

Per il Terzo Forum Nazionale per la Salute Mentale
Milano, 2, 3 e 4 febbraio 2006

Un modo di essere un modo per esserci

EPPURE QUALCOSA M'INQUIETA

Smascherare il manicomio dentro la Salute Mentale richiede l'immediata, e non ulteriormente rinviabile, organizzazione di strutture autonome di difesa a partire da:

- *conquista delle buone pratiche*
- *applicazione manualistica e critica delle buone pratiche*
- *difesa delle buone pratiche*

«Si era finora ritenuto preferibile, in base ad un principio di tolleranza per il “caso umano”, cui del resto siamo allenati anche in virtù della nostra attività professionale, evitare l'assunzione di atteggiamenti “in rotta di collisione” con il pensiero del Bonanno, e la cosa si è trascinata avanti per anni malgrado le evidenti conseguenze negative.»

[Mie amanti]

Ho un mio pensiero

Faccio l'infermiere in Salute Mentale. Ciò non è riuscito ad impedirmi, fino ad ora, di coltivare un mio pensiero non nato comunque nella Salute Mentale. Ho lavorato per vent'anni in Salute Mentale. Non avrei lavorato in Psichiatria. Che negli ambiti della Salute Mentale si riciclasse pure la Psichiatria nella sua logica di sempre, se è un altro paio di maniche, non può non riguardarmi. Per questo ho fatto riferimento da sempre ad un pensiero mio, alla base della mia relazione con le persone portatrici, non diversamente da me, di un qualche Disagio Relazionale. Non è per la mia professione di infermiere che ho bisogno di prendere un pensiero a prestito. A tutti gli psichiatri che se lo sono dimenticati, ricordo che, prima di fare l'infermiere, sono uomo e individuo parte in pieno della società in cui mi trovo a vivere. Se un pensiero a prestito avrei dovuto prendere non l'avrei certamente preso dalla Psichiatria.

Ho lavorato dopo essermi prima preso un impegno e fatta una promessa: l'impegno

di lavorare solo a condizione di potere sempre avere presente il manicomio per distanziarmene il più possibile; la promessa che sarei uscito anche dal lavoro in Salute Mentale appena mi fossi accorto che solo per un momento mi fossero passati dalla mente gli orrori del manicomio e della sua logica. Ho lavorato senza dimenticare per un attimo il manicomio. In questo tanto mi hanno aiutato gli odierni direttori che hanno pensato a dedicarmi così tante ed amorevoli cure da spingermi all'abbandono della Salute Mentale per “*incompatibilità ambientale*”. Fino ad ora non ci sono riusciti. Ma non è detto che non ce la facciano.

Intanto rivolgo un saluto a tutti i partecipanti a questo Convegno assieme ad un incoraggiamento, convinto come sono che *le buone pratiche* in Salute Mentale siano prima di tutto una questione di dignità. Avrei voluto trovarmi con voi ma, per rimanere in argomento, in questo momento ad impedirmelo è proprio la Psichiatria palermitana mi costringe

in una continua difesa e protezione dalle sue amorevoli e devote attenzioni.

È da Palermo che rivolgo un pensiero a voi che dimostrate di non volere dimenticare né il vecchio né il nuovo manicomio e a tutti i folli del manicomio diffuso sul territorio; un saluto all'équipe di Trieste e a tutti gli infermieri conosciuti al convegno di settembre scorso a Trieste.

Smascherare la nuova Psichiatria

Se non mette conto in questo breve scritto, per me, disquisire sulla legge né sulla legge 180, non ho ritenuto prima né lo ritengo ora che la libertà degli individui, compresa la possibilità di potersi curare quando stanno male, si possa affidare con successo ad una legge né a tutta un'intera legislazione. Tant'è che la Psichiatria ha applicato una legge diversa nonostante la Salute Mentale fosse stata tutelata dalla legge 180. Di sicuro non ritengo però che da chi propone un suo cambiamento possa derivare una trasformazione in meglio e positiva. In vent'anni di lavoro ho trovato nei servizi operatori nella logica della Salute Mentale che sono stati a mio fianco aiutandomi a promuovere il mio impegno assistenziale; negli stessi servizi ho trovato operatori di chiaro stampo psichiatrico e manicomiale che hanno sabotato il mio lavoro, il mio impegno, la mia assistenza, cercando di ridurre la mia professione d'aiuto a pratica d'aguzzinaggio del manicomio diffuso sul territorio. Questi ultimi, oltre che opprimermi e reprimermi, promettendomi e minacciando che la legge sarebbe cambiata, mi hanno impedito perfino di lavorare. Poi, ho incontrato una serie di *professionisti né carne né pesce* che, provenienti da specialità diverse sia da quelle della Psichiatria che da quelle della Salute Mentale, sono finiti a fare i medici psichiatri disimparando la loro professione, che non eserciteranno mai, e mai imparando niente di quanto suggerisce e prescrive l'esperienza della Salute Mentale. Dichiaratisi per la Salute Mentale, sono stati in realtà psichiatri peggiori degli stessi manicomiali. Dagli operatori, in genere, di stampo psichiatrico non mi aspetto un cambio emancipativo della 180. Degli operatori né carne né pesce, non si sa mai cosa aspettarsi prima, sono sempre im-

prevedibili in peggio. Dagli operatori della Salute Mentale mi aspetto che non vogliano abbassare ulteriormente la guardia. Per fare ciò è urgente da un lato smascherare il senso della nuova iconografia del manicomio diffuso sul territorio e creare delle strutture di reale difesa dalla sempre tangibile, anche se subdola, violenza dell'attuale istituzione psichiatrica; sia per i pazienti, sia per le famiglie che per gli stessi operatori.

