

## Commento di Antonello D'Elia Presidente di Psichiatria Democratica

Erano gli ultimi anni '70 quando frequentavo i seminari che Sergio Piro teneva nella sua grande stanza dell'ospedale psichiatrico Frullone dedicata a Giulio Maccacaro. Laureato, ho continuato a seguirli nutrendomi del clima di entusiasmo che emanava dalla legge di riforma da poco approvata e dei modi affabulatori e colti del 'maestro'. Si parlava allora della "lisi dello specifico psichiatrico", un modo suggestivo per preparare quell'antropologia trasformazionale che, dopo gli studi sul linguaggio schizofrenico che gli avevano conferito una indiscussa autorevolezza, era la proposta operativa che vedeva un nuovo sapere e nuove pratiche nel futuro della psichiatria riformata italiana. Nutriti della critica alle pretese scientifiche della psichiatria accademica e ospedaliera, consapevoli della sua infondata smania classificatoria, sospettosi verso l'immaginario farmacologico trasformato in strumento di oppressione e violenza istituzionale, affinavamo strumenti cognitivamente sofisticati ma rimanevamo scoperti di quel fare che eravamo invitati ad abbandonare. Quali erano i canali riproducibili di trasmissione di quel sapere pratico, e come potevamo attrezzarci per non chiuderci nei recinti di questo o quel sapere di scuola e dare consistenza e futuro al nuovo che si apriva davanti? Ricordo la combinazione di orgoglio intellettuale e di inadeguatezza pratica che mi spinsero a continuare a frequentare la clinica universitaria dove mi ero laureato con uno psicoanalista eterodosso e vicino al movimento antiistituzionale, e dove entravo in contatto coi matti, gravi e meno gravi, ma portatori di quella sfidante destabilizzazione che la follia infonde in chi vi si accosta. Un'arte da apprendere prima di metterla da parte... Poco dopo, la mia partenza dalla città natale alla ricerca del fare, del confronto con le pratiche della riforma. Questi brevi ricordi personali mi servono a collegarmi con quanto Benedetto Saraceno descrive nella sua bella lezione e nei più recenti interventi da lui pubblicati. Gli anni che sono seguiti alla 180 e alla riforma sanitaria sono stati ricchi e complessi e hanno visto incrociarsi il 'balbettio' della nuova psichiatria territoriale che Basaglia lucidamente intravede nascere, con tutti i suoi rischi e limiti, la trasmissione orale e per contatto della cura comunitaria, il fiume carsico di una tradizione manicomiale e postmanicomiale che non cessava di emanare i suoi effetti a distanza anche nel nuovo clima di rottura col passato, il bisogno di riferimenti culturali e clinici su cui basare la propria azione, il progressivo restringimento dei luoghi di riferimento della galassia riformista che da rete di luoghi e persone attiva in tutto il paese, ha finito successivamente per concentrarsi su Trieste presentata come modello unico di riforma compiuta e *gold standard* da seguire senza compromessi. Tanto c'è da dire e tanto è stato già detto: Saraceno non risparmia nella sua analisi nessuno di questi punti, anzi arricchisce il quadro nella sua rilettura a posteriori delle ragioni 'glocal' del progressivo ritorno al passato e della deriva a cui stiamo assistendo. Ciascuno dei punti da lui toccati potrebbe arricchirsi del confronto con le esperienze concrete, con le aperture e gli scogli con cui si sono scontrate e con la difficoltà a fare sistema

della gran mole di lavoro per la salute delle persone, di relazioni, di networking politico che hanno accompagnato i nostri anni di impegno. Ci sarebbe da raccontare come si sia persa l'occasione operativa e normativa per sganciare la salute mentale dall'identificazione con la psichiatria medica e come sia avvenuto, nel silenzio di tanti, l'abbraccio soffocante con l'aziendalizzazione, la sua retorica quantitativa e la sua pragmatica performativa, individualistica e mercantile che ha visto realizzarsi sotto i nostri occhi la moltiplicazione dei posti letto. Due tuttavia sono i punti che mi preme estrarre dalle parole di Benedetto Saraceno. Il primo riguarda la cura, o una 'terapeutica' basagliana. Il secondo gli operatori della psichiatria del quotidiano.

