuto più successo e più fortuna, che sono quelli che hanno un conduttore con un desiderio un po' più forte. Ad esempio, il gruppo teatro sta avendo un enorme successo e attraversa molto tutti gli altri. Perché c'è una persona, come sono anch'io, com'è Comelli da un altro punto di vista, che ha un desiderio indistruttibile sulla questione della psicosi. Una persona che ha vissuto sulla sua pelle, quando era bambina, esperienze. Una persona che ha attraversato il disagio, che ha fatto della sua professione da psicoanalista non una professione nel senso stretto, ma che ha continuato sempre a interrogarsi, a imparare dai suoi pazienti. Una persona che è stata sempre decentrata e, nello stesso tempo, profondamente implicata come cittadino e come soggetto in questa questione.

Il gruppo progetti Basti-Menti, a cui abbiamo partecipato personalmente, è un dispositivo che riesce ad avvicinare il paziente psicotico, assieme alla sua famiglia e a varie figure professionali e artistiche, al proprio territorio. La creazione di una gruppaltà familiare primaria in grado di contenere il desiderio singolare di ciascun soggetto che faccia parte del gruppo è in grado di cambiare le carte in tavola, rendendo ognuno uno specialista della sua materia e della sua storia. Si tratta di un ambiente in cui si respira aria di libertà, in cui chiunque può sentirsi accolto e compreso, e quindi sentirsi parte di un qualcosa; in questo caso di un gruppo, ma anche della società. È una maniera estremamente semplice, ma allo stesso

tempo creativa e complessa da mantenere nel tempo, di ridurre l'emarginazione e la stigmatizzazione dei pazienti psichiatrici da parte della società.

Medici Volontari Italiani

Un tema ricorrente di questa tesi è sicuramente quello dell'esclusione, dell'emarginazione del malato mentale. Ma in realtà, già a partire da Basaglia, la rivendicazione dei diritti dell'emarginato si estende a tutti quelli che vengono considerati "deboli". Se pensiamo che la legge del 1904 stabiliva che bastasse risultare di pubblico scandalo per essere portati in manicomio, non è difficile immaginare quanti dei degenti fossero, in realtà, persone in difficoltà a livello economico o sociale. Basaglia sosteneva che fosse la società, attraverso l'allontanamento del diverso, a contribuire alla malattia mentale. Balduzzi, dall'altra parte, sosteneva che il territorio doveva essere preparato per seguire il paziente in ogni sua necessità di cura. Da queste loro esperienze è facile ricollegarsi all'Associazione Medici Volontari Italiani, il cui fondatore, Faustino Boioli, abbiamo deciso di intervistare per farci un'idea sul Sistema Sanitario Lombardo nei confronti della popolazione emarginata, non solo dal punto di vista psichiatrico. Si tratta pur sempre di una rivoluzione sociale e di un'attenzione al soggetto che nascono dal desiderio di cura, in questo caso del dottor Boioli. Il sito ufficiale dei Medici Volontari Italiani, nella sezione "chi siamo", decide di descriversi così:

“Perché sulla strada è iniziata la nostra missione. Il nostro sogno.

Sulle strade di Milano.

Dove abbiamo offerto e offriamo, giorno dopo giorno, assistenza medica a coloro che non ce l'hanno.

Con costanza. Con ostinazione.

Sulle strade abbiamo portato la nostra professionalità, la nostra esperienza medica.

E su una strada di Milano, abbiamo costruito il nostro ambulatorio.

Un «ambulatorio di strada». Sulla strada.

Un centro senza barriere, senza portoni.

Aperto a tutti gli emarginati. Che tutti vuole accogliere.

Sulle strade di Milano

Ma anche sulle strade di Bukumbi, di Murambi.

E ancora sulle strade del Madagascar.

Sulle strade del mondo.

Perché sulla strada vivono i nostri pazienti.

Quelli che una casa non ce l'hanno.

Quelli che la casa non l'hanno più.

Sulla strada.

