

LA FORESTA E GLI ALBERI

15



Antonio Mancini, Ileana Ambrosio, Antonella Amodeo, Claudio Ardia, Filomena Basile, Francesco Blasi, Teresa Capacchione, Giuliana Cecchi, Giovanni Chianese, Bruno Cinque, Francesca Cipollone, Genoveffa Corvino, Giovanna Corvino, Rosa Cuccurullo, Giuseppe d'Aquino, Angela De Lisio, Enrico De Notaris, Giovanna del Giudice, Francesco Diana, Giuseppina Diana, Giuseppe Errico, Elisabetta Ferrandes, Gennaro Fatigati, Giancarlo Garofalo, Maria Augusta Iandolo, Carmela Iannone, Angela La Torre, Maria Letizia, Filomena Maffullo, Alessio Maione, Angela Manzi, Filomena Milite, Alessandra Mirabella, Roberta Moscarelli, Ferdinando Napolitano, Giuseppe Pagano, Simona Palmieri, Tay Giuliana Palmieri, Salvatore Pellegrino, Gennaro Perrino, Simone Petrella, Monica Petrosino, Sergio Piro, Raoul Pollio, Angela Prisco, Paola Santoro, Margherita Spagna, Gennaro Varchetta, Filomena Vella, Salvatore Verde, Gianpiero Zappatori

# Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica

(rapporto conclusivo a cura di Antonio Mancini)



LA CITTÀ DEL SOLE  
2006

FONDAZIONE CENTRO RICERCHE SULLA PSICHIATRIA  
E LE SCIENZE UMANE *onlus*

Via Federico Ricco, 50 - 84014 Nocera Inferiore - 081.9212601-925827  
e-mail: [fondazione.cerps@asl.salernouno.it](mailto:fondazione.cerps@asl.salernouno.it)

*Sede di Napoli*

Respons. Prof. Sergio Piro  
Scuola diadromico-trasformatzionale  
presso Centro Culturale "La Città del Sole"  
Vico Latilla, 18 - 80134 Napoli  
e-mail: [keygual@virgilio.it](mailto:keygual@virgilio.it)

Questo volume costituisce il *rapporto conclusivo* della Ricerca «Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica, *Transformational Practice in the Field of Anthropropic Exclusion*» dell'Assessorato Ricerca Scientifica, Regione Campania (promozione ricerca scientifica ai sensi della Legge regionale 28/3/2002 n. 5).

Il disegno in copertina è di Maria Teresa Zonzi

Progetto grafico e realizzazione  
*Free Service s.r.l. - Napoli*  
[info@free-services.it](mailto:info@free-services.it) - [www.free-services.it](http://www.free-services.it)

Edizioni  
LA CITTÀ DEL SOLE  
Vico Latilla, 18  
80134 Napoli

ISBN 88-8292-315-0

*Le Edizioni La Città del Sole sono contro la riduzione a merce dell'uomo e del prodotto del suo ingegno. La riproduzione, anche integrale, di questo volume è, pertanto, possibile e gratuita, ed è subordinata ad autorizzazione dell'editore soltanto a garanzia di un uso proprio e legittimo dei contenuti dell'opera.*

# INDICE GENERALE

INTRODUZIONE PROGRAMMATICA	13
A. Le basi epistemologiche e metodologiche della ricerca, di Antonio Mancini	13
1. Preambolo	13
2. Presentazione	16
a. <i>Termini di base</i>	17
b. <i>La conoscenza dell'accadere antropico</i>	21
3. La pratica	24
a. <i>L'accadere della pratica</i>	24
b. <i>La prassi osservazionale del lavoro antropologico-trasformatzionale</i>	27
c. <i>La pratica sociale come ricerca scientifica</i>	28
4. L'accadere partecipante	30
a. <i>La conoscenza traversante</i>	30
b. <i>La protensione all'accadere partecipante</i>	33
c. <i>Osservazione partecipante organizzata</i>	36
B. La formazione dei ricercatori, di Antonio Mancini e Sergio Piro	39
1. Storia	39
2. Costituzione dei gruppi di ricerca	41
a. <i>Diario delle riunioni e degli incontri</i>	41
b. <i>Sistematica finale</i>	60
3. Il passaggio all'atto	62
a. <i>L'inizio della ricerca</i>	62
b. <i>Gli scopi della ricerca</i>	65
4. Nota editoriale	67
Cap. I: Gruppo 1 UNA CATTEDRALE NEL DESERTO	
A. Rapporto di ricerca, di Claudio Ardia, Giuliana Cecchi, Francesca Cipollone, Enrico De Notaris ( <i>portavoce</i> ), Elisabetta Ferrandes, Maria Augusta Iandolo, Filomena Maffullo, Angela Manzi, Alessandra Mirabella, Simona Palmieri, Monica Petrosino	69

1. La scuola di specializzazione in psichiatria dell'Università Federico II di Napoli	69
a. <i>Descrizione dell'istituzione</i>	69
b. <i>Le prassi istituzionali</i>	70
c. <i>L'ispirazione didattica prevalente</i>	72
2. La formazione del gruppo	73
a. <i>L'inizio</i>	73
b. <i>Lo sviluppo di un atteggiamento critico sistematico</i>	76
c. <i>L'organizzazione di una prassi alternativa</i>	78
3. Le prassi alternative	80
a. <i>Rapporto (non esplicativo) su un'esperienza</i>	80
b. <i>Estensione</i>	82
c. <i>Spirale teorica</i>	86
B. Documenti della ricerca	89
1. L'anti-formazione dello psichiatra, di Elisabetta Ferrandes, Anita Manzi e Monica Petrosino	89
2. Appunti per la riunione del gruppo Autonomia del 22/6/04, di Claudio Ardia e Alessandra Mirabella	90
3. Appunti per la riunione interna del gruppo Autonomia del 22/10/04, di Giuliana Cecchi e Simona Palmieri	91
4. Sulla ricerca «Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica», di Monica Petrosino	94
a. <i>La storia di Elena</i>	94
b. <i>La storia di G.</i>	98
5. Scintillii e «Rassicurazioni», di Claudio Ardia	103
6. Entrare nella scuola di specializzazione..., di Filomena Maffullo	109
7. Dal diario semi-serio di una specializzanda, di Maria Augusta Iandolo e Alessandra Mirabella	111
8. Percorsi, di Alessandra Mirabella	113
Cap. II: Gruppo 2 ABITARE	115
A. Rapporto di ricerca, di Genoveffa Corvino, Giovanna Corvino ( <i>borsista</i> ), Giovanna Del Giudice, Fran-	

cesco Diana, Giuseppina Diana, Maria Letizia, Alessio Maione ( <i>portavoce</i> ), Giuseppe Pagano, Filomena Vella	115
1. Informazione preliminare	115
2. Percorsi di ricerca e risultati raggiunti	116
a. <i>Prassi</i>	116
b. <i>Momenti propri dell'osservazione partecipata non distanziata</i>	118
3. Considerazioni finali	119
B. Documenti della ricerca	121
1. Il problema della mia casa, di Giovanna Corvino ( <i>borsista</i> )	121
2. Il ruolo della cooperazione nel processo di deistituzionalizzazione, di Mirella Letizia e Giuseppe Pagano	125
3. L'esperienza dei coordinatori dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali nel passaggio dalle strutture alle case, di Genoveffa Corvino	131
4. Dallo psichiatrizzato, ricettacolo di scelte e valori non propri, alla persona in un processo di cura, protagonista della propria vita. Le scelte dell'abitare, un primo passo, di Francesco Diana	139
5. Quale riconoscimento nella follia, di Giuseppina Diana	141
6. Rannicchiarsi in una tana glaciale, su un letto di sassi, non è <i>abitare</i> , di Filomena Vella	145
C. Appendice	151
1. Terra di lavoro, terra di manicomi, di Alessio Maione	151
2. La costruzione di un dipartimento di salute mentale, di Giovanna Del Giudice	164
a. <i>L'Azienda sanitaria locale Caserta 2</i>	165
b. <i>I servizi di salute mentale nella Asl Caserta 2</i>	166
c. <i>I principi guida del lavoro di costruzione del Dipartimento</i>	170
d. <i>Ventidue anni nel servizio di diagnosi e cura di Aversa</i>	171
e. <i>La ricerca di una casa</i>	173

