BENE COMUNE



LA RIVISTA

10/2018

Urlando contro il cielo

In rete

La Rivista, Numeri, Urlando contro il cielo

Redazione | 31 Ottobre 2018

Proponiamo una serie di materiali (articoli, film ecc..) che affrontano il tema della salute e del disagio mentale, con un attenzione specifica alla ricorrenza dei 40 anni dalla legge Basaglia

Valeria Pini (a cura), La legge Basaglia compie 40 anni, cosa resta della rivoluzione in Repubblica.it (9 maggio – 1 ottobre 2018)

Serena Zoli, La Legge Basaglia 40 anni dopo in Fondazioneveronesi.it (15 maggio 2018)

Maria Giovanna Failla, 40 anni di Legge Basaglia, 20 milioni di italiani curati fuori dai manicomi in Corrieredellasera.it (9 maggio 2018)

Barbara Massaro, Legge Basaglia: dopo 40 anni come è cambiata la cura del disagio mentale in Panorama.it (30 aprile 2018)

Marco Sarti, Diciassette milioni di italiani convivono con un disturbo mentale. Ma solo uno su tre riceve le giuste cure in Linkiesta.it (29 ottobre 2016)

Marta Erba, Stigma: perché la malattia mentale fa paura? in Psiche.cmsantagostino.it (17 novembre 2016)

Teatro Valmisa, Alda Merini. I beati anni dell'innocenza in Teatrovalmisa.it (luglio 2014)

Giulio Manfredonia, Si Può fare (Film del 2008)

Ligabue, Urlando contro il cielo in Youtube.com

Bianca



Erica Mastrociani | 31 Ottobre 2018

Questa è la storia di Bianca, una dedica d'amore per una donna buona: entrata all'Ospedale psichiatrico provinciale di Trieste negli anni 30, giovanissima, ed uscita 40 anni dopo, morta. Diagnosi famigliare: "le è andato il latte in testa". Una vita all'ombra del muro – prima rinchiusa e poi libera. Una libertà, arrivata con Basaglia, che lei non ha mai voluto. Gli ultimi anni il reparto si è trasformato in un appartamento con parziale autogestione. Basaglia entrava senza camice: un uomo grande che io bambina – accompagnavo mia nonna (Ada) a trovare sua sorella – guardavo con sospetto. Un uomo fuori dagli schemi

Lei mi guarda e mi saluta. Si vede che è buona. Il treno fermo alla stazione. Ci guardiamo dal finestrino. La seguo. Lui la aspetta. Il bambino saltella nella pancia. Lui la abbraccia. Lei lo prende per le mani. Li vedo scendere, vicini, giù per le scale. Lei si gira un'ultima volta e mi sorride: si vede che è felice. Mi fa un ultimo gesto con la mano: non aver paura, sembra dire, lo vedi come è facile!

Con la mano la saluto. E cerco di fermare la paura che mi assale. Un piedino: lo sento che spinge. Adesso sono sola. Lo scompartimento vuoto. Mia sorella mi aspetta. Il treno sbuffa e riparte. Silenzio. Cerco di chiudere gli occhi. Se non mi guardo attorno, forse, ho meno paura. Quanto manca? Guardo l'orologio. Poco: sempre troppo. Il mio cuore stantuffa sangue avvelenato. Un vuoto dentro. Vuoto fuori. Solo la pancia piena e viva. Ma quanto fa male?

Non lo volevo. Non questo. Aldo mi ha beccata. Non ricordo quando. Mi piaceva. Mi aspettava fuori il lavoro. "Guarda guarda. La Bianca si è fatta il ragazzo! L'è tutta adagiata … ma l'ha beccato anche lei!". Le amiche a ridere. Ero contenta. Anche io! Si. Anche io! Lui mi prendeva a braccetto e andavamo. Lui un po' avanti. Io un po' dietro. Lo guardavo camminare. "Tutto va bene" pensavo. Ogni tanto mi baciava. Era un bravo omo. Con il fazzoletto nel taschino e il cappello.

Poi mi ha chiesto di sposarlo: mia mamma era felice. Mia sorella anche. Io … va bene.

Sfogliavo riviste di moda: lo strascico, i fiori. “Bianca, mescola la minestra!”. Mamma aveva tanto da fare. Ma non mi lasciava fare niente: solo mescolare. Quando ci provavo … non ricordo bene i passaggi … prima le verdure, poi l’acqua … “Lascia perdere” mi sgridava. “Possibile?”.

Ma lavoravo. In una sartoria. Un punto dopo l’altro. “Brava Bianca!”. La signora, così gentile, mi sorrideva. Lo sapevo fare, bene: un punto dopo l’altro. Le mani piccole senza macchie. Solo qualche segnetto: colpa degli aghi. Così mi sono cucita il vestito. Un punto dopo l’altro: bianco con i fiori e lo strascico. Dopo il lavoro. Dopo la passeggiata.

La chiesa luminosa. Aprile luccicava. Mamma. Ada, mano nella mano con Nevio e la pancia, vicine. Alfredo con la moglie, dietro. Umberto mi ha accompagnata. L’altare con le candele accese e la musica. Rosetta dietro con Antonio appena nato. C‘erano tutti. Anche la mamma ed il babbo di Aldo. Tutti a baciarmi. “Come sei bella! E dai: sorridi!”

“Ma io sono felice!” mi ripetevo. Felice come la pasqua. Quella appena passata. Quella dove tutti a farmi gli auguri. Aldo con i fiori. Ada mi scriveva belle lettere. Io le rispondevo, piano, lettera dopo lettera. I preparativi, l’abito. Le descrivevo Aldo con il il cappello e i baffi. Ada mi raccontava di Nevio. Cosa vuol dire fare la mamma. E di Carlo che navigava.

“Ma io sono felice!”: Umberto mi ha accompagnata fino a lui. Aldo mi ha preso a braccetto e poi ci siamo sposati. Si. Lo voglio. I fiori. I sorrisi. E poi a casa, a mangiare. Quella sera sono andata a casa sua. Con la sua mamma e il suo papà. Una camera bella. La luce accesa. Il letto fatto. “Ma io sono felice!”. E adesso?

La notte ho avuto paura. Una paura … Non è stato bello. Ci sarà di nuovo? Non è colpa mia! Io non lo volevo. Ho lasciato fare. Ma non è stato bello. La mattina, finalmente, ho dormito. Quando ho aperto gli occhi mi sono ricordata. La casa, il letto, la notte. Non mi andava di alzarmi. E non dovevo andare a lavorare. Non è venuto nessuno. Sono rimasta a letto fin quando è tornato Aldo.

“Non puoi farlo”.

“Cosa?”:

“Rimanere a letto. Devi aiutare”:

“Aiutare? A cosa?”.

“Devi aiutare in casa”:

“Va bene. Domani lo faccio”:

Quella notte è successo di nuovo. E così quasi ogni notte. Un giorno dopo l’altro. La mattina

mi svegliavo e stavo male. Aiutavo: poco. Mia suocera alzava la voce. Ma non bastava. Ero tanto sola. Qualche pomeriggio con Aldo andavamo a passeggiare. Mio marito era bello. Mi faceva vestire bene. Allora ero contenta. Dimenticavo quasi tutto. Le ragazze mi salutavano.

Ada mi scriveva e io le rispondevo. Cose così: come stai? Come ti trovi? Lei mi raccontava del parto. Quando vieni a trovarmi? Lei lo chiedeva, io lo pensavo. Mamma la vedevo la domenica: andavamo a pranzo. "Come stai Bianchina? Tutto bene?". Non trovavo le parole per rispondere. Sorridevo. Lei mi accarezzava le mani. Poi mangiavamo tutti assieme: con i bambini che si alzavano da tavola o piangevano. Perché? Non l'ho mai capito.

Vomitare la mattina è brutto. Succedeva spesso. Non avevo più il ciclo. "Cosa devo fare?". Ada: solo a lei potevo chiedere.

Cara Ada,

qui tutto bene. Aldo è tanto buono. Così anche la sua mamma e il suo babbo. Tutti mi vogliono tanto bene. Solo la mattina vomito. Tu come stai? Il piccolo Nevio? E Elio, ti fa dormire? Scrivimi presto. Un caro saluto Bianca.

La gonna non si chiude più. Sono ingrassata. "Stai bene Bianchina? Ti vedo un po' stanca?". Mamma domenica mi ha preso la mano. Non una carezza. Una presa. Sono scoppiata a piangere. "Cosa succede Aldo? Perché Bianca piange?". "Non lo so. Va tutto bene. Solo qualche volta non si sente bene e vomita". "Bianchina vieni di là". Era la prima volta. "Non ho più il ciclo". "Allora sei incinta". "Non lo so". "Ma certo. Non ti preoccupare. Sei incinta. Lo capisci, vero? Aspetti un bambino". Certo che lo capisco. Come Ada. Anch'io avrò un bambino.

Aldo non mi faceva più alzare per aiutare. La pancia si gonfiava. "Resterai a casa. Non si può più lavorare quando si ha un bambino. Penserò io a te.". "Come vuoi". Stavo tanto a letto. Giorni e giorni. E cucivo. Vestitini. Una copertina azzurra e rosa. E scarpette. Mamma veniva ogni tanto. Io andavo anche il giovedì e la domenica a pranzo.

Tutti a guardarmi. "Stai bene? come ti senti?". "Bene. Grazie". Ma non era vero. La pancia si gonfiava e io non respiravo. Ada mi scriveva. "Vieni. Vieni a trovarmi prima che sia troppo tardi. Mi darai una mano e staremo insieme".

"Fammi andare, ti prego". Una parola ed una lacrima. Giorno dopo giorno. "Perché vuoi andare?". "Voglio stare con Ada. Ha bisogno di me". "Se continui così mi fai arrabbiare. Vai. Vai pure. Ma devi andare sola. Non ti posso accompagnare. Devo lavorare, io. Poi ti vengo a prendere".