Strada che è anche via, viaggio, percorso.

Un percorso di crescita.

Verso l'integrazione o la reintegrazione.

Mediante la condivisione della regole civili e morali che sono espressione della nostra cultura". L'associazione MVI ha aperto a Milano un poliambulatorio e due punti medici, e si è dotata di un'unità medica mobile in servizio la sera per le strade. Questi servizi vengono offerti come assistenza per i bisognosi e per gli emarginati che non hanno accesso all'assistenza sanitaria pubblica. L'attività specifica di Medici Volontari Italiani è quella di effettuare visite mediche, praticare medicazioni, ove necessario, e dispensare gratuitamente farmaci esclusivamente dopo aver effettuato una visita medica.

Cosa l'ha spinto a fondare MVI (Medici Volontari Italiani) nella città di Milano e perché continua a operare con gli altri suoi colleghi volontari?

Sul finire degli anni Novanta, nei Pronto Soccorso degli ospedali milanesi si cominciò ad osservare un afflusso sempre maggiore di persone di origine straniera, non inserite nella comunità cittadina e prive di assistenza sanitaria. Si trattava dei primi migranti irregolari, persone ai margini della società. Una volta dimessi, questo tipo di pazienti tornavano nella loro condizione antecedente, cioè di persone cui non era assicurata la necessaria continuità terapeutica. Spesso molte di queste persone erano portatrici di malattie, anche croniche, per le quali il Pronto Soccorso, unico loro punto di accesso all'assistenza sanitaria, non poteva garantire cure adeguate.

In questi stessi anni alcune associazioni, di area cattolica in prevalenza, ma non solo, hanno iniziato ad ampliare le loro attività di assistenza generica (mense, centri di accoglienza, eccetera) con dei servizi sanitari di primo livello, compresa l'erogazione di farmaci. Un caso particolare è stato rappresentato dal NAGA, un'associazione laica che si è data una struttura solida già nell'ultimo decennio del secolo XX, affiancando l'area sanitaria con un'area di supporto sociale e psicologico atta a favorire l'inserimento nella società delle persone migranti. In parallelo con il crescere del numero degli immigrati sono nate molte associazioni assistenziali. La nostra, Medici Volontari Italiani, nata ufficialmente nel 1999, ma attiva già dal 1995, a differenza di altre si è sempre occupata esclusivamente dell'assistenza sanitaria a tutte le persone, immigrati irregolari in primis, alle quali sia precluso l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale, il solo in grado di assicurare la continuità assistenziale. Capita oggi che accedano ai nostri servizi anche persone iscritte al S.S.N., pertanto anche cittadini italiani. Si tratta in genere

di soggetti marginali: spesso hanno la Tessera Sanitaria, ma non ricorrono, per i motivi più vari, al medico di famiglia. Anche a questi pazienti assicuriamo un'assistenza sanitaria di base, pur invitandoli, per ovvi motivi, a rivolgersi al medico convenzionato, se ed appena possibile.

Come reagiscono o interagiscono le istituzioni del territorio rispetto al lavoro medico che offrite gratuitamente?

Dopo decenni di indifferenza e talora di malcelata ostilità da parte delle istituzioni si osserva un crescente interesse, non sempre tradotto in attività pratiche, al coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore nelle attività di prevenzione e cura degli emarginati. In anni recenti Medici Volontari Italiani ha avuto la possibilità di partecipare a bandi indetti da Comune e Regione Lombardia per promuovere l'attività sanitaria nei confronti delle persone senza fissa dimora. Alcuni importanti risultati sono stati peraltro raggiunti anche grazie alle pressioni degli Enti del Terzo Settore. Ad esempio: tutti i figli minori (fino al diciottesimo anno di età) di persone irregolari hanno oggi diritto all'assistenza pediatrica, vaccinazioni in primis. Inoltre i cosiddetti Stranieri Temporaneamente Presenti, tramite appositi ricettari rilasciati dietro stipula di una convenzione fra l'Ente del Terzo Settore e l'ASST di riferimento, hanno la possibilità di accedere a visite specialistiche, analisi di laboratorio/esami strumentali, ricovero in strutture ospedaliere.