f. <i>Il nuovo servizio ospedaliero di diagnosi e cura (SPDC)</i>	175
g. <i>Conclusioni</i>	177
Cap. III: Gruppo 3 QUELLI DELLA SINDROME ROMANTICA	
A. Rapporto di ricerca, di Ileana Ambrosio, Francesco Blasi ( <i>portavoce</i> ), Simone Petrella, Gennaro Varchetta, Gianpiero Zappatori ( <i>borsista</i> )	179
1. Metodologia	179
a. <i>Premessa</i>	179
b. <i>Procedure</i>	180
c. <i>Raccolta dei dati</i>	181
d. <i>Obiettivi</i>	181
2. Risultati	181
B. Documenti della ricerca	183
1. Carta bianca, di Ileana Ambrosio, Francesco Blasi, Simone Petrella, Gennaro Varchetta, Gianpiero Zappatori	183
a. <i>Premesse</i>	183
b. <i>La costruzione di una storia e l'identità narrativa (15/10/2004)</i>	183
c. <i>Un'avventura nichilista ed altre storie (22/10/2004)</i>	185
d. <i>Storia di una donna... ma quale? (12/11/04)</i>	189
e. <i>Rivedersi (17 dicembre 2004)</i>	192
f. <i>Storia di una donna (04/02/05)</i>	193
2. La sindrome romantica, o dell'intertestualità della cura, di Francesco Blasi	210
Cap. IV: Gruppo 4 MORTE ALLA CERAMICA	215
A. Rapporto di ricerca, di Antonella Amodeo, Filomena Basile, Giovanni Chianese, Bruno Cinque ( <i>borsista</i> ), Rosa Cuccurullo, Giuseppe d'Aquino ( <i>portavoce</i> ), Giancarlo Garofalo ( <i>borsista</i> ), Carmela Iannone, Ferdinando Napolitano ( <i>borsista</i> ), Raul Pollio, Margherita Spagna	215
1. <i>Premessa storica</i>	215
2. <i>Percorsi di ricerca e risultati raggiunti</i>	217

a. <i>Il percorso</i>	218
b. <i>Obiettivi</i>	219
c. <i>Operatori e ricercatori</i>	220
d. <i>Deistituzionalizzazione</i>	221
e. <i>Conclusione</i>	223
3. Appendice: Diario delle riunioni e degli incontri	225
B. Documenti della ricerca	228
1. Morte alla ceramica, di Antonella Amodeo e Filomena Basile	228
a. <i>Premessa</i>	228
b. <i>I nostri laboratori</i>	229
c. <i>L'attività di tutti noi</i>	230
2. F, la sua famiglia, la ceramica, un lavoro, di Raul Pollio	234
3. Ceramica e riabilitazione, di Margherita Spagna	236
4. L'esperienza dei laboratori, di Giancarlo Garofano <i>borsista</i>	237
5. In conclusione un inizio, di Antonella Amodeo e Filomena Basile	238
a. <i>Nasce la cooperativa IUCAN</i>	238
b. <i>La sfida</i>	240
Cap. V: Gruppo 5 TRECENTOESSANTACINQUE	
GIORNI ALL'ALBA	241
A. Rapporto di ricerca, di Tay Giuliana Palmieri ( <i>borsista</i> ), Teresa Capacchione ( <i>portavoce</i> ), Salvatore Pellegrino, Gennaro Perrino, Angela Prisco ( <i>portavoce</i> )	241
1. Struttura operativa e progetto di ricerca	241
2. Sviluppo della ricerca	244
B. Documenti della ricerca	246
1. Telemaco, di Angela Prisco, <i>portavoce</i>	246
a. <i>Premesse</i>	246
b. <i>Metodologia d'intervento</i>	247
c. <i>Conclusioni</i>	248
2. L'incontro con Angela e Nino, di Tay Giuliana Palmieri, <i>borsista</i>	248
3. Relazione sul laboratorio «La Fucina dell'Arte», di Tay Giuliana Palmieri, <i>borsista</i>	251

4. Un contributo a mo' di conclusione, di Teresa Capacchione, <i>portavoce</i>	251
a. <i>L'osservazione partecipante</i>	253
b. <i>Prospettive di gruppo</i>	257
Cap. VI: Gruppo 6 STUDENTI UNIVERSITARI PUNTO INTERROGATIVO DI UN'EPOCA	261
A. Primo Sub-rapporto di ricerca: Esperienze didattiche alternative (la Scuola diadromico-trasformativa), di Angela De Lisio, Gennaro Fatigati, Filomena Milite e Paola Santoro	261
1. Introduzione	
a. <i>Un appunto storico</i>	261
b. <i>La Scuola sperimentale antropologico-trasformativa (1985-1998)</i>	262
2. La scuola diadromico-trasformativa (dal 1999)	265
a. <i>Il transito</i>	265
b. <i>La differente impostazione</i>	266
c. <i>La sperimentazione didattica e la pratica della ricerca</i>	267
d. <i>Questo scritto</i>	269
3. Considerazione finali e provvisorie	269
B. Secondo Sub-rapporto di ricerca, di Gennaro Fatigati e Filomena Milite: Studenti universitari nel mondo (studenti israeliani e studenti palestinesi)	271
1. Premessa	271
2. Progetto dialogo	272
3. Conclusione	275
C. Terzo sub-rapporto di ricerca: Studenti di medicina fra crisi d'epoca e accettazione di un ruolo (invenzione spontaneistica di un questionario preliminare), di Angela De Lisio	276
1. Introduzione	276
2. Il questionario preliminare	278
a. <i>L'idea del questionario</i>	278
b. <i>Svolgimento della ricerca</i>	279
3. Risultati della ricerca	281

4. Considerazioni	289
a. <i>Un'impressione generale</i>	289
b. <i>Una sintesi aperta</i>	290
Cap. VII: Gruppo 7 L'OSSERVATORIO DELL'ABBANDONO	293
A. Rapporto di ricerca, di Antonio Mancini ( <i>portavoce</i> ), Roberta Moscarelli, Salvatore Verde	293
1. Premessa	293
2. Materiali e metodi della ricerca	295
3. Obiettivi della ricerca	296
4. Risultati	297
5. Conclusioni	305
B. Documenti: i casi, di Antonio Mancini, Roberta Moscarelli e Salvatore Verde	312
1. Caso D. M. C. (n°1 del data-base)	312
2. Caso F. G. (n°2 del data-base)	313
3. Caso M. F. (caso n° 3 del data-base)	315
4. Caso S. R. (n° 6 del data-base)	317
5. Il gruppo di ricerca incontra A, un operatore della salute mentale (caso n° 15 del data-base)	319
6. Il racconto di un incontro (caso n° 23 del data-base)	329
7. Una testimonianza tra reclusione e abbandono (caso n° 35 del data-base)	332
Cap. VIII: DISCORSO FINALE INTERMEDIO	
A. Commenti, risultati, ipotesi, altro, di Antonio Mancini e Sergio Piro	341
1. Premessa operativa	341
2. Esame dei rapporti di ricerca	342
a. <i>La decisione di passaggio dall'attività formativa alla ricerca multiaccademica</i>	343
b. <i>Gli aspetti simili e aspetti differenti nei sette gruppi</i>	344
c. <i>La partecipazione all'accadere e la sistematizzazione della ricerca</i>	347
d. <i>Esclusi e non-esclusi</i>	349
e. <i>I momenti trasformativi dei ricercatori</i>	351

f. <i>La formazione del magma trasformazionale</i>	352
g. <i>La descrizione del lavoro di ricerca</i>	354
h. <i>Il contributo narrazionale dei Documenti della ricerca</i>	355
i. <i>Le conclusioni finali dei Rapporti di ricerca</i>	358
3. Risultato esprimibile della ricerca	363
B. Note e appunti sulla ricerca, di Sergio Piro	365
1. Appunti aggiuntivi sull'esclusione	365
a. <i>Esclusione sociale ed esclusione dal diritto alla cura</i>	365
b. <i>La riforma tradita</i>	368
c. <i>Le forme della restaurazione</i>	371
d. <i>Una coscienza non ritrattabile</i>	374
2. Note riguardanti la multiaccadimentalità	376
a. <i>L'immersione della ricerca sulla sofferenza negli accadimenti del mondo</i>	376
b. <i>Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica</i>	379
3. La riconquista della versatilità	382
a. <i>Trasformazioni nel campo didattico e formazionale</i>	382
b. <i>Polytropos 2006</i>	388
C. Conclusione modesta e difficilmente ritrattabile, di Antonio Mancini	391
Cap. IX: BIBLIOGRAFIA	395