Portare il dentro fuori

Fotografi e giornalisti entrarono nei manicomi negli Anni Settanta. Portavano fuori, agli occhi e ai cuori degli altri, ciò che per questi ultimi era difficile vedere e complicato capire. Quelle immagini, che sembrava dovessero parlare da sole, niente avrebbero detto se alcuni, di quelli che avevano avuto esperienza nella comprensione della problematiche mentali, non le avessero accompagnate con una chiave di lettura. Quelle, e le possiamo ritrovare ancora, erano immagini verbali e fotografiche, di una evidente pesantezza, gravità, sofferenza, violenza. Senza una chiave di lettura, senza un appropriato vocabolario che le avesse accompagnate, sarebbero semplicemente, e tragicamente, rimaste le immagini di pover'uomini ridotti nel modo in cui erano a causa di una malattia tra le più terribili.

Sofferenza aggiunta

Quelle immagini incominciarono a parlare quando gruppi di individualità diverse decisero di dire: facciamo attenzione che, è vero che quegli uomini sono stati colpiti da *quel qualcosa* di grave comunemente chiamata malattia, follia, pazzia, ma è anche vero che tanta parte, e perfino la maggior parte, della loro sofferenza è una sofferenza aggiunta; quella scatenata su di loro dall'istituzione psichiatrica, dalla sua logica, dalle strutture e dagli uomini in cui si sostanzia.

Oggi tutti abbiamo una macchina fotografica, e addirittura una fotocamera, in grado di portarci dentro il campo della Psichiatria, diffusasi su tutto il territorio, tutte le volte che una qualche immagine frastornante richiamasse la nostra attenzione. Abbiamo mezzi tecnologici all'avanguardia rispetto ai

mezzi che potevano avere fotografi e giornalisti contro il manicomio.

Oltre la foto in mostra

Necessaria e insufficiente una foto, la sua testimonianza, elemento di una più ampia narrazione della realtà, è necessaria se inserita in un più ampio progetto di lotta in una qualche tensione emancipativi; insufficiente se ha la pretesa di narrare non in modo fittizio l'odierna Psichiatria. Questa oggi è inflazionata dalle innumerevoli foto appese in bella vista in tutti i suoi spazi. Foto che, se hanno sostituito quelle dalle tragiche immagini manicomiali, non rappresentano una realtà assistenziale che ha realmente superato il manicomio. Anzi sono perfino foto sospette. Per capirlo basta starci un po' nel servizio dove sono esposte, un po' con occhio critico e anche con un minimo di conoscenza sulle *buone pratiche* per svelare l'inganno che dietro quelle foto si nasconde. Non mi tranquillizza il solo fatto che in esse non compaiono catene, letti di contenzione, braccialetti.

La macchina fotografica anche oggi può servire nonostante non sia più sufficiente in una situazione di inflazione dell'immagine. Delle foto della Psichiatria di oggi però non sapremmo che farcene. Ho visto tante foto di pazienti psichiatrici. Se le confronto con quelle del manicomio concentrazionario, niente mi dicono di quello che sta succedendo in Psichiatria. Non solo, ma se qualcosa comunicano mi dicono perfino cose sbagliate e non vere. Oggi la vera violenza della Psichiatria non incide più preminentemente sul corpo quanto sulla mente, proprio in quell'«*organo*» che la stessa Psichiatria promette di curare. Una ferita in più, una in meno in una mente già ferita diventa invisibile, non percepibile, indifferenziata agli strumenti da noi normalmente utilizzati. E se il danno nella mente del folle non l'hanno ancora trovato nemmeno gli scienziati mi sembra improbabile che lo possiamo trovare noi con la macchina fotografica o con lo strumento giornalistico. Infatti, giornalisti e fotografi, non sono più presenti nel campo d'osservazione della Psichiatria non perché non ci sia più niente da dire o perché siano in tutt'altre faccende affaccendati; non perché il manicomio sia davvero finito,

ma perché nel frattempo si è realizzato un taglio del linguaggio che difficilmente consente ai tradizionali strumenti d'analisi, prima, di vedere quindi, di capire cosa sta succedendo in Psichiatria.

Necessità di nuovi strumenti d'analisi

Tra gli strumenti di analisi c'è la stessa *azione*, come l'*azione assistenziale* e l'*azione non complice*.

Ricordo di esami per concorso di selezione infermieri dove si veniva esclusi perché non si sapeva rispondere ad una domanda: come si fa a vedere se il lenzuolo è ben messo, ben steso, sul materasso per un paziente? Certamente pignoleria; ma è anche vero che un lenzuolo non messo bene è *anche* una sofferenza aggiunta per un paziente che già soffre di suo. Ci sono servizi, compresi quelli psichiatrici, in cui, dove le lenzuola non si devono portare da casa propria, mai s'è visto né un materasso né un lenzuolo degno di tale nome e, di conseguenza, mai un infermiere che rifacesse un letto a regola d'arte. Il consenso silenzioso è chiara complicità di un infermiere con una situazione che più che eccezionale, non siamo né in guerra – ma non ne sono sicuro - né in un momento di catastrofe, spesso è routinaria. Anche la complicità, che poi è complicità con l'azienda, è uno strumento d'analisi. Altro strumento d'analisi è la non complicità; questa parte dal prestare la propria professione assistenziale scrupolosamente mettendo in atto, come da manuale, tutte le tecniche assistenziali richieste ad un infermiere in Salute Mentale, cosa che in quei specifici servizi riveste un ruolo di qualità eccezionale. Parte pure dalla consapevolezza, dalla presa di coscienza, dalla difesa della professione che non è, nel modo più assoluto, subalterna al medico. La professione infermieristica è oggi autonoma dal medico; non più professione subalterna al medico.