Come reagiscono o interagiscono le persone che abitano il territorio in cui voi operate?

Nell'esperienza di Medici Volontari Italiani non si osservano problemi con la popolazione stanziale alla quale, come detto in precedenza, consentiamo in determinate condizioni il ricorso alla nostra assistenza, non solo sanitaria, ma anche psicologica.

Perché cercate anche la collaborazione di psicologi e di psichiatri? Cosa vi aspettate da questa collaborazione e come dovrebbe essere organizzata?

Questo è un argomento complesso e stimolante. Sono note le difficoltà in cui versa il settore psichiatrico del S.S.N., legate, secondo me, alla mancanza o all'inadeguatezza di strutture "intermedie" leggere, volte a gestire con continuità le persone dimesse dai servizi psichiatrici ospedalieri. Queste strutture dovrebbero collaborare con i servizi ospedalieri nelle fasi di remissione del processo psichiatrico, garantendo consulenze di psichiatri e psicologi. Ciò

potrebbe consentire al paziente psichiatrico di non sprofondare nel vuoto del post-ricovero, che genera spesso un circolo vizioso, con grande disagio delle famiglie, oppresse da compiti eccessivamente gravosi e non pertinenti.

Grande disagio subiscono anche i soggetti psichiatrici marginali, privi di punti familiari di sostegno o addirittura senza dimora, che sono contattati da operatori socio-sanitari soltanto quando segnalati da cittadini sensibili alle situazioni di grave disagio in cui si imbattono. Eccezionale è anche l'intervento di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Stante questa situazione, è facile dedurre come, al momento, la possibilità di una più ampia collaborazione, peraltro auspicabile e benvenuta, tra psicologi/psichiatri e operatori del Terzo Settore, risulti difficile e complessa.

La prospettiva del dottor Boioli ci dà un'idea non solo delle condizioni del Sistema Sanitario Nazionale in Lombardia, ma ci apre un piccolo spiraglio anche sull'assistenza psichiatrica. Come abbiamo visto, la condizione della malattia mentale rimane fortemente associata all'emarginazione del paziente e della sua famiglia, per cui c'è bisogno che il territorio sia in grado di rispondere alle esigenze di queste persone sia dal punto di vista sanitario, sia dal punto di vista sociale. È necessario lavorare ancora sull'assistenza psichiatrica e psicologica dei pazienti psicotici, sulla creazione di strutture adeguate, sull'assunzione di personale preparato e interessato e su una rete di cure che sia in grado di essere d'aiuto per il sofferente e per la sua famiglia lungo tutto il percorso di prevenzione, di guarigione e di reinserimento sociale.

Con questa intervista abbiamo concluso la parte sperimentale della ricerca; nelle conclusioni andremo ad approfondire come l'applicazione dei principi di cui hanno parlato i nostri intervistati, come dimostrato dalle loro esperienze, possa essere un primo passo verso un cambiamento che dev'essere continuo.