Così ho preso il treno. Un viaggio lungo. Da Camaiore a Trieste. Sola. La prima volta. È stato

difficile. Poi ho incontrato Luisa. MI ha fatto ridere. Mi ha aiutato. Siamo diventate amiche. Poi anche lei è scesa. Mi ha salutato con un sorriso. Bello. Con tanta gioia. E la paura di nuovo è stata grande. Ma sono arrivata. Ce l'ho fatta. Alla stazione c'era Ada con Nevio e Elio. E la pancia pesava.

"Brava! Che bello vederti. Che pancione che hai. Ma quando nasce?". "Dicono a marzo". "Allora non manca tanto. Adesso che stiamo assieme ti spiego tutto. Quanto mi sei mancata Bianchina mia! Ti voglio sempre tanto bene!". "Anche io". Con Ada è sempre stato bello. Lei è buona. È felice. È forte. Una consolazione. Un aiuto. Quando sono con lei è tutto facile. Anche la pancia non pesa più tanto e la paura non esiste.

I suoi bambini sono buoni. Ma sono piccoli. Hanno fame. Devono dormire. Bisogna pulirli. Fagli fare il ruttino. E fare le pappette. E il latte caldo al punto giusto. Poi piangono e io non li so consolare. Ada è brava. Li prende. Li culla. Li nutre e li porta a spasso. Esco anch'io con loro. Fino alla piazza e ritorno. E poi la merenda. E la cena. Con Ada sto bene. non ho più la nausea. La pancia non mi pesa più. Qui con Ada sto bene. Sto proprio bene. Ada mi incoraggia: "Brava Bianchina! Rifacciamolo". Mi insegna a cambiare i pannolini. E poi anche li lavo e li metto ad asciugare con i ciappini di legno: uno a destra ed uno a sinistra. Nel mezzo il vestitino azzurro di Elio che piange a fa i capricci.

Il tempo passa veloce. Quando si è felici e si sta bene passa sempre veloce. Ada me lo ha detto. Io lo penso. Qui con lei sto bene, come quando eravamo ragazze. Adesso siamo due donne sposate. Si lo so. Me lo ricordo. Ma io non volevo. Mi piaceva quando Ada era a casa e stavamo assieme con la mamma e il babbo. Poi il babbo è morto. Ma noi siamo state bene lo stesso.

"Mi fa male la pancia". ""In che modo ti fa male?". "Non lo so. Mi fa male". "Io ti porto da un medico". "No. Non serve. Non ci voglio andare". "Non fare i capricci. Bisogna che un medico ti veda. Potrebbe essere per il bambino. Se vuoi che nasce bene e sano devi farti visitare". È stata una vergogna. Non l'avevo mai fatto. Non lo immaginavo. È stato brutto. Ma il bambino sta bene. Sono io che non sto bene. Ho la pressione alta. Devo stare attenta. E non posso viaggiare.

"Sono contenta di rimanere con te!". Non ci volevo neanche pensare di tornare. Adesso devo rimanere qui. Il bambino nascerà qui. Aldo mi ha scritto che non è contento. Che verrà a trovarmi appena possibile. Qui sto bene. Ada mi cura e mi prepara il brodo. Ogni giorno sento che tutto si muove. Il medico mi ha detto che devo stare attenta e lo devo sentire ogni giorno. Lui sta bene. Anche se ogni tanto si addormenta. Lo immagino dormire beato: come Nevio quando riposa il pomeriggio. Elio dorme poco. Il mio bambino sarà certo bravo. Non gli so dare un nome. È il mio bambino. Basta.

Quando dovrà nascere verrà anche mamma. Lo ha scritto in una lettera per Ada. Che bello staremo di nuovo insieme. Dalla terrazza si vede il mare. La pancia è sempre più grande. La pressione è tornata normale: cosa significherà? Come funziona questa pressione non lo so e non lo voglio neanche sapere. So solo che sto meglio. Qui seduta davanti la finestra aperta in questa giornata di primavera.

Ieri è arrivata mamma. Mi ha raccolto i capelli e mi ha massaggiato la schiena. Mi fa male la schiena con questo peso davanti. Ada mi ha spiegato tutto. Ha preparato una borsa con una camicia da notte pulita e un paio di pantofole. Ada ama le pantofole, ne ha tante. A me ha comperato un paio azzurre. Dice che sarà un maschio. Io non lo so e non lo immagino. Lo vedo solo che dorme. Beato e tranquillo. Come possa accadere, dentro la mia pancia? Non lo so.

Aldo mi scrive. Mi domanda come mi sento. Mi racconta della sua mamma e del suo babbo. Del lavoro e della casa. Comincia con “cara moglie” e finisce con “un caro saluto”. Ho messo tutte le sue lettere in una scatola dei biscotti Plasmon. Io gli rispondo che sto bene e tutto procede bene. Anche io finisco con “un caro saluto”. Aldo non mi manca. Ma sono una donna sposata. E questo basta.

Poi sono cominciate. Improvvise. Strano da dire. Un dolore mai provato. Forte come quando mi spingevano a scuola ed io cadevo. Ma non piangevo. Anche adesso non voglio piangere. Ma il dolore è forte. Non c’è sempre ma non da pace. Vorrei dormire. Mi sento così stanca. Ma il dolore riprende. Sempre più veloce. Sempre più forte. Mamma mi sta vicino. Ada ha chiamato l’ostetrica. Negli ultimi mesi è venuta spesso. È simpatica. Mi capisce. Mi sta vicino e non mi fa domande. Mi dice cosa devo fare. E io faccio. Per farla contenta e perché spero che il dolore finisca.

È durato tanto. È passato il giorno e anche la notte. Poi un altro giorno. E poi è nato: terribile. Ha pianto. Ma io non lo posso guardare. Sono così stanca che voglio solo chiudere gli occhi. E dormire. Per sempre. Mamma mi tiene la mano. “Brava Bianca. Sei stata brava”. Ada si muove per la stanza. Sento l’acqua che corre e passi che si spostano. Dalla camera alla cucina al bagno. I bambini non ci sono. La casa è silenziosa. “Guardalo. È un maschio. Come lo vuoi chiamare?”. Non lo so. Non ci ho pensato. Aldo non mi ha mai detto niente. Io non apro gli occhi. Voglio solo dormire. Mi ha fatto solo soffrire.

Quando mi sono svegliata la luce non c’era più. Un puntino acceso sopra il letto. Dalla cucina un leggero pianto e voci tranquille. Ho chiamato Ada. “Eccolo qua. Adesso che ti sei riposata lo devi prendere in braccio”. Mamma lo allunga. Non piange. È come pensavo. Dorme beato. Lui. Io sono ancora stanca. Allungo le mani per prenderlo. Mamma mi aiuta. “Quando si sveglia lo devi allattare”: Ada è esperta. Lo metto accanto a me. Lo guardo. “Come lo chiamo?”. “Devi parlarne con Aldo. Non sono cose che si decidono da soli”. È un bambino che

non ha un nome. Non so come chiamarlo. Non so cosa fare, con lui.

Ada scrive e Aldo risponde. Verrà a prendermi tra un mese. Lo dobbiamo battezzare: Francesco, come suo nonno. Francesco piange poco. Si attacca la mio seno e io lo allatto. Mi stanca tantissimo. Ada pensa a tante cose. Anche mamma. Sono così brave. Sono così buone con me. Io sono stanchissima. Viene anche il medico: "Signora, si deve alzare. Non può rimanere a letto. Deve uscire. Prendere aria". Io non ce la faccio. È stata una fatica così grande.

Aldo arriva che fa già caldo. Mi bacia e prende in braccio Francesco. Ada e mamma parlano in cucina. Aldo le segue. Francesco va con lui. Io mi giro e riposo. Ho bisogno di risposare. "Domani devo partire. Mi aspettano al lavoro". "Bianca non ce la fa". "E allora? Io non posso rimanere". "Rimango io ancora un poco". Mamma e Ada sempre d'accordo. Ada ha preso una tata. Tre bambini in casa sono una fatica. Mamma cucina per tutti. Per me il brodo. Devo riprendermi. Ma io sto bene. Sono felice. Sono solo tanto stanca. Allatto Francesco.

Adesso mi alzo, ogni tanto. Mi metto alla finestra. Davanti c'è il mare. è estate e fa tanto caldo. Non posso uscire con questo caldo. Mi gira tanto la testa. La tata lo cambia e porta fuori i bambini. Nevio è così bravo: è piccolo ma è un ometto. Elio piange e fa i capricci. Francesco è quieto. Io mescolo e cucio: i vestitini per tutti. Ada compra la stoffa. La porta a tagliare e io cucio. Mamma pulisce. La casa è sempre pulita.

"Vieni Bianca. Dobbiamo andare: il medico ci aspetta". Ada me lo ha detto. Dobbiamo tornare dal medico. Non quello dell'altra volta. Un altro. Sono mesi che non esco. Mi gira la testa. Il medico è buono. Si vede che mi vuole bene. Mi sorride. Mi gira la testa ma gli sorrido anch'io. "Non ci sono altre soluzioni?". Mamma è preoccupata: perché? Non riesco a seguire tutte le parole che si dicono. Mamma mi tiene la mano. Ada si alza. "Ci pensiamo. Poi le facciamo sapere".

Due mesi dopo mi hanno portata in una clinica. Un grande portone in mezzo al verde. Un viale in salita e belle case decorate. Un carretto con mucchi di vestiti saliva lento. Mamma e Ada con la borsa. "Qui dentro hai tutto. Le ciabatte nuove. La camicia da notte. Il vestito per la domenica con le scarpe nere e quello per tutti i giorni. Noi torniamo domani". Le ciabatte nuove sono belle: rosse. Quelle azzurre del parto le ho buttate via. "Perché lo hai fatto?", mi ha sgridato Ada, "erano nuove". Lei non sa: ho buttato via tutto. Non se n'è accorta. Anche la vestaglia e la camicia da notte. Erano cose sporche.

La signora con il vestito bianco mi prende per mano. Ada e mamma si girano e mi salutano. Le vedo scendere le scale. Ada si gira ancora e mi fa un gesto con la mano. Non aver paura. Mi ricordo l'amica del treno. Dopo, è andato tutto bene. Anche adesso sarà così. Andrà tutto bene. Qui c'è tanto verde. Un bel silenzio. Solo degli urli lontani. La signora con il vestito

bianco mi dice che non devo preoccuparmi. Sono persone che vivono lontano. Qui tutti riposano e c'è silenzio.