Sono convinto con Saraceno che è esistita ed esiste una TERAPEUTICA antiistituzionale, in grado di produrre salute e mirata all'evoluzione e all'inclusione delle persone: una cura non solo individuale, familiare o grupale ma dello stare in relazione, dei contesti sociali. Antiistituzionale non è una attestazione di ribellismo: identifica solo quali 'no' e quali 'si' vanno pronunciati e messi in atto. Non si può trasmettere la complessità sistemica di principi e pratiche con le sole ingiunzioni interdittive. Nel tempo, la dimensione propositiva, a mio avviso, non è stata sufficientemente curata, e a poco sono serviti quei testi (tra essi penso al manuale di psichiatria di Renato Piccione, a quello, pur illuminante, sull'intrattenimento di Saraceno) o quei corsi (ad esempio gli ECM annuali di PD Formazione) che hanno provato a rompere il muro, anch'esso istituzionale, di un sapere accademico ben altrimenti orientato. Nel complesso sono mancati i luoghi e i mezzi della trasmissione e l'assunzione del rischio, ma anche della responsabilità, di dare forma organica alla mole di esperienze prodotte nel tempo. Non certo una manualizzazione, ennesima illusione procedurale di discipline di respiro e anima corti, ma il trasferimento del pensiero critico in prassi attive definite e descrivibili che ne rispecchiassero il senso. Di fronte a proposte riduttiviste, pretenziosamente scientifiche, sarebbe stato utile mostrare come evitare di estendere indebitamente lo schema medico quantitativo, importato in psichiatria, per la quale la complessa operazione di diagnosi si risolve in etichettatura, il trattamento nella somministrazione di farmaci e nel ricovero al letto, la prognosi, già scritta, nell'esito cronico. Altrettanto efficace sarebbe stato indicare come opporsi alla gestione totalizzante delle vite che avviene attraverso l'offerta di posti letto svuotando i grossi contenitori residenziali e trasformandoli in luoghi dell'abitare. E ancora, in che modo ricoverare senza pensare che il paziente sia un pericoloso criminale da neutralizzare e il TSO una punizione poliziesca per la sofferenza emersa sotto forma di crisi; dialogare e contrattare relazionalmente con la persona per non legarla al letto illudendosi che attraverso il corpo se ne possa piegare la mente. Pensiamo a quale esito ha tuttora apprendere a usare i farmaci senza delegare a degli oggetti il rapporto umano credendo che la chimica possa risolvere laddove mancano le relazioni, e, infine a dimettere senza abbandonare in luoghi di parcheggio prolungando i ricoveri in luoghi 'accreditati' alla reclusione. La cura, termine caro a Saraceno, è tutto questo se non si chiude nei luoghi dell'istituzione sanitaria perché le persone trascorrono molto più tempo fuori dai CSM e dai luoghi della psichiatria che al loro interno, e quindi è il 'fuori' il contesto da

rendere accessibile, vivibile, condiviso e non ostile. Non è utopico adoperarsi perché ragione e follia dialoghino, ma solo un modo 'alto' di descrivere quei faticosi processi di integrazione psichica ed emotiva verso cui dirottare la sofferenza individuale che nasce dalla fuga dal dolore e dalle difese. E non è lavoro accessorio a quello della cura creare comunità, luoghi di scambio materiale e simbolico che richiedono impegno, coraggio, rischio, esposizione, coinvolgimento di attori politici e del sociale e non esperti in recettori. Come non lo è l'inserimento lavorativo reale, sostenuto a livello cooperativo, attivante e capace di dare dignità di soggetti agenti alle persone che "non sono" la loro sofferenza. Questione più che mai attuale, peraltro, perché esistono ora strumenti operativi come la co-progettazione e il budget di salute che non devono diventare slogan consolatori per un futuro che non arriva mai, riconoscendo la cooperazione integrata nell'operatività dei servizi in una dimensione paritetica e non di sfruttamento. Si potrebbe continuare con i percorsi delle REMS non intese come sostituti 'agili' degli OPG, con una neuropsichiatria infantile che faccia cura e non psicodiagnostica e certificazioni per i minori, o anche con un approccio alle persone che provengono da paesi lontani nella disperazione che aiuti a restituirle alla loro soggettività umana e non le consideri d'ufficio delinquenti, approfittatori o malati.