CAPITOLO 3 – CONCLUSIONI

Qual era l'obiettivo di questa tesi? Noi abbiamo provato a ripercorrere la storia della psichiatria italiana per dimostrare, grazie anche agli studi di Jaques Lacan sul soggetto dell'inconscio, che esistono svariati approcci psichiatrici e psicologici che favoriscono un effettivo incontro tra analista e paziente, in tutte le loro particolarità. Abbiamo cercato di dimostrare che la singolarità può fare paura, ma che è necessario tollerare l'incertezza per avere un effetto sulla vita del malato mentale. L'obiettivo, quindi, è quello di dimostrare – come suggerito dal titolo – che non esiste La Psichiatria o La Psicologia giusta, tuttavia esiste un interesse per il paziente che deve portare lo specialista a non porsi come esperto, come depositario del Sapere. Il soggetto è l'unico esperto di sé stesso e della sua storia, e questo lo rende l'unico in grado di scoprire qualcosa sul suo inconscio e sul suo desiderio. Il ruolo dell'analista, quindi, è quello dell'ascolto e del sostegno al percorso di crescita del paziente. Abbiamo visto che nel caso di psicosi, però, vi è una difficoltà in più data dalla mancanza di un registro simbolico, la quale porta a una relazione diretta tra immaginario e reale. Il reale è un registro che fa paura e dal quale spesso ci si tiene lontani anche come analisti. È per questo che le istituzioni hanno cercato di inscrivere la follia all'interno della ragione nel momento in cui hanno dato alla scienza il compito di eliminare la follia; il ruolo del manicomio era quello di fare diventare razionale l'irrazionale della realtà. Basaglia diceva a questo proposito, nelle sue *Conferenze Brasiliane* (1984): “Quando qualcuno è folle ed entra in un manicomio smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato. Il problema è come sciogliere questo nodo, superare la follia istituzionale e riconoscere la follia là dove essa ha origine, come dire, nella vita”. Se la società organizza le proprie istituzioni in modo da alienare la follia con l'obiettivo di eliminarla, mette in atto l'illusione perversa di poter trattare la follia senza mai incontrare la singolarità del soggetto che la testimonia. Invece la soluzione è proprio quella di accogliere la singolarità degli individui che necessitano di assistenza psichiatrica. Il problema è che per il soggetto psicotico la parola coincide con il godimento perché il significante, non passando dal registro del simbolico, diventa reale, quindi coincide con il godimento primordiale che Freud ha chiamato pulsione di morte, la quale è fonte di angoscia. È solo tramite l'interpretazione della parola del soggetto, nella sua singolarità, che si può dare la possibilità allo psicotico di mettersi al riparo dal godimento del suo Altro persecutore e di separarsi dal suo sintomo. Basaglia aveva capito che il trattamento della malattia mentale doveva tenere conto della singolarità, per cui il suo obiettivo era quello di formare operatori che evitassero di imporre la

propria legge mettendosi nella posizione dei padroni. Per un operatore non è realistico pensare di poter eliminare la follia, la quale diventa strutturale quando abita il soggetto, ma è possibile pensare di provare ad aiutare questi soggetti a vivere senza grosse crisi di angoscia associandosi a loro nella cura del loro Altro persecutore, dal quale lo psicotico cerca già di difendersi spontaneamente attraverso i suoi sintomi. Abbiamo tentato, tramite questo testo, di portare alcune testimonianze del funzionamento di un genere di clinica in cui il rispetto per il soggetto viene raggiunto non tanto per l'adesione a leggi o a saperi specialistici, quanto piuttosto per l'assunzione della responsabilità etica di incontrare i soggetti senza farsi fermare dalla paura di dialogare con la loro follia. Questo porta a scoprire che la follia, così come la ragione, appartiene al soggetto, per cui bisogna ascoltare senza avere paura di incontrarla. Quindi è necessario dare spazio sia alla ragione, sia alla follia, così che il soggetto possa capire qual è il desiderio che lo rende unico, che gli dà una sua collocazione simbolica nel mondo. Infatti è proprio il desiderio del soggetto a legare la follia alla razionalità senza farle pesare eccessivamente sull'Altro e sulla società. Pertanto, il compito clinico è quello di dare spazio al desiderio dell'individuo senza mortificarlo e senza idealizzarlo, accettando il tempo soggettivo necessario a scoprirlo. Sicuramente lavorare con il desiderio non è facile; infatti il primo a essere spaventato dal proprio desiderio è il soggetto stesso: fa più angoscia il piacere che il dolore, così come fa più angoscia la felicità della sofferenza. La grande scoperta di Freud – ripresa anche da Jacques Lacan – che scandalizza tuttora la medicina, è quella di aver dimostrato che il sintomo psichico porta con sé il godimento che lo nutre. È per questo che risulta difficile distaccare il sintomo psichico dal suo godimento per fare sì che, di conseguenza, la sofferenza possa essere riconosciuta come materia da elaborare, da interpretare e da trasformare.