La stanza è grande: con tanti letti. La valigia dentro l'armadio. Il vestito a righe. Le ciabatte rosse. Quelle le voglio. Il letto fatto sa di bucato. Mi metto distesa e mi addormento. Finalmente qui posso dormire. Non ci sono bambini che piangono e hanno fame. Qui posso riposare. Dopo starò meglio.

La follia come condizione umana



Paola Vacchina | 31 Ottobre 2018

“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” (Franco Basaglia)

“*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*” (Franco Basaglia, *Che cos’é la Psichiatria*, Baldini Castoldi 1967)

Ho deciso di iniziare il mio editoriale citando una frase di Franco Basaglia perché esprime molto bene il senso della nostra scelta di dedicare questo focus al tema della salute mentale, con una attenzione particolare al disagio mentale.

Vogliamo in modo esplicito collegarci al pensiero e alla figura Franco Basaglia che abbiamo ricordato anche nell’ambito dell’Incontro nazionale di studi delle Acli (Trieste 13-15 settembre 2018) e dare rilievo ad una ricorrenza significativa: i quarant’anni dalla legge 180 del 1978 nota appunto come “legge Basaglia”.

Quando Franco Basaglia nel 1973 rompe con una panchina di ghisa la recinzione del manicomio di Trieste permettendo a Marco Cavallo (la grande statua di cartapesta del cavallo azzurro che rappresentava l’animale adottato dal nosocomio psichiatrico l’anno precedente salvandolo dal macello) e ai 600 “matti” dell’ospedale di vedere la luce del sole avvia una rivoluzione culturale che sfocia nella legge 180 del 1978, con la quale viene abolita l‘istituzione del manicomio, ridando ai pazienti psichiatrici la dignità di esseri umani**.**

Prima della legge 180 vigeva la legge 36 del 1904, per la quale venivano internate nei

manicomi le persone “affette per qualunque causa da alienazione mentale”. Dopo un periodo di osservazione, i pazienti potevano essere ricoverati definitivamente**,** perdevano i diritti civili ed erano iscritti nel casellario penale.

Franco Rotelli, psichiatra e presidente della Commissione Sanità del Friuli Venezia Giulia, che nel 1980 succedette a Basaglia alla direzione dei servizi di salute mentale triestini, sottolinea come ancora oggi il disagio mentale non venga affrontato in maniera olistica e come i soggetti più deboli vengano curati da un sistema sanitario non in grado di gestire i 2 milioni di persone che ogni anno in Italia si ammalano in maniera grave a livello psichiatrico (tralasciando le migliaia di persone che soffrono di ansia, depressione o disturbi della personalità).

Basaglia, 40 anni fa, aveva già intuito tutto questo cercando di lavorare educando le “comunità terapeutiche”. Non basta, infatti, curare il malato, ma bisogna operare a livello terapeutico sul contesto sociale nel quale la persona vive, che si tratti della famiglia, del posto di lavoro o della scuola.

La chiusura dei manicomi, 40 anni fa, è stata la prima pedina di un domino socio-culturale non ancora finito, che sposta le tessere, le responsabilità e le possibili soluzioni tra le istituzioni, la famiglia, gli assistenti sociali e i malati ma finché la terapia non verrà considerata a livello olistico e inclusiva di tutte le sfere dell’essere umano il malato mentale sarà sempre considerato un folle, un pazzo o nel migliore dei casi un poeta.

Il nostro obiettivo è quindi quello di capire come sono cambiate la considerazione sociale e la cura del disagio mentale in Italia. Vogliamo però anche allargare l’orizzonte perché oggi il tema della salute mentale va visto in una positiva più ampia. Come sostiene Ehrenberg la malattia mentale è stata un tempo considerata come una maledizione, poi è diventata una “cosa” da curare e adesso esprime un male della società con cui è necessario fare i conti. E se ne devono occupare tutti. Bisogna convivere con questo male perché la salute mentale e la malattia sono una cosa unica; la vulnerabilità è la nostra nuova condizione.

Abbiamo chiesto ad alcuni esperti e persone che conoscono molto bene il tema del disagio mentale di rispondere ad una serie di domande: *A 40 anni dalla legge Basaglia come sono cambiate la rappresentazione sociale e la cura del disagio mentale? Quali nuove forme sta assumendo questo fenomeno? Quali sono i limiti e le carenze dell’attuale sistema sanitario? Come e perché operare a livello terapeutico sul contesto sociale nel quale la persona in disagio vive (famiglia, lavoro, scuola ecc..)? Come valorizzare il ruolo del volontariato, del terzo settore e della formazione professionale (rivolta agli operatori del settore)? In che modo è possibile sostenere le famiglie?*

Iniziamo con Erica Mastrociani (Consigliere della Presidenza nazionale Acli con delega alla formazione e alla cultura) che ci racconta la storia di Bianca (la sorella di sua nonna Ada), una "donna buona", entrata all'Ospedale psichiatrico provinciale di Trieste negli anni 30.

Angelo Righetti (Medico psichiatra e Responsabile di salute mentale della Conferenza Permanente Partenariato Euromediterraneo) – che ha collaborato con Basaglia alla preparazione delle linee direttrici della legge 180 del 1978 – sostiene come sia "*la forza del desiderio di inclusione, il voler essere utili agli altri che genera l'innovazione, la bellezza e il senso. Rende concrete e confrontabili le pratiche esperienze ed aumenta il capitale sociale e la coesione delle comunità*".

Per Vincenzo Antonelli (Docente di diritto amministrativo presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e Centro Studi Azione Cattolica Italiana) "*la sfida da percorrere è quella di alimentare condizioni sociali capaci di impedire o almeno limitare la diffusione del disagio psichico. La promozione della qualità della convivenza e sul piano giuridico della cittadinanza può produrre una nuova salute mentale "diffusa". Ciò dovrebbe spingere a ripensare le soluzioni organizzative sino ad oggi adottate nell'ambito del SSN ed in particolare il modello dipartimentale*".

Giovanna Del Giudice (Medico psichiatra, Presidente dell'associazione Conferenza permanente Franco Basaglia per la salute mentale nel mondo), dopo aver fatto memoria della stagione che ha dato vita alla legge Basaglia, fa il punto della situazione sottolineando come "*nell'attuale impoverimento sociale, culturale, assistiamo di nuovo al ritorno al riduzionismo biologico medico, al ritorno alle psichiatrie delle diagnosi e del farmaco*". Una deriva da evitare concentrandosi su quello che "*ancora rimane da fare in riferimento alle culture, ai paradigmi di riferimento, ai modelli organizzativi, alla qualità dei servizi, alle pratiche, agli stili operativi, ai progetti di inclusione*". Solo in questo modo è possibile raccogliere pienamente l'eredità di Franco Basaglia.

Andreina Garella (Regista teatrale) ci racconta la sua esperienza e quella del gruppo teatrale Festina Lente, osservando come "*il teatro ci spinge a conquistare un più dignitoso livello di vita, ad imporre all'esterno rispetto morale e culturale, ad abbattere i confini tra normale e anormale, tra salute e malattia, tra esclusione e integrazione*".

E per metà novembre avremo i contributi di Lucio Rinaldi (Responsabile UOS Day-Hospital di Psichiatria dell'ospedale Gemelli di Roma), Gino Mazzoli (AD Praxis Srl – Esperto di welfare e processi partecipativi e docente presso Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano) e Don Paolo Ricciardi (Vescovo Ausiliare della Diocesi di Roma Delegato Centro per la Pastorale Sanitaria).

Ed infine proponiamo alcune poesie di Alda Merini, una donna che ha vissuto sulla sua pelle

l’esperienza drammatica del manicomio, restituendola con straordinaria efficacia nella sua bellissima narrazione poetica.

Concludo con un cenno al titolo scelto che prendiamo in prestito da una canzone di Ligabue: “Urlando contro il cielo”. Spesso al disagio mentale associamo l’immagine dell’urlo, della disperazione che vivono questi malati. Un urlo che arriva a Dio. Alda Merini in una sua poesia dice, riferendosi a Gesù: “un pazzo che urlava al Cielo tutto il suo amore in Dio”.

Credo che il nostro compito sia proprio quello di urlare al cielo il nostro amore verso queste persone, la nostra vicinanza allo loro famiglie, il nostro desiderio di non lasciarle solo in un urlo disperato che nessuno è capace di ascoltare.

Desiderio di inclusione


Angelo Righetti | 31 Ottobre 2018

La giustizia sociale la si può intraprendere nei sistemi di welfare trasformando i costi che vanno a nutrire il business e quindi il debito di tutti e il privilegio di pochi, in investimenti produttivi di lavoro, sviluppo umano e economico locale; partendo dalle persone e famiglie più deboli. E' proprio la forza del desiderio di inclusione a voler essere utili agli altri che genera l'innovazione, la bellezza e il senso. Rende concrete e confrontabili le pratiche esperienze ed aumenta il capitale sociale e la coesione delle comunità.

Era il 1978. Il compromesso storico aveva finalmente rotto gli argini al dialogo tra laici e cattolici; come allora, tanto tempo prima (1222) a Padova dove il coraggio di un gruppo di studenti e professori abbandonata l'università di Bologna, eretta con bolla papale, fondò l'Università di Padova (senza bolla papale) e in accordo con il Doge della Serenissima. Si sentivano oppressi dalla bolla papale, da cui dipendeva l'Università di Bologna e che costringeva il cammino della conoscenza dentro all'interpretazione delle sacre scritture limitando la libertà di conoscere.