# INTRODUZIONE PROGRAMMATICA

## A. Le basi epistemologiche e metodologiche della ricerca di

Antonio Mancini

Dieses Buch wird vielleicht nur der verstehen, der die Gedanken, die darin ausgedrückt sind – oder doch ähnliche Gedanken – schon selbst einmal gedacht hat. – Es ist also kein Lehrbuch. – Sein Zweck wäre erreicht, wenn es Einem, der es mit Verständnis liest, Vergnügen bereitet<sup>1</sup>.

*Ludwig Wittgenstein, 1922*

Così i tossicodipendenti, schiacciati dalla doppia azione della repressione da un lato e dalle condizioni di prezzo imposte dai monopoli distributivi dall'altro, sono stati ancor più sospinti verso le organizzazioni criminali, con un effetto di criminalizzazione aggiuntiva devastante.

*Salvatore Verde, 2002, p. 126*

### 1. PREAMBOLO

Accade talvolta che la ricerca, nel campo ampio e variegato delle scienze definite grossolanamente e malamente «umane», debba concedersi, come avviene in questo caso, qualche azzardo, debba perdere il carattere di esposizione compita di una tesi e dei suoi corollari, debba tentare vie impreviste e sentieri insicuri. La ricerca intesa come un «vagabondare», un percorrere strade, un pensare che non smetta di considerare il carattere esercitativo del pensiero medesimo, appartiene sicuramente di più alla grande tradizione filosofica che a quelle attività umane che sono volte alla descrizione, comprensione, trasformazione degli aggregati umani colti nella loro dimensione fluente di enti storici.

La ricerca quantitativa nel campo delle «scienze umane», tende per la natura del suo statuto epistemico e per sua necessità di-

<sup>1</sup> «Questo libro, forse, lo comprenderà solo colui che già a sua volta abbia pensato i pensieri qui espressi – o, almeno, pensieri simili. – Esso non è dunque un manuale. – Conseguirebbe il suo fine se piacesse ad uno che lo legga comprendendolo» (Wittgenstein L. 1922 trad. ital. 1989 p. 3).

sciplinare a declinarsi come ricerca positiva, come ricerca cioè che assume il suo oggetto, l'uomo nel suo «funzionamento» psichico e sociale, come un oggetto dato, definito o definibile. L'oggetto di indagine, per quanto transeunte, artificioso ed evanescente possa essere (o possa essere dichiarato tale), è pur sempre un *quid* che può essere descritto, indicato, manipolato, messo alla prova in successive ricerche, in una parola *testato*. L'oggetto è tale solo se è numerabile, raffrontabile, definibile.

La ricerca qualitativa, invece, non affidandosi alla (né fidandosi della) numerabilità come criterio di definizione del campo del suo indagare, tende alla descrizione di quegli enti, le *qualità* appunto, che per definizione non sono afferrabili ma solo intuibili, non sono descrivibili ma solo raccontabili. In tal modo la ricerca qualitativa si abbandona all'incanto del suo oggetto, vi aderisce pienamente e tende a proporsi come modello prototipico di se stessa, come esempio unico e irripetibile di *quella* ricerca<sup>2</sup>.

Nelle «scienze umane applicate» vi è sempre una qualche difficoltà (talora esplicitata e talora no) a separare con nettezza lo strumento di ricerca dal suo oggetto, il risultato dalla premessa, non appena si abbandoni il sentiero comodo e sicuro della ricerca nomotetica e ci si appresti allo studio empirico (ma non ingenuo) dell'accadere antropico<sup>3</sup>.

Questo (l'accadere antropico) può essere descritto come un grande magma ribollente, labile e evanescente, che si rispecchia, deformandosi, nel caleidoscopio infinito e mutevole del linguaggio. Eppure vi è sempre la necessità (per chi in quel magma si staglia, nell'illusione dell'affioramento coscienziale, come individualità protesa alla conoscenza e trasformazione dell'altro) di definizioni e precisazioni, senza le quali ogni operazione, anche la più elementare sarebbe impossibile. Il linguaggio nella sua articolazio-

<sup>2</sup> Le metodologie della ricerca «qualitativa» tendono a variare con il variare delle concezioni ideologiche, doxiche, epistemologiche dei ricercatori, così come sono varie e molteplici le valutazioni di tali ricerche, essendo anch'esse (le valutazioni) dipendenti direttamente da concezioni ideologiche, doxiche ed epistemologiche.

<sup>3</sup> Per «antropologico» e «antropico» non v'è necessità di postilla, per «accadere» si rinvia al celeberrimo «Die Welt ist alles, was der Fall ist» (Wittgenstein L. 1922 p. 6) e molto più modestamente a Mancini A. 1998.

ne grammaticale, definendo l'osservatore dall'osservato, l'oggetto di indagine dal suo strumento, crea, nel ricoprire e intessere l'accadere antropico, invariabilmente e continuamente le figure caduche e posticce di chi detiene il sapere e di chi quel sapere subisce.

Qui si presenta una ricerca regionale nata, accidentalmente, nello svolgersi di un libero percorso di formazione (alla ricerca nel campo antropico continuo e alla lotta contro l'esclusione sociale) per operatori della salute mentale, specializzandi in psichiatria, studenti in medicina, cittadini che, a vario titolo e in vario modo, si erano avvicinati allo sforzo teoretico e prassico di Sergio Piro. Questa è una ricerca sull'accadere antropico colto nella sua caratterizzazione di «esclusione», laddove si intenda con questa parola quanto viene comunemente assunto nell'uso corrente.<sup>4</sup> Essa è fondamentalmente una ricerca pratica (nel senso che si occupa di prassi) che ha per *oggetto* l'esclusione sociale in una dimensione ampia e per *attori* singolarità multiple, nella maggior parte a loro volta e in qualche modo *escluse*, ma anche una ricerca sui linguaggi dell'esclusione, sulle sue figure, sulle sue pratiche, sulla formazione degli operatori e sulla loro condizione di imprigionamento conoscitivo. È, quindi, una ricerca positiva (presenta dati e talvolta li enumera), ma è anche, nel suo darsi iniziale, una sperimentazione didattica allargata (della Scuola diadromico-trasformatzionale).

Se si considera la continuità della prassi attivate dalla *Scuola diadromico-trasformatzionale* a partire dal dicembre 1999, appare evidente che l'intreccio fra *didattica e pratica sociale* si fa ancor più diretto e stretto che non in tutta la precedente attività dello stesso gruppo di ricercatori a partire dal 1980. Ci si riferisce qui a una triplice sperimentazione:

- α. le attività della Scuola diadromico-trasformatzionale dal 1999 ad ora;
- β. la ricerca sulle attività di istigazione al mutuo auto-aiuto e alla de-psichiatrizzazione territoriale a Nocera Inferiore negli anni 2000-2002 (Mancini A. 2002; cfr. anche 1997-98);
- γ. questa ricerca (2002-2006).

<sup>4</sup> Chi scrive considererà questo punto con maggiore dettaglio nelle pagine immediatamente successive.