Nessun consenso alla complicità è diverso strumento d'analisi. In Psichiatria, gli psichiatri, in buona o cattiva fede, hanno tutt'oggi sempre bisogno di un'enorme complicità dell'infermiere.

Per il resto dovremmo forse anche fornirci di una macchina che riesce ad evidenziare ciò che non si vede più ad occhio nudo.

Di una macchina che fotografasse la relazione, per esempio. Perché è lì, nella relazione, che l'istituzione oggi fa più danno, lì che colpisce, lì che distrugge e cronicizza oltre la foto in bella mostra.

Basaglia conosceva gli psichiatri

Sicuramente quelli di ieri. Lo stesso Basaglia aveva ammonito sulla possibilità di una «*riorganizzazione della Psichiatria come circuito di istituzioni diffuse che sposta in un'area specifica e meno visibile il manicomio, che continua a garantire e inquinare il funzionamento di tutto il sistema.*»

Tra prendersi cura e prendersi dominio

I Surrealisti dicevano, in una lettera, ai direttori del manicomio: «*domani mattina, all'ora della visita, quando senza alcun lessico tenderete di comunicare con questi uomini, possiate voi ricordare e riconoscere che nei loro confronti avete una sola superiorità: la forza.*» È il potere, la vostra pratica di dominio, l'unica superiorità che avete nei confronti degli abitanti della Psichiatria. Una critica dei Surrealisti ancora oggi più che mai realistica, da molti riconosciuta ma da tantissimi altri ancora ignorata e osteggiata. La superiorità di quei direttori non era esercitata solo nei confronti dei pazienti, lo era nei confronti di tutta la popolazione psichiatrica, personale di custodia compreso che mai poté distanziarsi dalla pratica del controllo fino a spingersi al gusto e al piacere dell'assistenza, dell'empatia, della comprensione di cosa a quelle persone succedeva in quelle piaghe di sofferenza. Come i caporali, i direttori hanno tutti la stessa faccia. È quella stessa superiorità, che i direttori di manicomio riconoscevano a se stessi al di sopra del folle, la stessa che era al di sopra del custode dei matti ieri e dell'infermiere della Salute Mentale oggi, che rende me, infermiere, folle tra i folli. La stessa superiorità di oggi, di tanti direttori di oggi, che non hanno mai nemmeno per un solo istante messo in discussione il loro potere; la stessa superiorità, non basata su alcun fondamento, che puoi trovare nel primo medico, senza un solo giorno di specializzazione, che si trovi a lavorare in Psichiatria; la stessa superiorità che qual-

che psichiatra d'oggi si porta dietro per eredità dal padre.

L'istituzione esce dal manicomio ed entra nel sangue

Ci siamo in pieno. Il sistema delle porte aperte ha creato in pieno la paventata *istituzionalizzazione molle*; proprio un travestimento del *primitivo rapporto che alimenta servosignore*. È in pieno la colossale re-istituzionalizzazione in contenitori più piccoli di *malati di mente* rimasti ai margini del mondo produttivo e del controllo sociale. Una diversa istituzione totale con una forma ancora da individuare e forse mai più individuabile dentro ben definiti confini ma ampiamente definibile come diffusione del manicomio sul territorio.

L'istituzione invisibile

Una caratteristica della nuova istituzione, se vogliamo individuarla in una nuova e più subdola iconografia, è la sua *improbabile identità unitaria, improbabile coerente identificazione e improbabile identificabilità*. In altri termini l'istituzione è retta da una stessa logica che è improbabile trovare espressa e rappresentata in modo omogeneo nelle sue varie componenti. Una caratteristica ancora è il fatto che non ci si crede; che è sotto i nostri occhi, mentre ci racconta pazientemente tutto quello che non vorremmo, eppure non ci crediamo.

Dall'istituzione negata all'istituzione invisibile. Dalla de-istituzionalizzazione alla re-istituzionalizzazione.

Alla prima si è giunti attraverso la distruzione dell'ospedale psichiatrico, ritenuto luogo e fabbrica di istituzionalizzazione; alla seconda, nel suo rappresentare la nuova istituzione totale, si è pervenuti attraverso i non-luoghi, le non-catene che, sciolte da Pinel come catene, cambiati in materia, non sono state mai totalmente accantonate come strumento di cura; attraverso le non-regole forzate e le non-mortificazioni nel ritmo della vita dei non-ricoveri dei non-luoghi del territorio.

Gli oggetti e le immagini del manicomio, ad un certo punto, hanno prodotto un loro linguaggio di massa, comprensibile ai più. Capivamo subito il significato di una persona

dietro le sbarre del manicomio accusata di follia; come oggi subito si capisce il significato di una persona dietro le sbarre accusata di reità. Che di fronte a tale situazione siamo poi impotenti è sì altra faccenda ma non per questo meno dolorosa. Oggi le immagini della Psichiatria parlano raccontandoci il falso, il fittizio. Allora non comunicano più la realtà; il loro linguaggio non spiega la realtà che le riguarda ma la nasconde.

L'istituzione totale

La prima produzione necessaria per la Psichiatria, dopo la grande contestazione sboccata, o spentasi e conclusasi - *dipende dai punti di vista* - nella 180, era la produzione di pace sociale in un settore specifico: la tutela della salute mentale e la cura della malattia una volta intervenuta. Il movimento, nel senso di coinvolgimento nella problematica di innumerevoli persone, individualità, gruppi, associazioni, fotografi, giornalisti, doveva rientrare. Tutta la problematica doveva rientrare nelle mani della Psichiatria da un lato e dei professionisti per la Salute Mentale dall'altro. Tutti e tutto doveva rientrare dentro la 180. Ciò per molti fu l'occasione per chiudere con un movimento impertinente, per altri fu l'occasione di un riciclaggio morbido nella nuova dimensione, per altri l'illusione che una legge sarebbe stata sufficiente ad uscire dal manicomio e avviarsi ad una diversa comprensione del disagio relazionale. Prima di tutto dovevano rientrare gli operatori della nuova Salute Mentale: deporre la critica e passare all'applicazione delle *buone pratiche* possibili.