La conoscenza è nella libertà; divenne il motto dell'università di Padova da cui nacque l'Umanesimo che poi invase l'Europa. Quel dialogo è stato foriero della scienza come oggi la conosciamo e Galileo Galilei ne fu il simbolo maturo. Cattolico e libero nel contrasto irrisolvibile su cosa è fede e cosa è conoscenza. Il dialogo a parti invertite proposto – nel 1978 – questa volta dai laici del PCI ai cattolici della DC – si concretizza in forma democratica di gestione-governo del potere statuale. E' stato questo l'evento che rese possibile una stagione irripetibile di grandi riforme attuative, finalmente, della Carta Costituzionale che laici e cattolici avevano scritto insieme: la legge 180 chiuse i manicomi promettendo dignità umana alle persone malate di mente, disabili, povere e definite pericolose agli altri e di pubblico scandalo. E la legge 833 fondativa del sistema sanitario nazionale che ripropose la prevenzione e l'universalità egualitaria e libera, come asse portante delle cure.

Ed ancora la 194 che fece riapparire il corpo della donna e il rischio, scelto, della

libertà. La legge che abolì le scuole differenziali per minori e gli istituti reclusivi e che riorientò, come le altre leggi, le Istituzioni a farsi carico delle comunità e delle famiglie per prevenire l'istituzionalizzazione escludente delle fragilità e le scelte obbligate. Il 1978 fu anche l'anno in cui l'on Aldo Moro fu ucciso per aver aperto il dialogo e insieme a lui morì la nostra giovinezza. Iniziò il lungo percorso, che tuttora dura, di deistituzionalizzazione, alla ricerca di metodi e pratiche di cura personalizzata e quindi comunitaria e famigliare finalizzata alla rimozione degli ostacoli: di natura sociale, fisica, economica e culturale che impediscono alle persone di essere membri attivi e partecipanti alla costruzione del benessere della comunità di appartenenza.

La chiusura dei manicomi è stata la matrice della prevenzione obbligata in tutto il sistema di welfare perché pose ai tecnici e alle Istituzioni la questione irrisolvibile della prassi del cambiamento continuo spegnendo la pace cimiteriale della reclusione e dell'allontanamento dallo sguardo delle diversità e della sofferenza. Permise di capire che molta parte delle scienze umane era soltanto ideologia e pregiudizio. Sviluppò pratiche alternative e flessibili e conoscenza scientifica capace di interpretare e spiegare i nuovi processi che scardinavano antiche certezze (come quella che dice che il cervello è una dotazione immodificabile da cui l'incomprensibilità, l'inguaribilità, la pericolosità di chi ce l'ha presumibilmente danneggiato. E ora sappiamo che è l'organo più plastico ed esteso dell'universo).

Le controriforme del 1992 giunte al termine di una continua denigrazione del sistema di welfare pubblico e dell'esaltazione del sistema privato di mercato, ha chiuso la stagione delle riforme e aperto la stagione del nuovismo, cambiando anche il linguaggio: le unità sanitarie locali governate dai rappresentanti della locale comunità e dei Comuni proprietari del patrimonio sono diventate aziende sanitarie patrimonializzate che comprano e vendono prestazioni fanno politica aziendale, caricano sui dirigenti la "budgettizazione" delle attività e devono solo render conto del pareggio di bilancio non dell'efficacia efficienza e uguaglianza delle cure prestate. Le comunità locali e i Comuni sono esclusi dalle decisioni e consultati come atto dovuto. L'assistenza è stata espulsa dalla sanità e affidata in delega al privato, la riabilitazione altrettanto.

Progressivamente il sistema di welfare – oggi chiamato "nuovo sistema di welfare" – è stato inghiottito dal mercato trasformando l'offerta in domanda, in prodotto da vendere e comprare, perdendo così il senso e la direzione. Non possiamo dimenticare che i sistemi di welfare non esistono se vengono separati dalla comunità e dalla finalità che li esprimono. Sono sempre stati espressione della comunità che li significa.

L'omologazione operata dal mercato dei sistemi di welfare li ha resi simili a ciò che si può vendere o comprare facendo scomparire anche il patrimonio della conoscenza cumulata.

L'accumulo conoscitivo, infatti che si genera dalle forme di welfare diviene tradizione e orienta i cambiamenti necessari, contrastando le disuguaglianze di accesso a favore della coesione sociale sancita dagli atti costituzionali che scandiscono le regole e gli obbiettivi di convivenza.

Il capitale sociale di una comunità *è costituito dall'equilibrio generativo del sistema di welfare e dalla produzione di ricchezza attraverso il lavoro, la scuola, la previdenza, l'assistenza, la sanità, strutturano da sempre le organizzazioni sociali.* Di più: non esiste una aggregazione sociale che possa costruire una identità di comunità senza fondarla sulle quattro funzioni di benessere citate che definisco il sistema di welfare. Le società primitive come i moderni stati le prevedono come spina dorsale del patto di convivenza utilizzando risorse di ciascuno per allargarne il più possibile le possibilità di intervento remunerando e onorando coloro che si dedicano, autorizzati, ad insegnare, assistere, curare, precedere soccorrere e prevenire l'indigenza, la fragilità, l'impossibilità di concorrere a sentirsi fondamento del bene comune per età, malattie, invalidità, disabilità.

Da dove venga questa propensione identitaria è presto detto: dalla fonte di ogni diritto che è il primo assunto di responsabilità antropologica. Il diritto di ciascuno e di tutti di ad occuparsi degli altri senza alcuna finalità di potere o denaro. I diritti umani possono essere utilizzati per difendere i diritti individuali ma in questo modo si dimentica che i diritti senza responsabilità nei confronti di tutti gli altri rischiano di trasformarsi in un sopruso dei più forti, dei più ricchi sugli altri. Se i più favoriti non rinunciano a un po' della loro fortuna, in diritto individuale, attraverso la progressività vera della fiscalità (azione collettiva e costituzionale) e della liberalità (azione individuale di responsabile diritto) l'uomo rischia di non essere più artefice responsabile del proprio destino e del proprio e altrui sviluppo.

Sono forse responsabile di mio fratello? Se rispondo no nessuno sarà responsabile di me e negherò di esistere riprendendo la forma antropofaga e rifiutando quella umana. Rompere il patto faticoso che ci rende uomini apre le porte alla paura, alla violenza e alla morte. I sistemi di welfare nascono da questo diritto e responsabilità, prima beneficente poi via via forme statuali ridistributive, universalistiche e basate su diritti e responsabilità diseguali per persone e comunità/famiglie diseguali. O meglio, dare di più a chi meno ha, facendo contribuire di più a chi più ha. La circolarità ridistributiva diviene ricchezza se si investe sull'uguaglianza "diseguale" (oggi tocca a me contribuire di più perché domani possa toccare a te).

Se l'investimento sull'uguaglianza diseguale è associata alla produzione di ricchezza/lavoro diviene responsabilità e distrugge l'assistenzialismo e la rendita dei diritti passivi e individuali). Produrre ricchezza è quindi indispensabile se vogliamo responsabilmente ridistribuire in modo proporzionale alle risorse accumulate. Da molti

decenni la ridistribuzione è fatta dagli Stati accumulando debito per ragioni lontane dalla giustizia sociale e vicino al potere che genera consenso e privilegio. Non ridistribuiamo più ricchezza prodotta ma debiti caricati sulle spalle di chi verrà dopo di noi: i nostri figli e nipoti. Occuparsi degli altri è divenuto un debito ridistributivo che ci costa, solo di interessi, quasi la metà del sistema di welfare e la parte mancante la paghiamo di nostra tasca. Il mercato ha scatenato la sua potenza distruttiva sui sistemi di welfare universalistici separando i diritti dalle responsabilità e appropriandosi della redistribuzione della ricchezza trasformata in rendita che i diritti irresponsabili riproducono come privilegi.

La giustizia sociale la si può intraprendere nei sistemi di welfare t*rasformando i costi del welfare che vanno a nutrire il business e quindi il debito di tutti e il privilegio di pochi, in investimenti produttivi di lavoro, sviluppo umano e economico locale*; partendo dalle persone e famiglie più deboli facile preda del mercato delle istituzioni pubbliche e private. E' proprio la forza del desiderio di inclusione a voler essere utili agli altri che genera l'innovazione, la bellezza e il senso. Rende concrete e confrontabili le pratiche esperienze ed aumenta il capitale sociale e la coesione delle comunità.

Tutto questo ha bisogno di metodo che non divenga modello e acquisti invece le forme, i colori, le ombre e le luci dell'ambiente in cui si declina. Cambiare lo sguardo e disvelare le potenzialità inclusive partendo dalle persone escluse, dalla loro famiglie, dalla comunità e dalle locali istituzioni è metodo che produce la pratica del cambiamento. Il budget di salute di seguito contratto dentro a una proposta di legge nazionale ne è la possibile declinazione giuridica economica e scientifica. Questo è tutto ciò che ho imparato distruggendo manicomi dentro e fuori di noi e seguendo ciò che Freud scrisse su cosa è la salute mentale e come la si produce perché sia: *leben und arbaiten* (ora et labora) vorrei continuare per sempre.

Ridare dignità: la promozione della salute mentale

La Rivista, Numeri, Urlando contro il cielo



Vincenzo Antonelli | 31 Ottobre 2018

La sfida da percorrere è quella di alimentare condizioni sociali capaci di impedire o almeno limitare la diffusione del disagio psichico. La promozione della qualità della convivenza e sul piano giuridico della cittadinanza può produrre una nuova salute mentale diffusa. Ciò dovrebbe spingere a ripensare le soluzioni organizzative sino ad oggi adottate nell'ambito del SSN ed in particolare il modello dipartimentale. La legge Basaglia è durata pochi mesi, ma che ha cambiato il diritto alla salute

L'adozione nel 1978 della legge n. 180, nota come "legge Basaglia", ha segnato una "rivoluzione" nel tessuto sociale, nel sistema sanitario e nell'ordinamento giuridico. Essa sanciva la chiusura degli ospedali psichiatrici ovvero dei "manicomi", apprestava inedite garanzie giuridiche per gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori per la malattia mentale, attribuiva agli ospedali territoriali il trattamento sanitario obbligatorio delle persone affette da malattie mentali e i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche, affidava ai servizi e ai presidi psichiatrici "extra ospedalieri" l'erogazione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali, cancellava le norme penali che prospettavano uno specifico ed afflittivo sistema sanzionatorio per "gli alineati e gli infermi di mente", restituiva loro i diritti politici. Si abbandonava il paradigma della custodia, della tutela, del controllo e della protezione sociale, della repressione e della sicurezza, per abbracciare quello della medicina, della cura dell'individuo, o più correttamente del prendersi cura della persona. Percorso che ha raggiunto la sua ultima tappa soltanto nel 2017 con la definitiva *abolizione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ma che ha lasciato irrisolto il problema della salute mentale delle persone detenute in carcere.*

Evidente era l'intento di ridare, se non riconoscere e garantire per la prima volta, dignità sociale, sanitaria e giuridica alle persone interessate dalle malattie mentali. Attraverso il ripensamento della disciplina e delle modalità di erogazione dei trattamenti sanitari nei confronti dei "malati mentali" il legislatore, spinto da un pressante movimento sociale

sfociato in una inevasa richiesta referendaria, si prefissava di superare lo stigma sociale e giuridico della malattia mentale. Un obiettivo collocato in un orizzonte più ampio che avrebbe dovuto coinvolgere quanti a prescindere da una malattia mentale si sarebbero sottoposti ad un accertamento o ad un trattamento sanitario sancendone, secondo il dettato costituzionale dell'art. 32, la volontarietà.