In tutte la partenza è didattica: vi è poi uno spostamento verso l'attività pratica che dà all'esperienza scolastica il carattere stringente di una ricerca. Ora ciò era previsto in partenza solo per l'esperienza di Nocera Inferiore: un corso di formazione teorico-pratico con il controllo delle prassi iniziali degli operatori. Ma la possibilità di una grande ricerca organizzata sulla prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica *muta imprevisamente* le altre due esperienze didattiche in corso, cioè:

- α. la sperimentazione didattica allargata con i gruppi di operatori, studenti e cittadini impegnati in varie attività sanitarie e sociale, e
- β. la sperimentazione didattica specifica della Scuola diadromico-trasformatzionale, i cui allievi hanno partecipato attivamente alla ricerca trasformandola in una estesa e prolungata *esercitazione connessionale* (cfr. Gruppo Zero 1990; Mancini A. 1998, 2002; Mele A. e Piro S. 1995; Piro S. 1984, 1985, 1986; Piro S. e Mancini A. 1997; Zonzi M. T. 1997).

## 2. PRESENTAZIONE

Alle basi epistemologiche della ricerca nel campo delle cosiddette «scienze umane», che dovrebbero essere più propriamente indicate come «scienze antropologiche trasformazionali», è dedicato il manuale storico e metodologico di questa ricerca, nata da un'esperienza seminariale lunga con un gruppo di operatori, volontari, studenti, specializzandi, cittadini (2002-2005). Il manuale (Piro S., *Trattato della ricerca diadromico-trasformatzionale*, La Città del Sole, Napoli, 2005) ha un capitolo descrittivo dell'accadere antropico che si intitola II. *Lo sguardo proteso all'accadere antropico* (pp. 85-158) e un capitolo epistemologico abbastanza completo che si intitola IV. *Gramelot epistemologico* (pp. 207-257), di cui in questa sezione si fa un accenno brevissimo utile solo come rinvio al testo principale; invece il capitolo applicativo parecchio incompleto che si intitola VI. *La pratica sociale: l'insegnamento, l'esperimento, la «cura»* (pp. 313-355) si prolunga necessariamente nella restante parte di questo Sub-capitolo A. e in tutto questo volume.

## a. *Termini di base*

Conviene iniziare (ancor più in una premessa) dalla definizione delle parole e dunque si trae dal *Grande dizionario della lingua italiana* di Salvatore Battaglia, la definizione del termine polisemantico e diffidente che s'è qui deciso (a dispetto della sua ovvia svalutazione) di porre come ascrivere di questa ricerca:

«*Esclusione*, sf. L'essere, il sentirsi escluso; risoluzione con cui persone o cose sono tenute lontane da un luogo, fuori da una situazione; rifiuto, divieto di ammettere altri a trattative, a un' alleanza, a relazioni amichevoli, a una comunanza di vita... 3. Figur. Impedimento opposto efficacemente al godimento di un bene materiale o spirituale, all'esercizio di un diritto (e, in partic., di determinati diritti civili)... Quindi esclusione non solo come essere escluso da qualcosa o dal godimento di qualcosa, ma anche esclusione come "sentirsi escluso"» (Battaglia S, V° vol., 1968, p. 309)».

E nel § 1.3.a dell'*abstract* di questo progetto di ricerca, inviato alla Regione Campania il 4 aprile 2003, si legge:

«Il progetto di ricerca parte dalla constatazione descrittiva e sperimentale della fondamentale unità degli accadimenti antropici della esclusione, indipendentemente dai fattori che l'hanno determinata e dalla fenomenologia sociale che vi attiene (psichiatrica, etnica, linguistica, culturale, etc.). Le forme di esclusione sociale a fascia (*versus* le donne, le persone di diversa condizione sociale, le persone di diversa cultura o lingua o aspetto esterno, gli omosessuali, i disoccupati, etc.) o circoscritta (*versus* i disabili, i malati mentali, i tossico-dipendenti, i vagabondi, etc.) si costituiscono osservazionalmente nel campo antropico continuo come negazione di diritti delle persone escluse e come fattuale aggressione contro di loro».

Di questa *rianimazione pratica* del termine si dirà qualche parola in più nella sez. 2 del Cap. VIII, *Note e appunti sulla ricerca*, dove si tenteranno interpretazioni e conclusioni legate allo svolgimento della ricerca. Ma se ne deve anticipare un breve tratto, necessario anche alla dichiarazione di intenti di questa Introduzione: sia pure nel difficile costituirsi delle strutture istituzionali e operazionali della riforma e nell'ancor più difficile cambio di mentalità, al concetto di *esclusione del folle dalla società* si è andato progressivamente sostituendosi il concetto di *esclusione insidio-*

*sa o violenta – della persona dal diritto alla cura.* Come è ben noto ai sociologi, l'esclusione sociale cambia con il tempo.

Nelle prossime pagine si tenterà di chiarire (senza alcuna pretesa di esaustività e rinviando comunque in nota agli scritti opportuni) il significato di alcune espressioni che più direttamente ed estesamente attengono a questa ricerca: che cosa debba intendersi per «campo antropico continuo» e quale sia l'utilità di tale sintagma, che cosa debba intendersi per «accadimento» e «prassi multiaccadimentali», in che senso verranno usate le parole «antropologia» e «trasformazione».

Il *campo antropico continuo*<sup>5</sup> è un'espressione metaforica conia-  
ta da Piro nel 1991 che correggeva il sociologismo dell'espressione *campo sociale continuo* che egli precedentemente usava (Piro S. 1986). Essa designa l'insieme possibile che contiene tutti i sottoinsiemi o aggregati umani indagabili, osservabili e allude anche, nell'opinione dello scrivente, al carattere di continuità dell'esperienza di conoscenza antropologica. Il campo antropico continuo è tutto ciò che accade e che ha conseguenza nell'aggregato antropico osservato. La continuità di cui si dice non è continuità teorica ma struttura osservabile, descrivibile, indagabile, estensibile secondo la protensione, la posizione e le possibilità dell'osservatore partecipante (o della pluralità degli osservatori partecipanti).

Chi si protende verso la conoscenza dell'altro o degli altri, fa esperienza di osservati che si possono costituire nelle forme prescritte dal sapere e dalle discipline accademiche (e quindi osservati psicologici, linguistici, sociologici, antropologici *sensu strictiori*, etc...) o di osservati che sono espressione di uno straordinario miscuglio di opinioni, credenze, ideologie, sistemi di valori. Questi osservati sono talora prevalentemente linguistici, talaltra sono prodotti delomatici<sup>6</sup>, espressioni, barlumi segnici che *l'accadere*

<sup>5</sup> Si ritornerà più diffusamente sul concetto di «campo antropico continuo» nel § a della sezione 4 del sub-capitolo A di questa introduzione. Qui se ne dà una definizione utile alla delimitazione del campo di indagine.

<sup>6</sup> Nell'apparato teorematologico di Sergio Piro, la *delotica* è una disciplina provvisoria che tenta di porre il tema dell'irrimediabilità del manifestarsi nel mondo di una presenza: manifestazione, espressione, apparenza scenica sono *forme delomatiche* differenziate e diversamente protese della *generale inclinazione delotica dell'interiorità*. «Nell'aggettivazione dei termini, si userà *delotico* per l'atto del manifestare o esprimere, *delomatico* per le manifestazioni, le espressioni, le apparenze intenzionali o scene

dell'accadere produce e di cui si sostanzia. Gli osservati fluenti si possono dire *continui* nel duplice significato di:

- non cessare mai di fluire continuamente come immagine del mondo che il mondo naturale (il *mondo* così come si offre alla conoscenza naturalistica) produce e non cessa mai di produrre;
- non potersi restringere (nel loro essere sensati) a se stessi, ma sempre rinviare ad altro fuor da sé, ad altri osservati contingui e connessi, che a loro volta rinviare ad altro in un *continuum* semiotico e informativo.

La continuità, nella prima accezione, è puro dato di osservazione empirica ed esprime il fluire del mondo che si dà nell'esperienza comune e che non si interrompe mai se non in alcuni stati patologici del cervello (come per esempio nelle forme di epilessia generalizzata); la continuità, nella seconda accezione, è tangibilità di connessione tra vari sistemi doxico-ideologici locali.