La pace sociale non si otteneva con un adeguamento dei servizi, la normale esecuzione delle *buone pratiche*, la garanzia di un'assistenza sanitaria di qualità anche in Salute Mentale; si otteneva ad un alto prezzo, prima sulla pelle dei pazienti, poi dei loro familiari, poi degli operatori stessi a cui è stata chiesta, o imposta, la complicità nel sabotaggio di quanto la 180 poteva garantire e delle *buone pratiche* perfino possibili; a cui si è imposto, nelle più svariate maniere, la fine della critica. In altre parole si è impedita, inibita, frustrata, sabotata, violentata, proibita, ostacolata la pratica delle *buone pratiche*. È

tale pratica, senza altro aggiungere, che è immediatamente critica dell'istituzione totale, della manicomializzazione del territorio, della Psichiatria che si ricicla nel territorio. Questo significa che quando una *buona pratica* s'è dimostrata efficace, efficiente, significativa, quando ha dato risultati soddisfacenti per il paziente e per la sua famiglia, quando è riuscita a funzionare in modo emancipativo per le persone con disagio relazionale, quando tale pratica poteva essere di buon esempio, quella pratica è diventata immediatamente critica dell'esistente istituzionale; allora diventava di cattivo esempio - *perché richiedeva più lavoro, più risorse, più coinvolgimento* - e doveva essere attaccata, sabotata, annientata, impedita e frustrata in tutti i modi possibili dai più subdoli ai più apertamente violenti. Assieme alla pratica si sabotava e distruggeva anche l'operatore responsabile di quella pratica. Il tutto accompagnato e sceneggiato dallo spettacolo delle innumerevoli riunioni d'équipe dove al massimo si può recitare il fittizio della critica. Il cerchio si chiude. Si amplificano le caratteristiche che fanno di una struttura un'istituzione totale. A fianco di poche sudate realtà esempio di una possibile coerenza tra teorie e pratiche rimane la stragrande maggioranza di servizi dove le teorie rimangono da un lato, le pratiche dall'altro o dove le pratiche vengono ritenute adeguate e corrette e i cattivi risultati ritenuti dipendenti dalla malattia incurabile.

Intanto nella maggioranza dei servizi, negli SPDC ancora si rinchiude, si lega, si picchia, si mette paura, si carica di psicofarmaci. Nessuna prevenzione, non si va a casa dei pazienti; la visita domiciliare è quasi sconosciuta. Si arriva a casa delle persone quando ormai hanno perso quell'equilibrio necessario per poter rimanere in modo soddisfacente in contatto col proprio ambiente e con gli altri. Condizione che trasforma un TSO da atto che potrebbe essere, dove non evitabile, preminentemente sanitario ad atto esclusivamente di ordine pubblico.

CSM, Centri di Salute Mentale, a cui è stato affidato un enorme ruolo sia dalla legge 180 che dai progetti obiettivi, ridotti a centri di spaccio di psicofarmaco dove non si ha il

tempo nemmeno di parlare tre minuti con la persona che pone richiesta.

Centri diurni in cui si produce lo spettacolo della riabilitazione e non certo la riabilitazione.

L'istituzione totale di oggi, anche se non del tutto, si è liberata di vecchie strutture e simboli di identificazione. In essa troviamo essenzialmente gli effetti di un taglio del linguaggio: o non riusciamo più a capire quello che sta succedendo o capiamo una cosa per un'altra. Ci troviamo in una condizione in cui tra quello che pensiamo e capiamo e la realtà non c'è nessuna aderenza. E pure chiara è la sensazione e l'intuizione di una manipolazione: sentiamo che qualcosa non va ma non sappiamo dire bene né cosa né perché. I familiari ne sanno sicuramente più di noi.

A partire dalla propria pelle

Un'assistente sociale, sofferente anche lei, vittima di una pesante malattia che la tiene in vita per miracolo, si prodigava, cantandomela in mille modi, nel convincermi a lavorare con la mia auto personale, tra l'altro in prestito. Un Centro Diurno senza un'auto è un servizio senza mani. Avevo sempre spinto affinché si facesse qualcosa di serio per avere se non altro un'auto. Tutte le volte, ed erano proprio tante, che c'era il bisogno di andare a casa delle persone, l'assistente tornava a redarguirmi, con la sua proposta/invito di lavorare con la mia auto, per la mia insensibilità nel non capire che non possiamo aspettare per lavorare che l'azienda ci dia la macchina. Quando un bel giorno, dopo l'ennesima sua richiesta, le dissi che non mi sembrava corretto giocare sulla pelle degli operatori fece succedere un inferno. E non dico altro. Il potere delle assistenti sociali in Psichiatria è enorme a fianco degli psichiatri. Nella sua decisione d'attaccarmi per quanto m'ero permesso di dire, quella donna ebbe tale caparbia da mettere da parte ogni cosa, sua sofferenza compresa, per dedicarsi a creare di me, anche agli occhi dei responsabili, l'immagine di infermiere conflittuale, di uno che non si fa i fatti propri. Nello stesso tempo si stavano lavorando un infermiere che aveva un mezzo più appetibile del mio, un fuoristrada. Se tutto ciò vi dà la sensazione che io stia parlando di

una cosa diversa della logica psichiatrica, di una faccenda del tutto personale credo che vi sbagliate di grosso. Per capirlo e andare oltre dovremmo, per esempio, capire cosa significa in un Centro Diurno, la mancanza di risorse, come le auto, in assenza di prevenzione, in assenza di cura, in assenza di lavoro con le famiglie, in assenza di riabilitazione, in assenza di continuità terapeutica, in promesse non mantenute, in cronicizzazione, in perdita di fiducia e di speranza e in tant'altro ancora.