Il contenuto della legge n. 180 qualche mese dopo sarebbe stato riversato nella legge n. 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale dalla medesima prefigurato, con cui il nostro Paese trasformava l'assistenza sanitaria in un servizio pubblico universale, legando in tal modo imprescindibilmente l'erogazione delle cure per le malattie mentali alle sorti del SSN, ma soprattutto riportando la salute mentale nel grembo del diritto costituzionale alla salute. Di esso condivide, infatti, la natura libertaria (la libertà di cura) e sociale (la pretesa alle cure), candidandosi a costituire dopo 40 anni il più attuale e problematico banco di prova per la sua effettività.

Non possiamo tacere come sul piano giuridico permangano, per quanto attestato dalla cronaca, profili problematici legati soprattutto ai trattamenti sanitari obbligatori e alla sanzione nei casi più gravi dell'incapacità giuridica: l'incerta valutazione in alcune occasioni dell'interesse generale che impone il trattamento sanitario finisce per far riemergere nella pratica lo stigma della pericolosità sociale, così come la dichiarazione di incapacità finisce per assumere connotati escludenti dalla convivenza sociale.

Tuttavia, rispetto a 40 anni fa assistiamo ad un cambiamento *del disagio psichico e dei disturbi mentali*: emergono disturbi meno invalidanti ma più diffusi (ad esempio disturbi dei comportamenti alimentari, depressione giovanile, ludopatia). La risposta del SSN si è inverata nel DPCM del 12 gennaio 2017 con il quale sono stati ridefiniti i livelli essenziali di assistenza, ricomprendendo in essi l'assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, l'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali e l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali. Il SSN si è impegnato ad assicurare "la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata". Ma nonostante gli impegni delle regioni permangono, come emerso dalle più recenti indagini, significative differenze territoriali nell'erogazione dei servizi, nonché una riduzione delle risorse impiegate. Situazione che mina tanto l'effettività del diritto alla salute, quanto l'uguaglianza sostanziale tra le persone.

Ma oggi il giudizio sull'evoluzione degli interventi per la salute mentale travalica la "dimensione" sanitaria, la valutazione sul sistema di interventi terapeutici assicurato dal SSN, sulla quantità e qualità delle cure ricevute, e tende ad investire la più generale condizione sociale e giuridica delle persone con disagio mentale.

Bisogna interrogarsi sulla più ampia visione dei diritti civili e sociali da garantire in concreto, su quell'insieme di diritti e doveri che concorrono alla realizzazione della persona così come sancito dall'art. 2 della Costituzione, che custodiscono e promuovono la sua dignità, fra i quali certamente il diritto alla salute costituisce l'espressione fondamentale. Una prospettiva che rinviene le sue radici nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità ratificata dal nostro Paese con la legge n. 18 del 2009, che annovera all'art. 3 tra i suoi principi "il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone" e "la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società".

Ridare dignità alle persone con disturbi mentali significa non solo riconoscere diritti prima negati, ma soprattutto aiutare il soggetto a recuperare le capacità necessarie per esprimere la propria personalità sia sul piano identitario che su quello relazionale. Significa rilanciare l'idea ispiratrice della legge adottata 40 anni orsono che poneva al centro la persona, non più identificata con la sua "malattia", né con lo stigma sociale della sua "pericolosità", che poneva al centro un diritto alla salute non come semplice diritto a ricevere delle cure, ad esser curato, ma come un diritto a sviluppare le capacità e a vivere in contesti di vita idonei a realizzare appieno la propria personalità, un diritto ad un'esistenza libera e dignitosa.

Un diritto a cui far corrispondere un dovere collettivo, secondo la direttrice egualitaria e solidaristica degli artt. 2 e 3 della Costituzione, volto ad assicurare la qualità della vita delle persone con disturbi mentali e la partecipazione alla vita sociale, ben oltre il semplice "reinserimento" sociale.

Non possiamo dimenticare al contempo come il contesto sociale rappresenti un fattore di rischio per i disturbi mentali. Crescente è l'emersione di gruppi sociali vulnerabili, dalle persone che versano in stato di povertà ai malati cronici, dai giovani alle vittime di discriminazioni. A sua volta i disturbi mentali sono molte volte causa di disagio ed esclusione sociale.

L'orizzonte che si presenta è quello di spostare l'attenzione da una preoccupazione terapeutica e da un approccio sanitario (pur sempre irrinunciabili) ad un coinvolgimento sociale. La dignità delle persone passa non solo attraverso la garanzia di prestazioni necessarie per soddisfare i loro bisogni essenziali e per promuovere le loro capacità, ma anche (e soprattutto) dall'integrazione sociale (ad esempio attraverso l'esperienza lavorativa). Forse è proprio su questo versante che registriamo i più significativi ritardi.

Certamente un lascito della legge del 1978 riguarda il cambiamento istituzionale da essa innescato che ha avuto ricadute sociali: dall'ospedale psichiatrico si è passato al territorio e alla comunità. È dunque nella comunità che bisognerebbe promuovere nuove

alleanze a partire dalle nuove generazioni. Una risposta in tal senso è certamente da cogliere nella legge n. 112 del 2016, la legge sul “dopo di noi”, che ha finalmente proiettato in un’ottica comunitaria la cura delle persone.

Più in generale la sfida da percorrere è quella di alimentare condizioni sociali capaci di impedire o almeno limitare la diffusione del disagio psichico. La promozione della qualità della convivenza e sul piano giuridico della cittadinanza (dei diritti effettivamente goduti) può produrre una nuova salute mentale “diffusa”. Ciò dovrebbe spingere a ripensare le soluzioni organizzative sino ad oggi adottate nell’ambito del SSN ed in particolare il modello dipartimentale.

La legge Basaglia una legge “durata” pochi mesi, ma che ha cambiato il diritto alla salute.

Una legge che amplia gli spazi della democrazia

La Rivista, Numeri, Urlando contro il cielo

 Giovanna Del Giudice | 31 Ottobre 2018

La legge Basaglia sancisce la chiusura dei manicomi, la fine del binomio malattia mentale/pericolosità sociale, l'entrata delle persone con disturbo mentale nella cittadinanza sociale. Solo in casi estremi, definiti per legge, si può ricorrere al Trattamento sanitario obbligatorio, ma anche in questo caso la persona non perde i diritti, tra cui quello di votare, di comunicare con chi voglia, di richiedere la revoca del trattamento

Nel 2018 la Legge 180 compie 40 anni, **70 anni la Costituzione e 50 anni il '68**. *Eventi con un comune filo rosso*: la lotta per i diritti di cittadinanza e l'uguaglianza per tutte e tutti. La Legge 180 è promulgata il 13 maggio 1978, quattro giorni dopo il ritrovamento del corpo di Aldo Moro in via Caetani.

La 180 sancisce la chiusura dei manicomi, la fine del binomio malattia mentale/pericolosità sociale, l'entrata delle persone con disturbo mentale nella cittadinanza sociale. Prevede di norma la volontarietà della cura, di contro alla Legge 36 del 1904 *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati* che prevedeva il ricovero coatto per il malato di mente "pericoloso a se e agli altri e di pubblico scandalo". Solo in casi estremi, definiti per legge, si può ricorrere al Trattamento sanitario obbligatorio, ma anche in questo caso la persona non perde i diritti, tra cui quello di votare, di comunicare con chi voglia, di richiedere la revoca del trattamento.

Non più quindi "alienati" pericolosi da segregare, vigilare e custodire, incomprensibili, inguaribili, destinati alla cronicità, ma persone, con dignità, diritti e risorse, da curare, supportare, valorizzare, includere. Non più uno statuto speciale per il malato di mente ma questi diventa cittadino, soggetto di diritti fondamentali, inviolabili.

Il focus si sposta dall'ospedale al territorio: non più l'internamento senza fine negli ospedali psichiatrici ma la presa in carico dei soggetti nei luoghi naturali di vita, in servizi nella comunità, aperti, attraversabili. La Legge 180, come dice Franco Basaglia, è alla fine

“solo l’inserimento nella normativa sanitaria di un elemento civile e costituzionale”.

Trieste è stata, dopo Gorizia e Colorno, la città della deistituzionalizzazione. Franco Basaglia prende la direzione del manicomio di Trieste nell’agosto del 1971, chiamato dal presidente della Provincia, Michele Zanetti. Un grande manicomio con 1200 internati, per la maggior parte coatti, negati nei diritti civili e politici, silenziati e deprivati di soggettività, oggetti di custodia e di annientamento, non di cura. Il gruppo di lavoro che si forma intorno a Franco Basaglia è costituito da giovani medici non ancora contaminati dalla psichiatria custodialistica manicomiale e da operatori volontari, italiani e stranieri, motivati a vivere una esperienza di impegno antistituzionale.