Questi, i sistemi doxico-ideologici, sono quell'insieme di opinioni, credenze, valori, ideologie (nel significato ampio di questa parola) che si esprimono nei singoli come atti, azioni prolungate, comportamenti, emozioni, sentimenti. I sistemi doxico-ideologici locali presentano la duplice caratterizzazione di essere descrivibili e di essere mutevoli nel tempo e nello spazio, sono in qualche modo somiglianti alle lingue naturali umane che cambiano di continuo eppure mantengono una loro stabilità che ne consente la descrizione e la separazione dell'una rispetto alle altre.

Il concetto di *campo antropico continuo* e di sistema *doxico-ideologico* locale è un utile strumento per la ricerca che qui si presenta.

La nozione di «esclusione», intesa come sofferenza per la negazione dei diritti, per l'emarginazione dalle attività produttive, per la sottrazione dei diritti di esercizio di forme attive di cittadinanza, per la perdita di possibilità di conoscenza critica, è di certo tema che continua ad imporsi all'attenzione di molti studiosi di varie discipline e alle coscienze di vasti strati di popolazione in Europa e nel mondo.

preliminari. Così sorridere o dipingere sono atti delotici, il sorriso o un quadro sono osservati delomatici. Δήλος significa «evidente, visibile, manifesto», δῆλωσις «evidenza, manifestazione», δῆλωμα «indizio, segno» (Piro S. 1997 p. 599).

Ma tale nozione può designare un campo di osservazione e di ricerca? Può l'«esclusione» uscire dall'ambito della descrittiva sociologica e imporsi all'attenzione di ricercatori che vogliono rimanere fedeli all'assunto di base di ogni antropologia pratica, cioè che si conosce solo ciò che si trasforma? In definitiva può aver senso una ricerca antropologica sull'esclusione o non sarà più opportuno studiare le forme circoscritte di esclusione, i soggetti esclusi?

La ricerca sull'esclusione ha per noi un senso solo se ne precisiamo i contorni, se delinearli gli strumenti narrazionali, se esplicitiamo le condizioni di riproducibilità e confrontabilità dell'esperienza, se indichiamo quali conseguenze ci attendiamo che possa avere la ricerca stessa nella lotta contro l'esclusione.

*L'esclusione che qui si prende di mira è l'esclusione in quanto «esclusione vissuta», sofferenza per la condizione di marginalità, per l'assenza di protagonismo, per la negazione dei diritti alla cura e/o alla conoscenza.*

Ora tale nozione di esclusione non potrebbe avere un senso scientifico e operazionalmente agibile se appunto non postulassimo che:

- il campo antropico è costituito non da entità isolate e astratte, ma da aree campali, aggregati, densità e rarefazioni, in cui si possono descrivere tensioni, spinte, credenze, costumi, valori, fedi e metterli in connessione con quelle di altre aree campali, aggregati, densità e rarefazioni;
- in tutto il pianeta le forme di esclusione si costituiscono come un campo unico di osservazione e di trasformazione, in quanto il campo antropico è, dal punto di vista osservazionale e trasformativo, continuo; in tal modo il nostro operare locale può avere un senso perché anche in altri luoghi si possono condurre esperimenti analoghi e raffrontabili con questo.

In questo quadro la nozione di campo antropico continuo e di sistema doxico-ideologico locale rendono possibile una ricerca pratica locale che mira ad una confrontabilità e riproducibilità su scala più vasta.

Se una ricerca locale vuole avere validità scientifica, cioè vuole ambire ad una dimensione più generale, sul piano narrazionale deve chiarire i termini del suo ricercare ma anche le condizioni

linguistiche che rendono possibile il raffronto di esperienze. E una ricerca come questa non potendosi affidarsi alla numerabilità del dato come criterio di validità scientifica, perché proprio il dato cerca di produrre nell'atto di trasformarlo (l'esclusione sociale), deve affidarsi all'accuratezza artigianale della costruzione talché essa sia definita nelle sue premesse, chiara negli scopi e raffrontabile con altre analoghe costruzioni.

Questo lavoro ritiene di poter ambire ad essere una ricerca di antropologia pratica perché:

- delinea un campo nuovo di osservazione che è potenzialmente esteso a tutto il pianeta e che non pone limiti disciplinari all'intervento prassico;
- è strettamente legata al sistema doxico-ideologico di chi l'ha proposta e di coloro che l'hanno condivisa.

L'esplicitazione di questi due punti è, al momento, la migliore garanzia di accuratezza epistemologica e di attenzione critica al lavoro di indagine. Un terzo punto è di decisiva importanza nella giustificazione scientifica di questo lavoro ed è la sostanziale analogia tra osservato ed osservatore: entrambi condividono la condizione di esclusione. Questo punto sarà discusso successivamente perché riguarda più propriamente il rapporto ricercatori e oggetti della ricerca e pertanto si rinvia a un capitolo successivo.

## b. *La conoscenza dell'accadere antropico*

In aggiunta si riprendono, traendoli dal testo introduttivo (Pirro S. 2005), la definizione di alcuni termini necessari per la comprensione del gergo, dello strano *gamelot epistemologico*, dell'apparato teorico di questa ricerca e della scuola che vi corrisponde.

«*Diàdromos* (διάδρομος) è ciò che corre di qua e di là, *diadromè* (διαδρομή) è il correre a traverso, il correre di qua e di là, l'andare e venire. I termini *diadromia* e *diadromico* sono stati cautamente introdotti dall'autore nel 1990 in usi marginali o allusivi, ma comunque connessi con l'andare a zig-zag del discorso che parla dell'accadere umano, con l'oscillare da un estremo all'altro o con il rovesciamento dei piani della narrazione antropologica, con il carattere paradossale degli atteggiamenti proposizionali della ricerca antropologica.

*Trasformazionale*. la temporalità è la fascia che avvolge nelle sue volute multidimensionali l'accadere dell'accadere: e, come la natura si offre come continua e inarrestabile trasformazione agli strumenti che l'uomo costruisce per la ricerca, così dinanzi alla riflessione tetica l'accadere antropico si svolge come un discorso che muta senza posa, come un magma in cui ogni singolo accadimento deve essere continuamente rinominato per il mutevolissimo suo rapporto con tutti gli altri accadimenti antropici che si presentano sincronicamente insieme e che scorrono diacronicamente accanto: in senso stretto la trasformazionalità è afferrabile solo nella pancronia della complessità, cioè nell'*agitarsi continuo di innumeri eventi umani in una contemporaneità che senza posa diviene successione di se stessa*» (Piro S. 2005 p. 5).

«Andremo ora alla rappresentazione della Strage degli innocenti. Devo indicarvi soltanto un particolare: il linguaggio. Il linguaggio, il dialetto, sarebbe meglio dire una lingua, perché è il padano dei secoli XIII-XV, ma recitato da un attore, il quale si trovava costretto a cambiare paese ogni giorno. Oggi era a Brescia, domani a Verona, a Bergamo ecc. ecc., quindi si trovava a dover recitare in dialetti completamente diversi l'uno dall'altro. Erano centinaia i dialetti, e c'era una grandissima differenziazione, maggiore che quella attuale, fra un paese e l'altro, per cui il giullare avrebbe dovuto conoscere centinaia di dialetti. E allora, che cosa faceva? Ne inventava uno proprio» (Fo D., 1977, p. 29). «Non solo, questi dialetti hanno determinato la nascita di una strana lingua, quella del "gramelot", nella quale si inserivano discorsi, dialoghi che erano anche divertenti: la favola, il lazzo, il gioco sarcastico, il paradosso di tutte le situazioni che prendevano in giro i personaggi stronfioni, prepotenti, gli sciocchi...» (Fo D., in De Sanctis F., 2002).

Si riprendono inoltre, in forma estremamente contratta, dei passaggi importanti delle precedenti ricerche della Scuola diadromico-trasformazionale, tratti dal manuale di questa ricerca scritto da Piro (2005), che vengono riorganizzati e discussi in un volume che chi scrive va preparando sullo svolgimento della ricerca diadromico-trasformazionale negli ultimi due lustri (Mancini A. 2006 in aggiornamento, e talora confutazione, di Mancini A. 1998).