Da sempre antiistituzionali abbiamo opposto all'istituzione un pensiero e delle pratiche critiche: quando l'istituzione era il manicomio, e anche dopo quando la psichiatria territoriale è rimasta istituzionale. Ma pur sempre psichiatria, una dimensione a cui non abbiamo mai rinunciato non per affezione corporativa ma per la sua collocazione in una rete pubblica di servizi per le persone, i loro diritti e per la loro salute. Una salute mai identificata con quella proposta dall'approccio biomedico ma attenta ai determinanti sociali delle malattie, legata ai territori e a una visione sistemica ed ecologica dell'ammalare e del guarire. E in ogni caso da affidare a una psichiatria umile di fronte alla complessità della follia, capace di rinunciare alla sua pretestuosa arroganza e di lasciare spazio a prassi non di guarigione ma di cura: delle relazioni, delle persone, delle comunità, del sociale.

E poi c'è il ruolo degli operatori della salute mentale, gli attori della psichiatria del quotidiano. Nel timore dell'irrigidimento disciplinare, già intravisto da Basaglia del resto, si è confuso un approccio alla Salute Mentale fondato sulla **relazione di cura** e sulla **competenza psicologica** individuale, familiare, di gruppo e di comunità, con l'impiego e l'adozione di **tecniche** psicoterapiche. Altri hanno strumentalmente assimilato un'organizzazione delle cure centrata sulla restituzione concreta di spazi di libertà e di soggettività per le persone sofferenti (a partire dal **diritto** all'ascolto, al rispetto, al riconoscimento delle individualità e delle appartenenze) con la disseminazione di pratiche accusate di non essere scientifiche in quanto non misurabili, assistenziali, nell'accezione pietistica, caritatevole e amministrativa del termine. Sono convinto che vi sia stata una mancanza di cura nei confronti di coloro, unica risorsa umana relazionale, che avrebbero potuto rendere viva quella psichiatria e creativa quella salute mentale tanto spesso evocata come alternativa alla prima: dei giovani spesso deformati dall'accademia da cui provenivano, ma anche dai tanti che con le loro forze e i loro riferimenti hanno inventato un modo diverso di entrare in contatto con la

sofferenza mentale e relazionale. Gli operatori della sanità, ma anche i decisori amministrativi e politici, gli interlocutori territoriali, sono stati chiamati in causa per le loro mancanze, contrapponendoli a quella 'minoranza' di memoria basagliana (e gramsciana) forzatamente intesa come depositaria prevalente, se non unica, del nuovo saper fare. Legioni di operatori, medici, psicologi, infermieri, educatori, cooperanti che pure hanno fatto vivere la riforma del 1978 nella loro azione quotidiana, si sono sentiti sempre più soli, legati in modo sentimentale a una stagione 'eroica' della loro vita professionale ma non riconosciuti né attivamente sostenuti nelle nuove sfide dell'azione territoriale e nel loro impegno genuino. Come se la militanza avesse dovuto sostituire la competenza e l'appartenenza diventare un'esclusione. È certamente ingiusto attribuire a pochi responsabilità radicali di fenomeni sociali, culturali, politici ed economici di più vasta portata. Certamente coltivare miti personali o geografici non ha aiutato lo sviluppo organico e sistemico di un modo di curare che non passava per le strettoie medicalizzate delle aziende e nemmeno per i postumi revanscisti della psichiatria medica.

Un quadro desolante e disperante allora? Non direi, nonostante i tempi non siano propizi. Una rete di servizi su base nazionale esiste e va difesa. I saperi pratici non solo non sono scomparsi ma si sono arricchiti di sensibilità, strumenti, esperienze che non cessano di sfidare l'apparente monoliticità della psichiatria biomedica e cognitiva. Un'aria di decolonizzazione circola nelle associazioni degli utenti, degli uditori di voci, nella cooperazione, nella resistenza cocciuta alla riduzione della povertà e della migrazione a problemi individuali e sanitari, nella capacità di mobilitazione di forze altrimenti isolate, come avvenuto per EXPO Salute Mentale 2018. Una consapevolezza di come le differenze siano una ricchezza e non un pericolo si fa strada (si pensi anche al Manifesto della Salute Mentale). Ancora una volta l'occasione sta nell'aprirsi, nel non sospettare del vicino di percorso, nella capacità di mettere a sistema e dare maggiore visibilità a quel che si pensa e che si fa. In questo l'auspicio che lezione di Saraceno non sia l'ultima ma la prima di un percorso che continua.