L’Europa e il mondo in quegli anni sono attraversati da un vento forte di cambiamento, per l’emancipazione dei soggetti socialmente più vulnerabili, per l’eguaglianza delle opportunità, per la ridistribuzione dei poteri, per l’affermazione dei diritti. Basaglia opera da subito a Trieste per la chiusura del manicomio e l’organizzazione di servizi nella comunità capaci di rispondere alla domanda di salute mentale. Il processo di deistituzionalizzazione mette al centro i diritti delle persone e prende avvio dall’abolizione delle pratiche di limitazione delle libertà personali, di violazione dei corpi, dalla fine della segregazione e della separazione tra dentro e fuori. Atti prioritari che richiedono presenza, responsabilità, alleanze, lavoro collettivo. Per contrastare e vincere le paure che sempre si producono nel cambiamento degli internati e la preoccupazione degli infermieri di essere lasciati soli nei reparti a gestire le contraddizioni che derivano dalla restituzione dei diritti. Per liberare gli operatori dalla responsabilità della custodia e promuovere rapporti di presa in carico e di cura.

In quegli anni, l’assunto di base che fonda l’impegno contro le pratiche della psichiatria manicomiale, violenta, segregante e contenitiva è la convinzione che *la libertà è terapeutica*.

Marco Cavallo, il grande Cavallo azzurro di cartapesta costruito nei primi mesi del ‘73, nel primo reparto chiuso del San Giovanni, nella cui pancia sono depositati i desideri dei ricoverati, nell’ultima domenica ventosa di febbraio, esce dal manicomio. e attraversa la città. Un corteo di seicento persone, ricoverati, operatori, lavoratori, volontari, segue il Cavallo. Simbolo della libertà riconquistata degli esclusi, è pure denuncia delle condizioni materiali degradate in cui versano i ricoverati e i lavoratori nel manicomio.

In quegli anni si lavora con i lungodegenti per restituire loro diritti e soggettività, per la ricostruzione delle storie, per l’uscita dai reparti e dal manicomio, con i nuovi ricoverati, contro la perdita dei legami familiari e sociali e l’avvio di una carriera istituzionale, per un ritorno precoce a casa, seguiti e supportati dagli operatori nei loro ambienti di vita.

Dal 1975 al 1977, in tutta l’area della provincia di Trieste, vengono aperti sette Centri

di salute mentale, servizi di prossimità che, in un territorio e su una popolazione definiti, supportano le persone dimesse dal manicomio e rispondono alla domanda di salute mentale della cittadinanza, contrastando l'invio in Ospedale psichiatrico. Nel gennaio 1977 Franco Basaglia in un'affollata conferenza stampa annuncia la chiusura dell'ospedale psichiatrico. In quel momento sono ancora presenti in ospedale circa 500 persone, ma il processo di decostruzione dell'istituto è consolidato, senza possibilità di ritorno e nel territorio è attiva la rete dei servizi alternativi al manicomio. Nel marzo del 1980 l'ospedale psichiatrico di Trieste cessa nelle sue funzioni, primo manicomio al mondo. Nel 1999 chiuderà in Italia l'ultimo ospedale psichiatrico, quello di Santa Maria della Pietà a Roma. Alla fine degli anni sessanta, erano più di 100mila le ricoverate e i ricoverati negli 86 ospedali psichiatrici pubblici.

Oggi l'Italia è un paese senza manicomi *e in tutto il territorio nazionale è costituita la rete dei servizi di salute mentale*. Nessuno chiede il ritorno al manicomio, ma qualità nella presa in carico e nella cura. Le persone con disturbo mentale hanno opportunità, protagonismo e diritti. I familiari sono interlocutori dei governi locali e di quello centrale. L'impegno per la salute mentale della e nella comunità, oltre ai professionali, si è allargato ad altri soggetti, associazioni culturali e sociali, gruppi formali ed informali, cooperative di inserimento lavorativo e di servizi, professori, intellettuali, imprenditori.

È mutata la rappresentazione sociale della sofferenza mentale. Questa è sempre più vista come condizione umana che ci attraversa e ci riguarda. Nelle pratiche più avanzate, ma anche secondo gli attuali indirizzi scientifici, la presa in carico e la cura non riguardano la malattia ma la persona con sofferenza nella sua complessità di bisogni e inserita nel suo contesto familiare e sociale. Sapendo che i fattori di contesto, quelli legati alle relazioni, alla vulnerabilità sociale influenzano il decorso della malattia molto più dei fattori biologici e clinici. Il permanere di pregiudizi nei confronti del malato di mente risulta per lo più collegato a modalità di cura contenitive e segreganti attuate ancora in alcuni servizi psichiatrici.

Ma pure oggi, nell'attuale impoverimento sociale, **culturale**, *assistiamo di nuovo al ritorno al riduzionismo biologico medico,* al ritorno alle psichiatrie delle diagnosi e del farmaco. Al permanere, o al riproporsi, di sacche di abbandono e di pratiche di violazione dei diritti. In alcune aree del paese, fino all'80% del budget della salute mentale è per la residenzialità sulle 24 ore, impoverendosi le risorse per il lavoro territoriale dei Centri di salute mentale, per i progetti terapeutici riabilitativi individuali, per i progetti di inclusione sociale e lavorativa. Appare in salita la strada per la piena partecipazione delle persone con problema di salute mentale nelle istituzioni deputate alla cura. Ancora l'Università forma operatori all'interno di una cultura bio medica e separata dalla realtà dei servizi. Tanto più nell'attuale scarsità delle risorse per la salute mentale, dobbiamo con attenzione porci il problema di come le risorse si spendono e intervenire quindi sul modello organizzativo dei servizi.

Il 2018 volge al termine lasciandoci un bagaglio pesante di responsabilità. Se non si è trattato di inutili “celebrazioni” ma si è voluto fare il punto su dove siamo in questo percorso di democrazia e su come andare avanti, dobbiamo riconoscere che il percorso è ancora lungo ed irto di difficoltà. Molto ancora rimane da fare in riferimento alle culture, ai paradigmi di riferimento, ai modelli organizzativi, alla qualità dei servizi, alle pratiche, agli stili operativi, ai progetti di inclusione. Ma pure guardiamo con fiducia alle tante realtà che nel nostro paese lavorano per l’accesso alla cittadinanza per tutti, convinti che dobbiamo continuare a testimoniare, anche in questi tempi bui, ognuno nelle sue quotidiane pratiche, che è possibile costruire luoghi e spazi di cura, di emancipazione, di inclusione, di relazioni reciproche, di non violazione dei diritti, di accoglienza di costruzione quindi di una città solidale e che cura.

Un teatro capace di abbattere i confini



Andreina Garella | 31 Ottobre 2018

Il teatro ci spinge a conquistare un più dignitoso livello di vita, ad imporre all'esterno rispetto morale e culturale, ad abbattere i confini tra normale e anormale, tra salute e malattia, tra esclusione e integrazione. Vorremmo che il teatro funzionasse da cuneo tra chi è folle e chi folle è utopicamente, per ammansire il timore, per diluire la diffidenza, per togliere l'imbarazzo, per dare una chance comunicativa in più a chi sul palcoscenico del chi sul palcoscenico della vita o sta in silenzio o delira...

Per me tutto è nato nel Parco di San Giovanni, su quella collina dove si trovava l'ex ospedale psichiatrico di Trieste. La mia pratica teatrale è incominciata in quei luoghi. Erano gli anni 80 e proprio lì, dentro l'ex manicomio, avevamo uno spazio prove per i nostri spettacoli, pieno di luce e sempre aperto. Il Parco, da quel momento, diventa un luogo di innovazione e cambiamento, si apre alla città, i "matti" sono liberi di uscire e i "cittadini" di entrare.

Condividevamo gli stessi spazi con grande naturalezza, sembrava quasi impossibile che quello stesso luogo fino a pochissimo tempo prima avesse avuto i cancelli chiusi, sbarrati, a segnare un netto confine tra un fuori e un dentro, tra follia e normalità.

A Reggio Emilia ho iniziato a collaborare con il Dipartimento di Salute Mentale nel 2003 e forse questa collaborazione non è stata un caso. Poi tutto è accaduto nel modo più naturale, l'incontro con gli utenti e il dare spazio ad altri sguardi e altre sensibilità.

In questi anni si è formato un gruppo stabile aperto, fatto di attori fuori dagli schemi, che collabora con me nella realizzazione degli spettacoli. Un gruppo di straordinaria umanità, capace di trasformare la fatica del vivere in poesia e di offrirsi al pubblico con la sincerità del proprio corpo, dei propri movimenti, della propria voce (Festina Lente Teatro).

Vite "difficili" che con sensibilità e creatività, tra verità e finzione, contendono lo spazio scenico alle convenzioni sociali, alla prepotenza, all'egoismo, nel tentativo di liberarsi da imposizioni che imprigionano.

Il nostro lavoro è basato sul rigore e la costanza, su un allenamento fisico e vocale che esclude i paternalismi o gli atteggiamenti forzatamente benevoli che spesso caratterizzano le attività con i pazienti della salute mentale.

Esiste un argomento, si costituisce un progetto poetico (quasi fossimo un ingegnere che progetta un ponte dalle arcate impossibili), si crea un atmosfera protetta, un clima di complicità in cui ognuno semina, si scrive la drammaturgia. Questa sequenza così facile da enunciare, è lunga, pericolosa, difficile; ha bisogno di duro lavoro, di disponibilità e soprattutto di poesia, sul cui territorio potersi smarrire per essere altrove, per essere se stessi o altri, per essere lontani o vicini, per essere liberi.

Lavoro in modo empirico, la mia ricerca stimola, in chiunque partecipi, la sua "teatralità biologica", per dirla con un eufemismo. Ho abbandonato da tempo il rapporto con attori di professione, prediligo le persone, che rimangono tali anche sulla scena, non si trasformano mai in personaggi, ma diventano persone straordinarie; ognuno di loro nasconde un segreto, un enigma, un mistero, il mio lavoro è quello di rendere tutto questo più percepibile e visibile sulla scena.