Un'istituzione che lavora sul piano dell'immaginario lavora su un soggetto che non esiste se non per il ruolo che la società gli attribuisce; questo permette al godimento istituzionale e personale di essere continuamente alimentato dato che il soggetto non si è potuto mettere in gioco con la propria singolarità. Nel regno dell'immaginario il soggetto è ancora sotto l'egida di un altro, anche questo immaginario. Su questo piano, infatti, tende a strutturarsi la competenza del numero e della fissazione in modo da potersi confrontare con ciò che ha la consistenza del particolare per renderlo di dominio e di comprensione universale.

Un'istituzione che lavora sul piano del simbolico, invece, lavora sul piano della creatività del soggetto: sulla sua specifica ragione e sulla sua specifica follia, sul suo specifico piacere di vivere distinto dal godimento dell'Altro. Nel registro del simbolico ogni parola ha un significato ed un aggancio con la realtà che ogni soggetto che la pronuncia decide in modo singolare di attribuirle. Su questo piano tendono a collocarsi il valore del desiderio e la forza dell'identità

simbolica del soggetto perché la sua vita si esprime tramite continui atti di creazione, come gli atti linguistici che nutrono la quotidianità dell'individuo e le sue relazioni con l'Altro. Quindi la particolarità del ruolo sociale dovrebbe lasciare il suo posto alla singolarità del soggetto, in modo tale da accettare di incontrare la follia e da mettere in moto un meccanismo di riconoscimento dei discorsi non più dell'ordine dell'universale, bensì dell'ordine della legge soggettiva, generalizzabile sì, ma per il soggetto (Pozzi, 2000). Di fatto più ci si rivolge alla scienza medica, più si genera segregazione nel campo della salute mentale. Visto che l'arte e l'attività espressiva sono utili e ricercate dai soggetti fragili di cui psichiatria e neuropsichiatria infantile si occupano, perché non riconoscerle offrendo loro un posto istituzionale più decisivo? Forse sarebbe il caso di smettere di chiamare terapia solo la prescrizione farmacologica. L'arte è un'opportunità per la clinica e per gli operatori stessi, a condizione che non venga rinchiusa all'interno del circuito psichiatrico. L'arte ed i suoi oggetti possono essere strumenti al servizio del soggetto (dell'inconscio). La psicoanalisi, figlia della medicina, sa che il vero artista è avanti un passo allo psicoanalista ed anche avanti allo psichiatra. Perché non appoggiarsi all'arte, allora, invece di supplicare un posto, un riconoscimento dalla scienza medica? In fondo, il vero artista parla con l'inconscio a cielo aperto proprio come fa lo psicotico (Pozzi, 2021). Il compito del discorso clinico è quello di fare in modo che gli utenti ricevuti nell'istituzione pubblica siano visti come soggetti con un sintomo singolare che li individua rispetto agli altri, ognuno con il proprio godimento particolare. Non il soggetto del sintomo sociale scientificamente accettato perché statisticamente misurabile, ma nemmeno il paziente universalizzato della clinica psicologica. La clinica in istituzione dev'essere una clinica differenziale (Pozzi, 2000). In effetti, dopo l'approvazione della legge 180, sono proliferate iniziative sostenute da professionisti seri nell'ambito sociale, istituzionale e di volontariato, le quali dimostrano la possibilità e l'utilità di includere i malati psichiatrici e le loro famiglie in un processo di cura e di assistenza civile e condivisibile. La complessità delle cure rimane, ma un'alternativa clinica agli psicofarmaci e all'elettroshock è possibile tramite il coinvolgimento e l'inclusione dei diversi attori: il soggetto, la famiglia e le differenti organizzazioni pubbliche e private (Pozzi, 2021). Quindi le manovre cliniche, sociali e organizzative di Basaglia e Balduzzi in Italia costituiscono un esempio di quello che è possibile fare per incontrare il soggetto: preparare il territorio ai servizi di cura e di prevenzione, combattere l'emarginazione, aiutare il soggetto a trovare ciò che lo caratterizza e, infine, reinserire l'individuo in una società pronta ad accoglierlo. Il problema è che la psichiatria si è presentata e tuttora si presenta come una scienza che tutto sa e tutto definisce; una scienza che trae dalla medicina il modello eziogenesi-diagnosi-prognosi, ma che si deve inventare il proprio oggetto perché la mente non è un organo