Nei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale oggi non troveremo il ferro delle grate, delle chiavi, delle sbarre, dei cancelli. Troveremo invece, abbondantemente, personale con scarsa preparazione tecnica e umana, con scarsa formazione, con scarsa motivazione, cronicizzato nella Sindrome di Burn-out. Chi lavora in Salute Mentale da anni, sa che, in questo settore, il problema della formazione oltre ad essere pesante ed insormontabile è stato ed è grave per le gravi conseguenze che comporta. Problema che si aggrava sempre più scendendo da Nord verso Sud d'Italia. Ciò non toglie che per me, infermiere con un curriculum formativo e professionale non indifferente per gli ambiti della Psichiatria, non è stato strano alla presentazione della mia esperienza e del mio curriculum sentire direttori di modulo... osservare: *chissu cchi bo sentiri diri!!! (Quello, che cosa vorrebbe dire? Un atto di squalifica e di svalutazione della formazione, della professione, per dire: tanto con me non ti servirà a niente.)* O altri, in relazione ad una mia richiesta di lavoro e in relazione ad un altro infermiere, proveniente da quarant'anni di manicomio, dire: *grazie; non abbiamo bisogno. Abbiamo lui che lo conosciamo da una vita e non abbiamo bisogno di altri infermieri.* Come strano non è stato che la mia scrupolosità professionale, al Nord si chiamava professionalità di un infermiere, al Sud si chiama: *infermiere che non si fa i fatti suoi, o infermiere troppo impegnativo.*

Nuova chiusura

Come facciamo a sapere cosa stanno realmente facendo a Guglielmo, giovane di ventisei anni con una diagnosi di ritardo mentale medio, rinchiuso, sicuramente da sette anni, in un Centro Diurno? Relativamente ad

un Centro Diurno possiamo utilizzare il termine “*rinchiuso*” per una pratica che del “*rinchiudere*” ha tutte le caratteristiche, o si tratta di termine improprio e diffamante? L'accusa di diffamazione è alla portata di ogni psichiatra che si sente criticato. La Psichiatria dovrebbe così denunciare per diffamazione un'intera popolazione a partire dalle famiglie dei pazienti. Se diffamati si sentivano i direttori di manicomio figurarsi, oggi, i direttori di modulo, che si sentono accusati di una dimensione chiusa quale può essere anche quella di un Centro Diurno. Spesso si tratta di Centri chiusi anche quando sono sempre con la porta aperta. Se un Centro Diurno riesce a mantenere al suo interno un Guglielmo qualsiasi, provocando in lui un forte senso di dipendenza, per lunghi anni, senza avere mai definito in quale progetto e in quale prospettiva; se in un Centro Diurno con la porta aperta una psichiatra può denunciare me infermiere al tribunale dell'azienda accusandomi di avere in esso introdotto una laureanda all'Accademia di Belle Arti e, per di più, non avere impedito che un paziente – *per il quale non c'era comunque nessuna prescrizione contraria* -, con una storia di manicomio e di cronicizzazione alle spalle, parlasse con mia figlia [incontro accusato come “*interazione*”], per mostrargli i suoi bei dipinti... più chiusura di così si può anche morire. Cosa si può dire di un Guglielmo che continua per sette anni a girare di gruppo in gruppo, senza mai sapere perché, senza mai un progetto personalizzato in senso riabilitativo ed emancipativo? Tutto va bene. Come fa a non andare bene se così è stato stabilito dal responsabile o dal direttore? Va al Centro Diurno tutto i giorni; ritorna a casa tutti i giorni. La mamma è contenta perché c'è qualcuno che bada a Guglielmo. Il contesto è soddisfatto. Non prende nemmeno psicofarmaci. Tutto va bene. Chi mai penserebbe di sostenere che la realtà di Guglielmo ha le caratteristiche di una nuova realtà manicomiale? Nessuno. Eppure sentiamo che c'è qualcosa che non va; qualcosa che ci inquieta e non ci da pace. Mentre ormai, tolte o ben truccate le catene, i direttori si sentono in una botte di ferro, lontani da una anche solo appena immaginabile critica.

Tra le pieghe dell'incertezza

Alla base di tutto ciò soggiace una considerazione, quella che, dopotutto, nessuno può dire quale sia l'intervento terapeutico riabilitativo “*giusto*”; nessuno può dire che occorre fare *una cosa* più tosto che un'altra in quanto più corretta o più giusta. Ciò significa che se, ancora oggi, alla base di tantissimi interventi *terapeutici* ci sono delle lampanti logiche manicomiali nessuno può criticare quegli interventi in quanto quelli eventualmente proposti in alternativa non presentano più adeguatezza, più sicurezza, più necessità, più scientificità, più evidenza scientifica rispetto a quelli criticati.

Le “*buone pratiche*” fanno solo ridere non solo certi direttori di modulo ma anche certi psichiatri che ancora maledicono contro chi ha fatto chiudere i manicomi. E sono tanti.