La conoscenza del mondo degli accadimenti antropici, cioè del mondo umano, è conoscenza di trasformazioni. La *protensione* alla conoscenza di trasformazioni antropiche nel mondo ha come *compimento*, la conoscenza del mondo antropico e/o di se stessi. Qui il termine *protensione* sostituisce quello più generale di *intenzione*. Esprime la modalità diacronica<sup>7</sup> della spinta tra-

<sup>7</sup> Nella semantica classica (Ullmann) *sincronico* riguarda la contemporaneità degli eventi considerati, *diacronico* riguarda la successione, *pancronico* riguarda insieme contemporaneità e successione.

sformazionale riguardata nel suo *discendere* da precedenti e nel suo *esprimersi* in conseguenze: gli accadimenti sono pancronicamente conseguenza di altri accadimenti e hanno come conseguenze altre catene dell'accadere.

Nello scatenare trasformazioni d'altri, la donna e l'uomo già stanno scatenando trasformazioni di se stessi. Ogni *momento protensionale eterotrasformazionale* è, senza interruzione, conoscenza *autotrasformazionale*.

Per questo non è possibile ridurre la conoscenza dell'accadere antropico nella gabbia artificiale della distinzione classica fra *osservatore* ed *osservato* delle scienze naturali e mediche. Questo vale sia per la conoscenza di un singolo soggetto che per la conoscenza di gruppi o collettività.

Classicamente il rapporto conoscitivo fra un *osservatore* (un essere umano) e un *osservato* (un altro essere umano) è molto diverso da quello fra un *osservatore* (un essere umano) e un *osservato* (un oggetto del mondo) perché gli osservati umani reagiscono all'osservatore, creando trasformazioni dell'osservatore. È questo un argomento sterminato per il quale si rinvia alla letteratura scientifica compresa quella di chi scrive.

La ricerca antropologica e sociologica può svolgersi in alcuni casi, mantenendo distanza con il gruppo dei soggetti osservati (questionari, annotazioni dell'agire obiettivo o delle scelte, indagini di mercato, etc.), mentre in altri casi questo non è né possibile né utile, ad esempio in questa ricerca *«Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica»* che prende di mira le caratteristiche e le trasformazioni di gruppi di soggetti, definiti intensionalmente da qualche proprietà o qualità o attività (sofferenti psichici, immigrati, studenti, etc.). In questo caso si può asserire che la ricerca costituisca una pratica sociale.

La pratica sociale spontanea, nella vita, delle donne e degli uomini non è diversa, nella sua seriazione fondamentale [*protensione* → *osservazione dell'accadere* → *narrazione delle conseguenze* → *interpretazione*] dalle condizioni poste dalla metodologia generale della ricerca psicologica e sociologica per la ricerca.

Una pratica sociale consapevole della sua intenzione (*protensione*), critica e rigorosa nella narrazione e attenta nell'interpretazione ha i requisiti per soddisfare ai requisiti di una ricerca scientifica, ovunque la complessità e la mutevolezza dell'osservato non permettano l'applicazione di procedure abitualmente classificate come «scientifiche» dalle «comunità scientifiche». Ciò accade in buona parte delle scienze antropologiche applicate. La differenza fra la ricerca e la vita nelle scienze antropologico-trasformazionali interviene ad altro livello e riguarda le diversificazioni protensionali dei metodi di osservazione e della narrazione (registrazione) dei risultati.

Quelle correnti sperimentali che partono da implicite analoghi sulla necessità di una pratica sociale allargata, sono in grado di sviluppare conoscenze protocollari dal magma della conoscenza trasformazionale

di massa<sup>8</sup>. L'ipotesi di una differenza di valore d'utilizzazione fra pratica sociale finalizzata e sperimentazione psicologica o sociologica campale appare inattendibile, «fasulla» in questo tempo.

Eventi estesi possono essere provocati e narrati. Una trasformazione antropica protensionalmente provocata è un esperimento: una pioggia di trasformazioni è una sperimentazione scientifica.

Nessuna delle affermazioni contenute in questo paragrafo ha la minima pretesa di originalità se non nell'uso della terminologia propria della ricerca diadromica. Ma esse sono tuttavia molto studiate, approfondite, consapevoli del pericolo di critiche metodologiche molto severe.

Questi appunti rinviano, per una più estesa comprensione, direttamente al testo originale, che è, appunto, il manuale introduttivo di questa ricerca.

### 3. LA PRATICA

#### a. *L'accadere della pratica*

Questo, sommariamente, per quanto attiene ai termini di base e ai necessari rinvii al sistema teorico di riferimento. Si passi ora, dunque, al concetto, centrale in questo lavoro, di «prassi trasformazionali multiaccadimentali».

Il sintagma designa in Piro le pratiche di trasformazione che il ricercatore/sperimentatore agisce su più livelli di esperienza e di azione (prassi sociale, politica, di «cura», di «vita personale», di produzione artistica, etc...).

Possiamo definire il ricercatore, di cui si dice, come un antropologo pratico, una singolarità quindi che opera nel vasto campo delle «scienze umane applicate» e che muove incessantemente alla trasformazione dell'altro e alla narrazione della interazione con l'altro o altri. La protensione verso l'altro è necessariamente, nei limiti di questa ricerca e nell'intento di chi scrive, attitudine

<sup>8</sup> Si veda in proposito la lunga e importante sperimentazione di Cristiano Castelfranchi sugli eventi comuni della vita dove il confine accademico fra ciò che appartiene alla ricerca e ciò che appartiene alla vita è continuamente violato (Castelfranchi C. 1984, 1988, 2003; Castelfranchi C. e Parisi D. 1980; Castelfranchi C. e Vincent J. 1997).

a non separare lo studio dell'umano nei suoi aggregati disciplinari, decisione di utilizzare le discipline nei loro apparati nomotetici ma di non condurre una ricerca nomotetica, di non confondere quindi la logica con il pensiero logico, la matematica con il pensiero matematico, le discipline antropologiche con la ricerca antropologica.

Ma veniamo con decisione alle prassi e ai molteplici accadimenti in cui le prassi si incarnano.

La parola *accadimento* si riferisce alla partizione, menzionata per la prima volta in Piro a metà degli anni ottanta<sup>9</sup> e successivamente ampliata nella preparazione di *Antropologia trasformativa* (1991-1993), partizione che distingue gli oggetti mondani che si danno alla nostra osservazione o al nostro studio in *eventi* e *accadimenti*. L'*evento* designa sia un fatto che possiamo solo inferire ma che non cade nel nostro campo osservazionale, sia un *quid* che non pertiene allo strumento metodologico di indagine (nel caso per esempio dell'osservazione antropologica l'attività neuronale e neurale può essere solo inferita o postulata ma non cade sul medesimo piano osservazionale del pianto o della risata del nostro oggetto di indagine). L'*accadimento* designa invece ciò che accade e di cui possiamo parlare, il grossolano oggetto del nostro dire che attiene a ciò che cade nella dimensione spazio-temporale che pertiene al nostro sistema osservazionale, è ciò che ha luogo e diviene ad un tempo<sup>10</sup>.

Questa ricerca ha come oggetto quindi qualcosa che accade, un accadimento, ma con due qualità: la molteplicità e l'aspetto prassico. L'accadimento, dal punto di vista antropologico, preso nella sua forbice tra interrogazione filosofica generale sul senso e osservazione come ci deriva dal senso comune, non può essere altro che molteplice; se esso fosse singolo, se fosse usato al singola-

<sup>9</sup> Nel ciclo di discussioni di approfondimento che si tennero: a. nell'anno 1984-1985 in un'aula dell'Ospedale Psichiatrico Frullone in connessione con le attività didattiche del Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane che si tenevano da un quinquennio nella grande aula dell'Ospedale Monaldi di Napoli e b. nell'anno 1985-1986 nel *Corso preparatorio* della Scuola sperimentale antropologico-trasformativa presso l'Istituto Italiano degli Studi Filosofici in Napoli.