come il cuore (Basaglia, 1973). Invece l'idea di Basaglia era quella di vedere il malato e non la malattia, di avere cura della persona vista come portatrice di affetti e di diritti e inserita in una rete sociale. Il medico dovrebbe essere in grado di fare a meno dello sguardo oggettivante che fa del soggetto un oggetto per riuscire a prendersi cura del malato mentale e della sua rete sociale senza sradicarlo e segregarlo. Basaglia immaginava delle comunità in cui ci fosse spazio per la cura e per l'ascolto, in cui il soggetto potesse essere accolto con l'obiettivo di essere reinserito nella società. Con lui è stato possibile stabilire che la cura della sofferenza psichica è possibile a partire da una relazione. Non è possibile curare un soggetto che viene ridotto a oggetto da analizzare dal momento in cui viene identificato con la sua malattia. Per prendersi cura del sofferente psichico è necessario instaurare una relazione con lui e coinvolgere la sua rete sociale nel trattamento, in modo tale da poter cogliere la storia particolare del soggetto. È così che il corpo cessa di essere oggetto che subisce una mera disfunzione organica per diventare corpo vissuto in un'intricata rete relazionale, sociale e comunitaria. La psichiatria di territorio e la psichiatria comunitaria che Balduzzi e Basaglia hanno portato in Italia si occupavano di reinserire il soggetto all'interno della sua rete relazionale per cercare di liberarlo dalla posizione di isolamento all'interno della quale la psichiatria istituzionale lo aveva messo fino a quel momento. La psichiatria resta tuttora un'istanza da mettere in crisi, e il suo processo di rinnovamento dev'essere continuo, proprio perché si porta dentro l'asimmetria di potere tipica di tutti gli interventi normativi e normalizzati che rischiano di negare la particolarità del soggetto per renderlo oggetto. Invece la psichiatria, come abbiamo visto, può essere molto di più. Bisogna passare da una forma di psichiatria connotata da una tecnica standardizzata di intervento a una forma di psichiatria che si impegni quotidianamente per inventare delle modalità di accompagnamento del dolore che si adattino alla singolarità del soggetto. Questo è quello che hanno cercato di fare Basaglia e Balduzzi, ma che è stato contrastato da una forte controrivoluzione che vedeva l'affermarsi del modello biomedico e burocratico della psichiatria; un modello fortemente medico-scientifico che prende le distanze dal tentativo di restituire centralità all'unicità e alla soggettività dell'individuo per andare verso la sua patologizzazione, cancellandone la singolarità, la voce e la storia per costringerlo ad adattarsi a rigidi standard prestazionali decisi dall'istituzione. Si tratta del modello che oggi, in Italia, viene incontrato più spesso all'interno delle strutture psichiatriche, le quali prediligono i trattamenti farmacologici ad un vero e proprio sostegno psicologico che faccia parte di un progetto terapeutico condiviso e partecipato. La psichiatria che dimentica l'importanza della relazione torna a trattare il malato come oggetto di cura definito dalla sua diagnosi, per cui il disagio psichico diventa una questione di "cervello rotto". Ma le ultime ricerche dimostrano

che il disturbo mentale non può essere considerato come un esito determinato esclusivamente da cause biologiche come accade per le malattie organiche, per cui risulta antiscientifico attaccarsi a questa visione ipermedicalizzante del disagio psichico che non tiene conto dei fattori psicologici, culturali e sociali, che non tiene conto del soggetto che vive il dolore. L'essere umano va visto come corpo che abita un mondo relazionale, come corpo vissuto. La psichiatria istituzionale dovrebbe essere in grado di uscire dall'impostazione organicista, che porta gli psichiatri a formarsi sui principi di diagnosi e di cura farmacologica, per riprendere l'impostazione della psichiatria territoriale e comunitaria che considera il sofferente psichico come portatore di una storia che necessita di ascolto.