Ciò significa che qualsiasi cosa si faccia, per il solo fatto che questa non abbia sembianza di catena, diventa quella giusta, non criticabile, non attaccabile, indiscutibile specie se l'obiezione a certe pratiche dall'evidente disgusto manicomiale è proveniente da una critica infermieristica. Per molti di costoro l'infermiere di oggi, se vuole lavorare in Salute Mentale, lo può solo se alla stessa stregua del custode di manicomiale memoria, e cioè, come minimo, subordinato allo psichiatra. Provare per credere. Basta solo tagliare con la complicità. L'azienda non perde tempo a comunicarti che non si riconosce all'infermiere l'autonomia professionale dal medico in quanto, essendo tutti pubblici dipendenti, si è tutti sottoposti a gerarchia. Se la professione infermieristica non è autonoma da quella medica è certo che l'infermiere è subordinato e, se lavora in Salute Mentale, doppiamente subordinato.

Cosa si fa con un Guglielmo qualsiasi

Chi può capire se il progetto di un Guglielmo qualsiasi sia quello giusto, quello corretto e coerente con la sua malattia. Chi può capire se Guglielmo ha un progetto o se quello che *gli fanno fare*, le cure che gli praticano corrispondano solo ad una generica promessa riabilitativa.

Eppure c'è qualcosa che m'inquieta. Forse una conclusione. Non espressa a parole ma agita, nei fatti. Guglielmo è senza cervello o, volendo essere generosi, ha un cervello di una gallina. È inutile perderci tempo più di tanto. Per fortuna che c'è un Centro Diurno che se lo tiene tutti i giorni, che se lo porta a teatro, che lo porta in piscina, che lo fa mangiare due volte la settimana, che lo manda al gruppo computer. Cosa si vorrebbe di più! Se uno come lui, che qualche anno prima sarebbe stato rinchiuso in un manicomio, oggi è libero di entrare ed uscire quando vuole da un Centro Diurno, è il massimo che la Psichiatria ha raggiunto. Meglio di così non può andare. Eppure c'è qualcosa che m'inquieta, un sospetto che avvia la sua acida corrosione. Un qualcosa che non si può dire. Alla prima occasione incomincia a trasparire non l'assenza di un progetto ma qualcosa che ha le sembianze di un progetto ma un progetto non è; la sensazione che, nel suo fare quotidiano, Guglielmo stesse agendo una sua spinta personale mentre in realtà il suo è un essere costantemente in balia degli altri; la sensazione che la sua sia una giornata da tempi dettati dalle sue esigenze mentre in realtà i suoi tempi sono dettati da altri, da esigenze organizzative che non tengono minimamente conto della sua individualità e delle sue specifiche e del tutto personali circostanze.

Parola di ritmo

Il tintinnio di chiavi è sempre un guardiano o un carceriere... se non hanno buttato la chiave a mare. Il lampo annuncia sempre il tuono. Il vento anticipa la pioggia. La campana a morto attende la bara. Il ritmo dei servizi mi parla del manicomio.

Eppure qualcosa m'inquieta.

Non ci stiamo trovando ancora di fronte al ritmo che conosciamo. Non siamo di fronte allo stesso ritmo istituzionalizzante in cui si articolava la vita nell'asilo? Non stiamo riproponendo un succedaneo del manicomio con il pericolo che, non essendo quel manicomio che conosciamo, non troveremo mai la forza di contrastare?

Quanto qua sto raccontando, pecca, certamente, di una visione e di un'esperienza personale. Non ha la pretesa di dire che tutti i

centri diurni funzionino alla stessa maniera. D'altra parte il racconto non può non partire e fare riferimento ad una esperienza personale.

La struttura che trattiene di più il paziente, oltre i piccoli manicomi che hanno chiamato CTA – comunità terapeutiche assistite - e CTA affini, è il Centro Diurno. Al CD entri se qualcuno ti ha aperto la porta... anche quando la porta è aperta. Ti muovi negli spazi che ti hanno imposto e nei tempi. Ti identifichi con le regole e lo schema dell'istituto molle. Non hai spazi tuoi, non movimenti tuoi, non iniziative tue, non possibilità personali. Ospite provvisorio anche se definitivo. Il personale ti controlla, a partire dagli ausiliari. Gli operatori vigilano su di te. Non puoi aprire una finestra dove il direttore non ha chiesto le sbarre di protezione.

Eppure qualcosa m'inquieta.

È la malattia

Come possiamo capire cosa sta succedendo realmente. L'uomo che frequenta oggi i servizi psichiatrici ha un suo scopo, ha un futuro, ha un interesse, ha uno sguardo, ha un'attesa, ha una speranza verso cui tendere? C'è dell'uomo in quell'uomo? Se di tutto ciò avesse anche solo traccia, quella traccia è presa in considerazione nel progetto che lo riguarda? Un progetto generico quello che i responsabili devono esprimere istituzionalmente, per il caposettore che lo chiede, per porre l'istituzione con la coscienza a posto, può trovare spazio per uno scopo, un futuro, un interesse, un'attesa, una speranza?

Un servizio di Salute mentale mira a garantire esclusivamente l'acquietamento degli eccessi della malattia o ha una sua progettualità, una sua filosofia; una sua organizzazione che tiene conto di promuovere in una persona il suo scopo, il suo futuro, il suo interesse, il suo sguardo, la sua speranza? E se ha mezzi e strumenti in tal senso quali sono e dove sono?

La malattia, se rottura di un equilibrio preesistente, se esasperazione di uno stato di equilibrio compensato preesistente, nella sua entità di complessità relazionale, nel suo porsi quale Disagio Relazionale fino ad un Grave Disagio Relazionale, ha fatto sì che la persona perdesse in libertà. Una protesi farmacologia

può contribuire alla riconquista della libertà affievolita. Nonostante ciò troviamo persone del circolo psichiatrico indifferenti, apatiche sotto molti aspetti, che hanno perso l'interesse per la vita. Che ci possiamo fare? È la malattia. Spiegazione immediata. Ma è realmente la malattia che nonostante il farmaco inchioda la libertà e il gusto per la vita o è l'azione della nuova istituzionalizzazione del territorio che subdolamente cronicizza a larva umana in cravatta e scarpa lucida?