<sup>10</sup> La definizione di «aver luogo» è del dizionario dell'uso della lingua italiana di De Mauro e quella di «divenire» è del Battaglia che la riporta come uso filosofico.

re, esso designerebbe la totalità dell'accadere (come è mirabilmente in Wittgenstein: il mondo è tutto ciò che accade), sarebbe oggetto quindi di discorso filosofico (o anche di filosofia della logica, come accade in Wittgenstein); invece se il preso di mira continua ad essere ostinatamente ciò che ha luogo e diviene nelle singolarità storicamente determinate, ebbene l'accadimento dovrà necessariamente declinarsi al plurale. Quindi la ricerca ha come oggetto gli accadimenti molteplici. Ma che tipo di accadimenti?

In realtà nel titolo di questo paragrafo la parola accadimento è usata come attributo: accadimentale. Il sostantivo è prassi. Ma le prassi, prese nel loro significato alla buona come pratiche organizzate e rivolte al raggiungimento di uno scopo, sono già degli accadimenti, non possono essere altro che un continuo aver luogo e divenire. In questa ricerca le prassi che saranno descritte non hanno luogo in un unico campo disciplinare (ad esempio le prassi di «cura» in un servizio di salute mentale), o non si riferiscono ad un unico oggetto verso cui sono rivolte (ancora una volta un oggetto disciplinarmente inteso come il «malato mentale» o, ancor peggio, «il disturbo xxx»), quanto piuttosto si riferiscono ai molteplici accadimenti in cui si manifesta quell'oggetto unico della ricerca che è la sofferenza umana in quanto esclusione o, il che è lo stesso, l'esclusione che si manifesta in quanto sofferenza.

Ritourneremo successivamente sul tema dell'esclusione o della negazione dei diritti, ma ora qui fa gioco richiamare il concetto solo al fine di perimetrare il campo della ricerca che si presenta.

Le prassi a cui ci riferiamo sono quindi prassi che attengono a momenti e segmenti diversi dell'accadere umano della sofferenza e dell'esclusione.

Questa ricerca può essere perciò definita come una ricerca antropologica in cui lo strumento di indagine è il linguaggio umano<sup>11</sup> e l'oggetto dell'indagine la dimensione della sofferenza colta in relazione all'esclusione sociale. La parola antropologia designa quindi il campo di osservazione (la sofferenza e l'esclusione), gli oggetti della ricerca (sofferenti ed esclusi), il metodo di indagine (linguaggio).

<sup>11</sup> Ciò significa che anche quando si presenta in questa ricerca questionari e numeri l'intendimento di fondo è e rimane antropologico vasto e lo strumento principe rimane l'analisi linguistica e semantica degli enunciati.

## b. *La prassi osservazionale del lavoro antropologico-trasformativazionale*

In questo come nel successivo paragrafo sono estratte dal manuale della ricerca (Piro S. 2005) alcune proposizioni, in modo che si abbia una specie di sommario dell'argomento, rinviando – ovviamente – al testo originario per ogni più estesa precisione. Nella concezione diadromico-trasformativazionale la prassi è l'elemento principale di controllo operativo: la conoscenza del mondo antropico è possibile solo nella trasformazione dell'osservato.

La prassi osservazionale del lavoro antropologico-trasformativazionale appare diffratta nelle molteplici sue componenti pluri-accadimentali: ✓ di protensione osservazionale; ✓ di esperienza antropica<sup>12</sup>; ✓ di esperimento scientifico; ✓ di pratica sociale allargata; ✓ di «buona pratica» (nel gergo delle esperienze anti-istituzionali in psichiatria); ✓ d'insegnamento; ✓ di cura («presa in carico»); ✓ di mutamento di destino; ✓ di crisi personale e di esperienza interiore; ✓ di espressione artistica (nel contesto plurale, sociale); ✓ e così via.

Il riferimento alla prassi è un elemento importante di distinzione fra la *narrazione antropologica* (cioè «scientifica») e la *narrazione letteraria*. Questa seconda può anche partire da uno spunto osservazionale, ma ha molta più ampia libertà di racconto, di aggiunta, di divagazione, di trasformazione testuale.

La narrazione antropologica presuppone una forte adesione alle prassi osservazionali. Essa ha due varianti: *ad elevata referenzialità* (più indicata per descrizioni accurate e precise); *ad elevata evocatività* (più adatta a rendere o ad esprimere direttamente emozioni e stati di animo).

Le prassi osservazionali, come è abbastanza evidente dall'elenco riportato più sopra, costituiscono un ventaglio ampio, che si estende dalla semplice osservazione duale di rapporti quotidiani o del rapporto terapeutico fino all'osservazione plurale in campo sociale, politico-sociale, economico, di mercato, di sondaggio d'opinione, etc.; più complessa ancora è l'osservazione propriamente sperimentale in cui un più dettagliato programma di ricerca guida l'azione del ricercatore.

Non può naturalmente essere posta una barriera fra le *prassi osservazionali* a cui la narrazione deve costantemente ancorarsi e le *prassi ontiche* che attengono alla vita e al destino di ogni donna e di ogni uomo di questo pianeta, inclusi i ricercatori. Entrambe le attività si svolgono secondo le

<sup>12</sup> L'esperienza antropica deve essere considerata nelle sue componenti etero-coscitive (ricorrenziali, statistiche, pancroniche) e con la sua ricchezza riflessiva, auto-coscitiva e autotrasformativazionale.

scelte e le protensioni proprie del sistema generale di riferimento (sistema doxico-axio-ideologico) del ricercatore (e del suo gruppo).

A conclusione di questa descrizione, l'atteggiamento epistemologicamente principale è il seguente: lo *strumento linguistico* delle scienze umane può essere definito meglio di quanto non sia stato fatto finora, se lo si considera come un processo temporale che consiste:

- i. in un'osservazione antropologica spontanea o sperimentale di eventi e di accadimenti antropici con carattere di grande accuratezza;
- ii. in una narrazione strutturata ad elevata referenzialità o in una narrazione poco strutturata ad elevata evocatività;
- iii. in una proliferazione locale, plurale (microcomunitaria), dei portati narrazionali.

Si deve qui ricordare e considerare con grande attenzione il fatto che, anche nelle scienze naturali, lo *strumento conoscitivo è linguistico*, sia nella protensione iniziale a quella ricerca o a quel determinato evento mirato, sia nell'interpretazione generale finale (di significato, di connessione, di senso, etc.). Vi è però fra queste due fasi linguistiche una forte e decisiva interposizione oggettivo-strumentale ed euristico-formale che ne cambia completamente il carattere operativo. Quei discorsi non sono applicabili alle scienze umane in cui non esiste una fase strumentale intermedia, mentre i principi epistemologici (ed epistemogenetici) comuni alle scienze naturali e alle scienze umane appartengono alla *protensione* alla ricerca e all'interpretazione in qualunque modo espressa degli *accadimenti osservati e narrati*.

### c. *La pratica sociale come ricerca scientifica*

Se si considera il rapporto agito da un singolo o da un piccolo gruppo portatori di una protensione a interpretare verso una pluralità attiva (gruppo ristretto o allargato) appare subito evidente che l'incontro, l'azione reciproca e la sovrapposizione generano un *magma trasformativa* tendenzialmente molto attivo, come anche la psicologia collettiva o la pragmatica comunicazionale hanno talora, nei propri termini, segnalato.

Ciò è in diretta connessione con il seguente tema epistemologico: *l'osservato e l'osservante di questa strana danza della conoscenza umana sono dello stesso tipo, hanno la stessa qualità dinamica di continua fluidità, accadono nella stessa scala dimensionale e nello stesso tempo*.

Nonostante i tentativi di riduzione nomotetica sperimentale (cioè l'uso di metodi «obiettivi»), il *senso complessivo* della scena trasformativa può essere dato solo dalla narrazione.

Piccole parti delle comunicazioni o alcuni dei comportamenti consequenziali possono essere isolati e sottoposti ad analisi statistiche o ad altri procedimenti nomotetici: ma se si cerca il senso complessivo dell'incontro e dunque la previsione delle conseguenze attuali, la *narrazione dell'accadere* rimane l'unica possibilità scientifica.