La vita autentica si impone alla forma e la vita irrompe sul palcoscenico mettendo in crisi la finzione. Cerco di mettere a disposizione del teatro ciò che in queste persone è sottile e impercettibile; credo e vedo che quello che ne scaturisce è "poesia dell'invisibile", quella poesia dalle infinite e imprevedibili potenzialità.

I loro corpi che giocano, si sfidano, gareggiano, lottano, creano una drammaturgia di movimenti, fatta di gesti quotidiani, semplici, ripetuti con ritmi diversi, a volte incalzanti. Corpi a volte pesanti o rallentati dalla cura, ma che, come per magia e con passione, riescono a prendere lo spazio, il tempo, le pause giuste per commuovere o far sorridere.

Il mio non è un teatro terapeutico, il teatro non fa distinzioni di genere, è teatro e basta. L'acqua sicuramente disseta, il teatro sicuramente fa bene. Ma fa bene a tutti, a chi lo fa e a chi lo guarda, ci ricorda che dobbiamo vivere in un altro modo, recuperare lentezza, ascolto, empatia.

Abbiamo l'urgenza di farci sentire, abbiamo messo in scena le nostre fragilità, col desiderio e nel tentativo di dare una rilevanza poetica alle inquietudini della nostra epoca. Pirandello, Kafka, Cervantes, Shakespeare, Zavattini, Pasolini, Jarry, Brecht, Handke, sono gli autori incontrati, cercando quella "diversità" che ha sempre affascinato artisti, filosofi, scrittori.

Le parole e le intuizioni degli attori spesso sono diventate drammaturgia. Rielaborate attraverso una accurata selezione, diventano testo poetico: gli attori se ne appropriano, le

voci sono pronte per la scena e il pubblico libero di accoglierle.

Abbiamo messo in scena la società che ci circonda, dominata da superficialità e arroganza, una società chiassosa, effimera, bugiarda, che non ammette diversità, fragilità, sincerità. Una società occupata solo a soddisfare i propri bisogni opulenti e che necessita di condiscendenza, adulazione, vigliaccheria. Noi ci siamo opposti alla violenta omologazione, ripudiando la stupidità.

Ci siamo allenati alla sensibilità, a combattere le ingiustizie, le prevaricazioni, le prepotenze e abbiamo riconquistato coraggio. Un fare teatro che ha dato spazio ad altri modi di essere, liberandosi dagli stereotipi e luoghi comuni che purtroppo ancora accompagnano chi soffre di un qualsiasi disagio. Vorremmo che la fragilità emergesse e si trasformasse in forza per dimostrare, come diceva Pirandello, che "*si nasce alla vita in tanti modi, in tante forme...*".

Un fare teatro che dia spazio ad altri noi, differenti, nuovi, dia voce a chi parla dentro di noi. Così il teatro diventa spazio comune che ci permette di mettere in gioco le nostre contraddizioni, i nostri limiti razionali, le nostre irrazionalità sempre diverse e che ci aiuta a comprendere meglio e a difenderci da un mondo che spesso non riconosciamo.

Il teatro ci spinge a conquistare un più dignitoso livello di vita, ad imporre all'esterno rispetto morale e culturale, ad abbattere i confini tra normale e anormale, tra salute e malattia, tra esclusione e integrazione.

Abbiamo tutti il diritto di essere uomini e donne con debolezze e incertezze fisiologiche, emozionati ed emozionabili, di essere ciò che in nome del benessere viene continuamente censurato a favore dell'effimero. Con i nostri spettacoli vorremmo aprire strade nuove di riflessione e porre fine al rapporto tra pregiudizio e ignoranza, tra timore e incomprensione, tra esclusione e rifiuto.

Vorremmo che il teatro funzionasse da cuneo *tra chi è folle e chi folle è utopicamente*, per ammansire il timore, per diluire la diffidenza, per togliere l'imbarazzo, per dare una chance comunicativa in più a chi sul palcoscenico del chi sul palcoscenico della vita o sta in silenzio o delira, perché, "*che volete? Costruiscono senza logica, beati loro, i pazzi!*".

Essere umani….anche e sempre



Maria Vittoria Bonanno | 31 Ottobre 2018

La sofferenza sembra riuscire ad attivare solo uno spazio, di domande e risposte, pronte e semplici da applicare per annullare o risolvere il problema. Ma così facendo si corre il rischio di perdere la dimensione della complessità, la capacità di tenere aperte le domande, di chiedersi il perché dei nostri comportamenti almeno due volte, di continuare a rivolgersi agli altri ancora come esseri umani…

La mia esperienza in ambito psichiatrico si è sviluppata prevalentemente all' interno dei progetti che E.N.A.I.P. (Ente Nazione Acli Istruzione Professionale) ha realizzato, in Italia e nel Lazio in particolare, a partire dal 1985 fino a metà degli anni '90; progetti realizzati con il supporto dei programmi comunitari e con una forte vocazione alla sperimentazione e al confronto tra diverse realtà e modelli presenti nel contesto italiano, come Trieste, ed europeo.

L'esperienza di Rieti, voluta da E.N.A.I.P. anche in risposta a richieste proveniente dal Servizio di salute mentale della USL, proponeva per la prima volta interventi di formazione professionale per giovani con problemi psichiatrici. Al "Capannone", nome con cui era conosciuto il centro di Rieti, venivano proposti corsi per i mestieri di falegname, giardiniere-florovivaista e tipografo-rilegatore.

Ma si trattava di un modello molto particolare: gli allievi con il supporto di docenti, di artigiani ed esperti, di animatori sociali e di operatori sanitari del servizio pubblico, apprendevano il mestiere partecipando alla creazione di una cooperativa sociale di produzione e lavoro, all'interno della quale potevano svolgere poi attività lavorative, regolarmente retribuite.

La cooperativa "*Lavorare per incontrarsi*", è stata la prima cooperativa nata nel territorio per l'inserimento lavorativo di persone con problemi psichiatrici, aprendo la strada per tante altre esperienze. E' tutt'ora attiva, anche se con un nuovo nome, è si pone gli stessi obiettivi e vede ancora la presenza attiva di alcuni soci fondatori; si occupa principalmente di lavori

tipografici e oltre a sei soci lavoratori, accoglie in tirocinio formativo, altri giovani e adulti con problemi psichici e di dipendenze.

Dal 1986 è stato aperto anche un centro diurno realizzato sempre dall'E.N.A.I.P. – in collaborazione con il Comune di Rieti e il Servizio Psichiatrico USL – finalizzato alla chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Rieti, in quel momento ancora funzionante con circa 120 ricoverati, e a realizzare strutture residenziali di accoglienza per le persone dimesse.

Il centro diurno, presente sempre al "Capannone", accoglieva una trentina di persone ricoverate in O.P.; per la maggior parte si trattava di persone internate da lungo tempo, spesso dalla prima infanzia (con un'età media di 30/35 anni), ossia di adulti molto istituzionalizzati, con problemi di handicap psico-fisico e patologie psichiatriche cronicizzate. La maggior parte di loro non aveva ormai da anni contatti con l'esterno e viveva in totale stato di abbandono.

Il centro era gestito da sette operatori sociali, con formazione ed esperienze diverse, soprattutto in ambito di animazione e assistenza a disabili. Il lavoro con le persone, proseguito fino al 1991, era organizzato attraverso dei laboratori che intervenivano su diverse aree o abilità: quella del *recupero di autonomie primarie* (alfabetizzazione di base con attività di disegno e manipolazione, gruppo di alfabetizzazione per il recupero di abilità di lettura e scrittura, gruppo di lettura e discussione su temi scelti); dei *bisogni primari* (organizzazione di spazi personali e di gruppo, cura della persone e igiene, gestione del denaro e acquisti) dei *laboratori pre-professionalizzanti* (falegnameria, tessitura e cucito, laboratorio scenografico, orticultura). Inoltre venivano proposte attività di socializzazione come uscite e visite in città e/o nei propri luoghi di origine, o la partecipazione e organizzazione di momenti di incontro, quali feste e cinema.

Sono state utilizzate tecniche di animazione (teatrali, espressivo-manipolative, corporee, musicali) per facilitare l'espressione di sé, la riappropriazione di abilità individuali, la riflessione su sé stessi e sul gruppo; si é utilizzato molto anche il lavoro in gruppo, con momenti assembleari e di piccolo gruppo, attraverso i quali sviluppare e consolidare le relazioni e la comunicazione. Il lavoro del centro era arricchito da attività didattiche e di animazione nelle scuole elementari della città e da brevi esperienze residenziali di vacanza con piccoli gruppi di ospiti, dove si poteva sperimentare la vita di tutti i giorni e lasciarsi alle spalle, per un breve periodo, l'istituzione.

Negli ultimi tre anni (dal 1989 al 1991), tutto questo lavoro è stato finalizzato alla realizzazione e al passaggio di alcune persone in case famiglia dislocate nel territorio provinciale (Cantalice e Rieti). In collaborazione con i Comuni che avevano aderito all'iniziativa, sono stati individuati tre appartamenti e poi, con il coinvolgimento delle stesse persone che sarebbero andati ad abitarle, sono stati arredati e organizzati gli spazi di vita.

Una volta in casa gli utenti, con il supporto di operatori sociali e sanitari hanno, re-imparato a gestire la vita quotidiana, a conoscere i vicini e il luogo in cui vivevano, cercato di riprendere i contatti con i familiari. Questa esperienza si è conclusa con l'apertura di tre case famiglia e le dimissioni dall'O.P. di 15 pazienti.

E' stato poi avviato un progetto dentro l'Ospedale Psichiatrico (1991/1994*)* ancora aperto al momento e in condizioni di grave deterioramento, promosso, come il precedente, dall'E.N.A.I.P., in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale di Rieti e finanziato dalla Regione Lazio. L'obiettivo era quello di incidere sulla struttura manicomiale per favorire un cambiamento dall'interno che andasse a modificare in primo luogo le condizioni di vita dei pazienti e favorisse la preparazione di questi e del personale verso nuove situazione di cura e assistenza all'esterno (quali case famiglia o comunità alloggio); il gruppo di lavoro era composto in parte dagli stessi operatori del centro diurno e in parte da operatori provenienti da esperienze di formazione professionale.