Abbiamo imparato a mettere tra parentesi la malattia per andare ad incontrare la persona nel suo corpo, i suoi bisogni, le sue possibilità, le sue aspirazioni, le sue potenzialità, le sue parti sane per invitarla attraverso il dono di noi stessi a ritornare per un viaggio sintelico quale tentativo di messa in moto di un processo di promozione relazionale?

Rendere visibile la Psichiatria

Se le *buone pratiche* dimostrano che oggi si può in una prospettiva, pur sempre criticabile, della Salute Mentale; devono nello stesso tempo dotarsi di quegli strumenti necessari a rendere visibile la Psichiatria. Un operatore sanitario non può considerare le *buone pratiche* mentre pratica la complicità. Dove c'è complicità con la logica della Psichiatria di sempre non ci possono essere le *buone pratiche* della Salute Mentale.

«Non è possibile abbassare la guardia». Questo, in realtà, per voler dire che è sempre possibile abbassarla ulteriormente. Non solo. Anche per evidenziare il contributo che nella difesa della vita, attraverso la difesa della Salute Mentale, può e deve venire, prima di tutto, dagli «operatori». No perché agli operatori io attribuisca il ruolo di *intellettuali* da cui dipende l'emancipazione dell'umanità, ma perché, l'operatore, essendo all'interno della realtà sanitaria che si occupa del settore, hanno più di altri la possibilità di avere quei dati e quelle analisi in grado di lasciare emergere la varietà della nuova Psichiatria. Sono loro che, per il punto di vista privilegiato in cui si trovano, possono più agevolmente conquistare quell'informazione necessaria e indispensabile da portare fuori dall'istituzione, verso chi non trova più un linguaggio comprensibile di quello che sta accadendo in Psi-

chiatria; loro che hanno più di altri la possibilità di lasciare emergere la realtà nascosta della nuova Psichiatria.

Non è un caso che sia i media che gli opinionisti riducano la loro attenzione alla Salute Mentale solo alla questione della legge. Storace e il suo governo hanno fretta a cambiare la 180 e, viste le proposte che ci sono state, non possiamo sperare in meglio. Il grido allarmato verso questo tentativo arriva in ritardo, ma mai troppo in ritardo, su quanto già di fatto la Psichiatria ha concretizzato e realizzato sul territorio; mentre la promessa di cambiamento, sicuramente peggiorativa, della 180 altro non è che il tentativo di dare riconoscimento, il dare un'ufficialità legale a quanto, con le pessime pratiche di tutti i giorni, si è realizzato già nei servizi, paradossalmente, nonostante tutto, chiamati della «*Salute Mentale*».

La legge è già cambiata nei fatti

La legge, già l'hanno peggiorato nei fatti, tutti i giorni, a partire dall'attacco, perfino persecutorio, di chi ha lavorato nei servizi da un lato con uno sguardo critico e dall'altro dimostrando che è possibile un approccio diverso da quello manicomiale alle problematiche della Salute Mentale. A fianco del tanto che è stato fatto in pochi, tant'altro ancora è stato fatto in modo parziale, approssimativo, riduttivo, distorto e, perché non dirlo, totalmente fuorilegge.

Tali considerazioni però rimangono dal sapore ideologico e molto parziali se non riescono ad evidenziare e lasciare emergere, nello stesso tempo, il loro significato. La gente, media ed opinionisti compresi, manca degli elementi di analisi e dei dati per capire qual è il senso di ciò che, per la maggior parte dei casi, è *stato fatto in modo distorto*. Non ha elementi per accorgersi di quanto, tale distorsione, sia costata in sofferenza, al popolo della Psichiatria e quanto ancora costa anche a quegli operatori che si permettono di muoversi negli ambiti della Salute Mentale con uno sguardo autocritico e critico nei confronti di ciò che, a partire dall'operato personale, ci può essere di manicomiale nella Psichiatria.

Nella logica di sempre

Dove, nella prospettiva della ricerca, della diffusione e del radicamento delle *buone pratiche*, in tempi di 180, vengono repressi, isolati, esclusi, perseguitati, anche gli operatori, e per conseguenza gli stessi pazienti, noi siamo già fuori dalla 180 nei fatti. Siamo in una logica manicomiale, la stessa che imbizzarriva i direttori di manicomio che si sentivano criticati ai tempi della grande contestazione della precedente espressione dell'istituzione totale. Siamo in tempi in cui all'operatore possono essere impediti le *buone pratiche* a favore della produzione di consenso, di pace sociale e complicità

Chi vuole guardare criticamente quello che avviene in troppi luoghi, senza muovere un dito, deve immaginare, e lasciare anche credere, che quei luoghi siano lontani da sé. Perché, se si accorge che quei luoghi, diversamente da come voleva immaginare, più che altrove da sé, sono gli stessi luoghi che calpesta e in cui presta la sua professione, pur se il suo è uno sguardo critico, si deve ritenere immediatamente complice di quelle parzialità, di quelle approssimazioni, di quelle riduzioni, di quelle distorsioni.