Bibliografia

Armocida G., *La psichiatria a Varese prima della riforma Basaglia*, in *La salute intellettuale e la città*, FrancoAngeli, Milano, 2000.

Balduzzi E., *Psichiatria di comunità e politica di settore*, in *Atti del Colloquio de Courchevel (25, 26, 27 marzo 1968)*, pubblicati in *Note e riviste di psichiatria*, anno LXI, gennaio-marzo 1968, fasc. 1.

Balduzzi E., *La riforma psichiatrica a Varese: avvenimenti ed idee*, in *La salute intellettuale e la città*, FrancoAngeli, Milano, 2000.

Basaglia F., *L'istituzione negata – Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1968.

Basaglia F., *Che cos'è la psichiatria?*, Einaudi, Torino, 1973.

Basaglia F., Ongaro F. B. e Giannichedda M. G., *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, 2000.

Basaglia F., *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino, 2005.

Bion W. R., *Experiences in Groups and other Papers (1961)*, Londra, Tavistock Publications, Ltd., *Esperienze nei gruppi*, Armando Editore, Roma, 1971.

Coen Giordana C., Barucci M., Mori F., *Considerazioni a proposito di una moderna organizzazione assistenziale psichiatrica e di sanità mentale (organizzazione a settore topografico)*, in *Neuropsichiatria*, p. 343.

Coen Giordana C., Barucci M., *Ancora sull'unità dei servizi psichiatrici e sull'organizzazione settoriale*, in *Neuropsichiatria*, anno XIX, ottobre-dicembre 1963, fasc. 4.

Del Boca A., *Manicomi come lager*, Torino, Edizioni dell'Albero, 1966.

Dell'Eva K., *L'eredità di Basaglia nell'Italia indifferente. Un viaggio a 40 anni dalla 180*, Diabasis, Parma, 2018.

Di Ciaccia A., *Il bambino e l'istituzione*, in *La Psicoanalisi*, n. 59, Astrolabio, Roma, 2016, pp. 139-145.

Dufour J., *Dalla follia al genio: Joyce-Lacan/Beckett-Bion*, in *La Psicoanalisi*, n. 59, Astrolabio, Roma, 2016, pp. 84-100.

Freud S., *Vie della terapia psicoanalitica*, in *Opere*, Vol. 9, Boringhieri, Torino, 1978.

Freud S., *L'Io e l'Es e altri scritti 1917-1923*, Opere di Sigmund Freud, Vol. 9, Torino, Bollati Boringhieri, 2000.

Freud S., *Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (caso clinico dell'uomo dei topi)*, Opere di Sigmund Freud (OSF), Vol. 6, Casi clinici e altri scritti 1909-1912, Torino, Bollati Boringhieri, 2003.

Freud S., *Osservazioni psicoanalitiche sul resoconto autobiografico di un caso di paranoia (dementia paranoides)*, in *Compendio di psicoanalisi e altri scritti*, Newton Compton Editori, 2010.

Gazzetta Ufficiale 27 dicembre 1947, n. 298, edizione straordinaria.

Lacan J., *Una questione preliminare ad ogni possibile trattamento della psicosi*, in *Scritti*, vol. II, Einaudi, Torino, 1966.

Lacan J., *Scritti*, Einaudi, Torino, 1974.

Lacan J., *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi*, in *Scritti*, Einaudi, Torino, 1974.

Lacan J., *Séminaire du 11 Mars 1975*, in *Ornicar?* N. 5, inverno 1975-1976, p. 21.