L'intervento si strutturava, come il precedente, con *attività di formazione* (falegnameria, impianti sportivi e aree verdi, servizi di pulizia e lavanderia) *e di riabilitazione* (cambiamenti organizzativi, interventi di riabilitazione sanitaria, socializzazione e realizzazione di comunità alloggio) ma avveniva all'interno dell'istituzione in collaborazione con il personale sanitario. Il gruppo di pazienti era composto da sessanta persone, di cui una piccola parte aveva partecipato alle attività del centro diurno, mentre tutti gli altri erano persone rinchiuse da molti anni nell'istituzione e con gravi patologie psichiatriche cronicizzate e aggravate dal deterioramento istituzionale.

La situazione all'interno si presentava esattamente come quelle descritte nelle istituzioni manicomiali prima della riforma, con reparti aperti dove le persone girovagano abbandonate a sé stesse e reparti chiusi dove si trovavano persone con gravi disabilità o molto deteriorate, il tutto aggravato da un forte stato di abbandono e incuria derivante dall'annunciata e forse prossima chiusura.

Nonostante una serie di rigidità, derivate dall'essere in un struttura istituzionale, siamo riusciti ad avviare un processo di riabilitazione; le condizioni di vita sono un po' migliorate, le persone hanno cominciato ad uscire o ad organizzare attività all'interno che hanno aperto il luogo a nuovi rapporti. Il personale ha iniziato a modificare il suo atteggiamento nei confronti dei pazienti, almeno in parte, e ad accettare la possibilità di lavorare in un altro modo.

I due reparti coinvolti sono stati organizzati *in piccole comunità di dieci/dodici persone*, che, pur se dipendenti ancora dall'organizzazione generale del manicomio, hanno consentito un primo e parziale recupero di autonomia alle persone coinvolte. L'esperienza non si é conclusa con la chiusura del manicomio, avvenuta solamente nel 2000, ma ha consentito la realizzazione di una quarta casa famiglia esterna e di tre comunità residenziali all'interno

della struttura.

Questo racconto offre solo una rapida e sintetica descrizione degli eventi di quel periodo che non riesce a rendere conto pienamente dell'entusiasmo, delle fatiche, delle sofferenze, dei problemi, dei successi, delle tensioni, dei cambiamenti che li hanno caratterizzati e accompagnati.

Mi piace, per far comprendere meglio quel clima, aiutarmi con una piccola storia, quella di una delle persone ricoverate in O.P., che un giorno è uscita con due operatrici per comprarsi un vestito. Anna, la chiameremo così, era stata ricoverata molto giovane, e non era più uscita da quel luogo da almeno quarant'anni, molti dei quali passati legata a letto, perché aggressiva e autolesionista. Un giorno, veniva da poco al reparto dove stavamo lavorando, le chiediamo se, invece di portare sempre le solite vestagliette dell'ospedale, vuole andare in città per comprarsi un vestito nuovo, e lei, combattuta tra rifiuto e curiosità, dice di si.

Entriamo in un negozio di abbigliamento da donna e le proponiamo alcuni abiti che con fatica accetta di provare; intanto le commesse ci osservano tra l'incuriosito e il preoccupato. Esce con indosso un abito di maglia di un bel color ciclamino e con preoccupazione si guarda allo specchio, e poi, con un gran sorriso, dice alle operatrici "guarda, guarda anche le matte so' belle, anche le matte so' belle, anche Anna è bella".

Sono passati molti anni ma questa frase e questo momento mi sono rimasti nella memoria per l'emozione che ha coinvolto tutti i presenti, commesse comprese, e per il significato, diverso per ognuna di noi, di riparazione che sembra proporre (Anna è poi andata a vivere in una casa famiglia esterna seguita con una minimo supporto diurno da operatori sociali).

Credo però che la parte più potente delle frase sia quell'*anche* che per me sottolinea e sintetizza la filosofia o se vogliamo la strategia con cui abbiamo costruito tutti gli interventi che ho descritto: l'attenzione e il valore della/delle persone con cui stavamo lavorando. Indica la possibilità di recuperare, dopo e attraverso dolori, patologie, sofferenze, una dimensione individuale di essere umano tra altri esseri umani. Nelle relazioni, come dice Paul Ricoeur, "*C'è un livello in cui la reciprocità si impone. Ma è nella stima e nel rispetto, non nella capacità di essere o di fare. […] Vale a dire che il folle, il moribondo sono ancora uomini. E' necessario che io mi rivolga a loro ancora in quanto esseri umani*." (Y. Pelicier, "Etica e vivere bene. Conversazione con Paul Ricouer" (in CIPA a cura di) *Il male,* Raffaello Cortina, Milano 2000 p.6)

Questa espressione descrive, con parole più chiare e comprensibili per l'epoca attuale, le modalità con cui ci si avvicinava in quegli anni al lavoro sociale e alle persone in difficoltà. In ENAIP si chiamava proposta formativa e parlava di "centralità delle persona", concetto e modello operativo analogo a quello promosso dal lavoro anti-istituzionale avviato attraverso

le esperienze di chiusura dei manicomi e di organizzazione dei servizi territoriali (Gorizia e Triste in primo luogo e poi Arezzo, Perugia, Roma, ecc.). Un percorso di restituzione, socializzazione e riabilitazione che aveva al centro la persona e il recupero di dignità e diritti, realizzato attraverso un prendersi cura attento ai diversi livelli e alle loro interazioni, quelle dell'individuo, del gruppo, dei familiari, delle comunità di riferimento e delle istituzioni.

A distanza di tempo e in condizioni sociali diverse, ciò che resta importante di questa storia e dei cambiamenti che ha prodotto, è quell'approccio alla sofferenza che considera e valorizza in primo luogo il soggetto che ci si trova dentro, accolto e ascoltato nella sua intera storia e condizione; modalità non abituale di rapporto con i pazienti psichiatrici, "i matti", esseri estranei e pericolosi nell'immaginario di molti.

Riportando l'attenzione al momento attuale mi sembra, dalla mia esperienza sia nella formazione professionale che nell'attività terapeutica, che sia sempre più presente, sia dal lato della domanda che da quello delle possibili soluzioni, una modalità di interazione spesso accompagnata da una dimensione di urgenza, immediatezza, rapidità; la sofferenza sembra riuscire ad attivare solo uno spazio, di domande e risposte, pronte e semplici da applicare per annullare o risolvere il problema. Ma così facendo si corre il rischio di perdere la dimensione della complessità, la capacità di tenere aperte le domande, di "*chiedersi il perché dei nostri comportamenti almeno due volte* "(Savater, 2009), di continuare a rivolgersi agli altri "*ancora come esseri umani*".

Alda Merini: “Non lasciatemi sola”

Redazione | 31 Ottobre 2018

Proponiamo alcune poesie di Alda Merini che a soli 16 anni, viene internata per un mese nella clinica psichiatrica di Villa Turro: le viene diagnosticato un disturbo bipolare. E successivamente viene stata internata al manicomio Paolo Pini di Milano fino al 1972. Una donna che ha vissuto sulla sua pelle l’esperienza drammatica del manicomio, restituendola con straordinaria efficacia nella sua bellissima narrazione poetica

Le mie impronte digitali

prese in manicomio

hanno perseguitato le mie mani

come un rantolo che salisse la vena della vita,

quelle impronte digitali dannate

sono state registrate nel cielo

e vibrano insieme

ahimè alle stelle dell’Orsa maggiore.

Ti aspetto e ogni giorno

mi spengo poco per volta

e ho dimenticato il tuo volto.

Mi chiedono se la mia disperazione

sia pari alla tua assenza

no, è qualcosa di più:

è un gesto di morte fissa

che non ti so regalare.

(da **Clinica dell'abbandono**)

La verità è sempre quella,

la cattiveria degli uomini

che ti abbassa

e ti costruisce un santuario di odio

dietro la porta socchiusa.

Ma l'amore della povera gente

brilla più di una qualsiasi filosofia.

Un povero ti dà tutto

e non ti rinfaccia mai la tua vigliaccheria.

(da **Terra d'Amore**)

Sono nata il ventuno a primavera

Sono nata il ventuno a primavera
ma non sapevo che nascere folle,
aprire le zolle
potesse scatenar tempesta.
Così Proserpina lieve
vede piovere sulle erbe,
sui grossi frumenti gentili
e piange sempre la sera.
Forse è la sua preghiera.

(da "Vuoto d'amore")

La Terra Santa

Ho conosciuto Gerico,
ho avuto anch'io la mia Palestina,
le mura del manicomio
erano le mura di Gerico
e una pozza di acqua infettata
ci ha battezzati tutti.
Lì dentro eravamo ebrei
e i Farisei erano in alto
e c'era anche il Messia
confuso tra la folla:
un pazzo che urlava al Cielo
tutto il suo amore in Dio.

Noi tutti, branco di asceti
eravamo come gli uccelli
e ogni tanto una rete
oscura ci imprigionava
ma andavamo verso le messe,
le messe di nostro Signore
e Cristo il Salvatore.

Fummo lavati e sepolti,
odoravamo di incenso.
E dopo, quando amavamo,
ci facevano gli elettrochoc
perché, dicevano, un pazzo
non può amare nessuno.

Ma un giorno da dentro l'avello
anch'io mi sono ridestata
e anch'io come Gesù
ho avuto la mia resurrezione,
ma non sono salita nei cieli
sono discesa all'inferno
da dove riguardo stupita
le mura di Gerico antica.

(da “**La Terra Santa**” 1984)

Il testamento

Se mai io scomparissi
presa da morte snella,
costruite per me
il più completo canto della pace!

Ché, nel mondo, non seppi
ritrovarmi con lei, serena, un giorno.

Io non fui originata
ma balzai prepotente

dalle trame del buio
per allacciarmi ad ogni confusione.

Se mai io scomparissi
non lasciatemi sola;

blanditemi come folle!

(3 novembre 1953 da “Paura di Dio” – 1955)

* Segnalimo il bellissmo sito dedicato ad Alda Merini curata dalle sue figlie: www.aldamerini.it