Lo smembramento in regioni è l'ulteriore smembramento della forza delle *buone pratiche*. Specialmente in quelle regioni in cui manca una tradizione di lotta anti-manicomiale, il potere di uno Stato Regionale diventa ancora più assolutistico. Se a ciò si aggiunge la scarsa intesa, il disimpegno, il disamoramento, la mancanza di solidarietà, il pessimismo anche di coloro che vogliono che la propria rimanga una professione d'aiuto e non venga trasformata nel nuovo aguzzinaggio del manicomio diffuso sul territorio, lo Stato Regionale diventa solo ed esclusivamente pura e semplice gestione di asfissiante potere. In tali condizioni l'impegno degli operatori che fanno riferimento alla prospettiva della Salute Mentale, per quanto criticabile sia anche se sicuramente emancipativa rispetto anche alle attuali pratiche manicomiali, viene non solo facilmente nullificato ma anche criminalizzato e gli operatori esclusi, emarginati dove non chiaramente repressi. Se dopo più di vent'anni di 180 ci ritroviamo ancora oggi con Centri Diurni, non certamente CTA, privi

tra l'altro anche di mezzi di spostamento sul territorio, si vede che il lavoro degli operatori di Salute Mentale, se non è valso a poco, ha trovato scarse capacità di difesa: le *buone pratiche*, vanno non solo conquistate, acquisite ma, necessariamente, prima di tutto difese.

Quando diciamo che il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio e al ricovero trova spesso forme di attuazione dannose, tardive, burocratiche, violente e lesive dei più elementari diritti, abbiamo sicuramente espresso un concetto significativo di qual è la situazione della Psichiatria attuale. Tale concetto però niente esprime racconta o narra della sofferenza che è costretta a patire una persona in trattamento sanitario; tutta come sofferenza aggiunta, istituzionale, spesse volte per niente legata alla condizione di salute di quella persona. Anzi, la violenza istituzionale, che passa attraverso la riduzione e la distorsione, viene vista e viene spudoratamente spacciata come logica e inevitabile conseguenza legata alla follia, alla malattia della persona. Come se noi dicessimo: *pur troppo, è pazzo e deve stare in manicomio*. Dico tutto ciò con la piena e sicura consapevolezza di nulla stare togliendo a quanto in complesse difficoltà, curati e curatori, ci troviamo di fronte ad una condizione di disagio relazionale.

Il TSO non è frutto e conseguenza degli operatori che lo prescrivono e lo eseguono, della prevenzione che non esiste, del non avere mai portato una visita domiciliare a quella persona, ma è frutto della follia stessa. Anzi, dallo psichiatra che l'ha richiesto e prescritto, viene fatto passare come un atto di pietà e di pronto intervento contro un più grande pericolo di vita.

Senza volere stimolare il risentimento di chi, nonostante tutto, ha fatto meglio; se il discorso generalizzato è di questo tipo, ritengo che sia una irresponsabilità non dichiarare di trovarci, tutti quanti, in pieno manicomio diffuso sul territorio. Solo da tale consapevolezza si può ritrovare il primo sguardo critico necessario ma anche coerente alla realtà per capire cosa fare.

L'imbarazzante dissociazione fra teorie e pratiche niente dice di nuovo se non riesce a fare emergere nella sua violenta soffe-

renza e significato quanto tale dissociazione produce in danno e sofferenza nella popolazione psichiatrica. Di un diabetico che muore perché non gli si è praticata la dovuta dose di insulina, noi non diciamo che è morto per l'imbarazzante dissociazione tra teorie e pratiche. Diremmo che è morto per la responsabilità del medico e dell'infermiere che non gli hanno somministrato la giusta medicina. Per le persone portatrici di un Disagio Relazionale mai abbiamo né giusta prevenzione, né giusta medicina, né *buone pratiche*, né giusta riabilitazione. Abbiamo solo delle ipotetiche teorie la cui applicazione rimane un optional. Le pratiche che sono obbligatorie per alcuni tipi di sofferenza, per la Salute Mentale sono optional. Altro che dissociazione!!!

Da direttori di manicomio a direttori di modulo

In tale logica, chi decide, chi sceglie? Naturalmente chi ha potere, lo psichiatra, il direttore del nuovo manicomio.

Psichiatria restrittiva? Ignorare e sabotare le *buone pratiche* possibili, il fare in modo parziale, approssimativo, riduttivo, distorto; il rendere, con lo smembramento delle Regioni, sempre più diseguale e precario il concreto diritto alla cura delle persone con disturbo mentale; il ricorrere ai trattamenti sanitari obbligatori e ai ricoveri in forme di attuazione dannose, tardive, burocratiche, violente, lesive dei più elementari diritti; la triplicazione dei TSO in molte aree del Paese; il mantenimento di Comunità Terapeutiche Assistite (CTA) con 40 posti letto, gestite sia dal privato che strutturati come servizi del DSM, come a Palermo; la cronicizzazione istituzionale, di cui è accusata la malattia, l'esclusione, la deriva sociale; la distruzione, a più livelli, e in tantissime realtà di quanto s'era faticosamente cercato di costruire in vent'anni; il mantenere la realtà di tanti e tanti servizi assolutamente lontana da quanto la stessa 180, pur se legge quadro, ha prescritto; la carenza, fino all'assoluta mancanza, di risorse; l'abitudine, in otto servizi su dieci, di legare i pazienti; tutto questo e tant'altro ancora, rappresenta la condizione attuale che pone immediatamente la popolazione psichiatrica non solo all'interno di forme di Psichiatria restrittiva

ma rappresenta anche la condizione che ci deve dare l'idea di una vera e propria realtà di manicomio diffuso sul territorio.

Non ci si crede? Basta provare a passare dalla Psichiatria. Eppure qualcosa m'inquieta.

Palermo 27 Gen. 2006

Gaetano Bonanno

Questo documento lo troverete pubblicato anche sul sito: **www.contraria-mente.it**