Lacan J., *Le Séminaire. Livre XXIV. L'insu que sait de l'une-béuve s'aile à mourre*, 1976-1977.

Lacan J., *Il Seminario Libro III, Le psicosi, 1955-56*, Torino, Einaudi, 1985.

Lacan J., *Due note sul bambino (1969)*, in *La Psicoanalisi*, n.1, Astrolabio, Roma, 1987.

Lacan J., *Joyce il sintomo*, in *La Psicoanalisi*, n. 23, Astrolabio, Roma, 1998.

Lacan J., *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'io (1937)*, in *Scritti*, vol. II, Einaudi, Torino, 2002.

Lacan J., *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi* (1953), in *Scritti*, vol. II, Einaudi, Torino, 2002.

Lacan J., *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi*, in *Scritti*, Einaudi, Torino, 2002.

Lacan J., *Il Seminario Libro V, Le formazioni dell'inconscio (1957-1958)*, Torino, Einaudi, 2004.

Lacan J., *Il Seminario Libro XXIII, Il sinthomo (1975-1976)*, Astrolabio, Roma, 2006.

Lacan J., *Altri scritti*, Einaudi, Torino, 2013.

Lacan J., *La psichiatria inglese e la guerra* (1947), in *Altri scritti*, Einaudi, Torino, 2013.

Lacan J., *Allocuzione sulle psicosi infantili* (1967), in *Altri scritti*, Einaudi, Torino, 2013, pp. 357-366.

Laurent E., *Istituzione del fantasma, fantasmi dell'istituzione*, in *La Psicoanalisi*, n. 59, Astrolabio, Roma, 2016, pp. 27-41.

Legge 14 febbraio 1904, n. 36 "Riguardante disposizioni sui manicomi e sugli alienati".

Legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori".

Legge 18 marzo 1968, n. 431 "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica".

Lombardo A., *La comunità psicoterapeutica, cultura, strumenti, tecnica. Seconda edizione aggiornata* (2007). Milano, Franco Angeli, 2004.

Maieron M., *La riforma psichiatrica a Varese tra gli anni sessanta e gli anni novanta*, in *La salute intellettuale e la città*, FrancoAngeli, Milano, 2000.

Main T. F., *Il concetto di comunità terapeutica* (1983), in *La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici. Il Pensiero Scientifico*, Roma, 1992.

Mason A., *Intervista di Sabrina Di Cioccio*, in *La Psicoanalisi*, n. 59, 2016, pp. 78-83.

Miller J.-A., *La lezione delle psicosi*, in *La Psicoanalisi* n. 4, Astrolabio, Roma, 1988, p. 68.

Miller J.-A., *Dall'Altro all'Uno*, in *La Psicoanalisi*, n. 59, Astrolabio, Roma, 2016, pp. 14-26.

Pozzi G. O., *La salute intellettuale e la città*, FrancoAngeli, Milano, 2000.

Pozzi G. O., *L'opera di Bion o della psicoanalisi come antidoto alle grandi selezioni sociali*, in *La Psicoanalisi*, n. 59, 2016, pp. 123-138.

Pozzi G. O., *Il disastro della gestione della salute mentale in Italia*, in *Rete Lacan* n.36, Milano, 2021.

Rapoport R. N., *Community as Doctor: New perspectives on a Therapeutic Community*, Londra, Tavistock Publications, 1960.

Romagnoli M., *Basaglia: distruggere la logica dell'emarginazione*, in *l'eco della stampa*, 25 giugno 1975, pp. 17-19.

Rovelli M., *L'eredità di Franco Basaglia*, in *Doppiozero*, 2024.

Scabia G., Marco Cavallo. *Da un ospedale psichiatrico la vera storia che ha cambiato il modo di essere del teatro e della cura*, Merano, Alphabeta, 2018.

Viganò C., *Psichiatria non psichiatria. La follia nella società che cambia*. Edizioni Borla, Roma, 2009.