La *pratica sociale*, per diventare fonte di una conoscenza scientifica (nel sistema doxico-axio-ideologico dell'autore), deve consistere in una *narrazione strutturata ad elevata referenzialità*, riducendo per quanto è possibile l'indeterminazione della *narrazione poco strutturata ad elevata evocatività*.

La pratica sociale dei singoli o dei gruppi è un'azione scenica che si apre alla conoscenza scientifica come *narrazione accurata* (di ciò che accade è necessario parlare).

La potenza trasformazionale della scena ha il suo correlato diretto nell'*ineludibile teatralità* di ogni accadimento umano (culturale, didattico, «terapeutico», politico, etc.), proteso ad ottenere trasformazioni in altre donne e in altri uomini. Le parole *trasformazionalità* e *teatralità* sono modi diversi per parlare di una stessa fluente caratterizzazione della comunità umana.

Nella pratica sociale, come nella vita, il testo letterario non è scritto da una sola «persona» o maschera prevalente di un singolo, bensì da tutte le «persone» che vanno configurandosi come attori: il testo letterario dell'attività trasformazionale è così un aggregato di copioni personali.

Così, contro ogni forma di innocenza ideologica e di limitazione d'orizzonte, la *ricerca diadromico-trasformazionale postula la fondamentale teatralità degli accadimenti antropici plurali* e dunque della pratica sociale. Essa variamente e incessantemente si combina con il *lirismo*, l'*oratorietà*, la *retoricità* e l'*interrogatività* dell'espressione, in uno svolgimento diadromico che non ha fine.

Queste dimensioni espressive e comunicazionali della pratica non sono in nessun modo sostituibili da alcuna ricerca nomotetica nota delle scienze e delle psicologie collettive accademiche.

La definizione operativa della pratica sociale come luogo, il più delle volte unico, della conoscenza scientifica antropologica e la comunicazione dei dati intermedi, parziali, sperimentali, reversibili dell'*osservazione partecipante* costituiscono un programma di ricerca sconfinato.

#### 4. L'ACCADERE PARTECIPANTE

There are numerous approaches, paradigms, schools and movements encompassed within what is broadly termed 'qualitative research'. They vary in terms of the ontological, epistemological and methodological assumptions on which they are based. The same issues arise in relation to different types of evaluation. A proliferation of approaches to evaluation exist, which, again, differ in terms of their philosophical, ideological and methodological premises. In both cases, the various traditions are often categorised under labelled movements or schools although their identities are not always consistently described (Liz Spencer, Jane Ritchie, Jane Lewis and Lucy Dillon 2003).

Entra qui, dunque, il tema dell'*osservazione partecipante* nella modalità specifica che fu introdotta oltre venti anni fa nella ricerca socio-antropologica sulla riforma psichiatrica (Piro S. e Oddati A. 1983) e che ha subito, in campo diadromico-trasformativo, i necessari mutamenti da allora ad ora.

Questo aspetto della ricerca deve fare attenzione alle principali tradizioni di ricerca sociologica del Novecento, fondate sull'osservazione, esaminando alcune delle ricerche fondamentali su temi diversi (comportamenti in luoghi pubblici, interazione, gruppi giovanili, strutture di lavoro organizzate, semi-organizzate, spontanee, etc.) al fine di indagare le varie forme di osservazione connettabili e compatibili con l'agire pratico, in particolare quella *partecipante*.

Si fanno alcuni richiami preliminari a questa modalità osservazionale che, come si specifica più innanzi, è quella largamente prevalente in questa ricerca.

##### a. *La conoscenza traversante*

La partecipazione è un aspetto onnipresente dell'accadere antropico. La sua definizione deve essere preceduta dal ricordo di due aspetti descrittivi importanti della concezione diadromico-trasformativa: *la conoscenza traversante e il campo antropico continuo*<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Il concetto di «campo antropico continuo» è stato già presentato, per quanto attiene alla sua definizione di base, nel § a della sezione 2 del sub-capitolo A di questa Introduzione, al quale si rinvia.

Il rinvio al manuale della ricerca (Piro S. 2005) è qui d'obbligo. Si fa qui, per comodità del lettore, una sintesi in corpo piccolo sulla *conoscenza traversante* a partire da Piro S. 1980 e continuando con Piro S. 1993, 1997, 2005 e Mancini A. 1998.

L'uomo vive nella radiazione continua di eventi minutissimi che gli provengono dal mondo naturale ed umano e che interamente lo attraversano. La ricchezza e la complessità di ciò che è conosciuto dal singolo coincide con la ricchezza e complessità di ciò che è conosciuto dall'umanità. L'essere sociale dell'uomo è un'insieme di linee traversanti (il trascendentale si curva nell'empirico): le discontinuità si danno come momenti organizzati, linguistici di conoscenza. La linea prevalente che nella prassi si dispiegherà è risultante statistica, momento di densità.

Diviene questo il momento connettivo centrale del discorso: la continuità del campo antropico continuo non risulta da un atteggiamento proposizionale induttivo ma dal *riconoscimento empirico* di una serie di momenti continui interpolati fra ciò che può essere nominato nel *campo antropico* e ciò che può essere nominato negli *accadimenti dell'interiorità singolare*: di essi (linee, traversamenti, caratterizzazioni cromatiche campali) si dice nel prossimo paragrafo. Qui il discorso sulla conoscenza traversante mantiene una distanza grandissima dalle tesi mistiche di compartecipazione patica e/o conoscitiva del singolo a tutti gli eventi del mondo genericamente assunti; anzi l'immersione del singolo nella radiazione di un numero grandissimo di messaggi è vista nella concretezza massima che la teoria dell'informazione ha da circa quaranta anni introdotto in questo dominio. Così la conoscenza traversante ha senso nella pancronia dell'ambiente semantico con cui il singolo ha contatto e che è grandemente più esteso del paesello o del quartiere, del partito o dell'istituto, della famiglia o del luogo di lavoro, ma nemmeno può indifferenziatamente coincidere, se non mediatamente, cioè mediante catene di catene informazionali, con tutto il pianeta o con tutta la storia. L'area della conoscenza traversante è quella da cui concretamente proviene la radiazione dei messaggi molecolari ed è perciò più estesa di quella da cui provengono i messaggi molarari che la psicologia spontanea doxica identifica come informazioni.

Le informazioni, così come si danno alla nostra prima osservazione, possono essere considerate come *aggregati* molarari di informazioni molecolari con una loro strutturazione e organizzazione e sono perciò riconosciute esplicitamente; i *messaggi molecolari liberi*, che sono grandemente più numerosi, non possono essere né riconosciuti né aver nome (ciò che implicherebbe già una loro coerente organizzazione e il loro inserimento nel flusso semantico personale, come una tessera in un mosaico, cioè come *riconoscimento protensionale*); i messaggi molecolari liberi ininterrottamente

precipitano nel grande flusso semantico personale dove, nei vortici e nelle circoscrizioni, possono trovare nuove effimere organizzazioni (barlumi segnici, *Einfälle*), o riunirsi in più stabili cristallizzazioni significanti o, infine, rimanere nella prevalenza disorganizzata e innominata dell'infrastrato semantico fluente. La *conoscenza traversante* è grandemente più vasta delle informazioni organizzate, delle nozioni, degli apprendimenti macroscopici, delle notizie, dei discorsi e delle proposizioni. I suoi componenti *microsemiotici* sono parole isolate, sintagmi incompresi, frasi appena tangenti, allusioni incomplete, discorsi che sono passati nell'apparente inerzia della non-riflessività, spezzoni sentiti o letti, forme e colori, immagini, disegni, segnali visivi di tutti i tipi, suoni, rumori, musiche, odori, gesti, espressioni, segnali circolanti, emozioni, empatie, risonanze d'atmosfera, qualità del mondo e complessità percettive indicibili che si formano e si trasformano, vibrazioni iletiche del collettivo adiacente (*Nahwelt*), etc., una *koiné* enfiata di barlumi che vengono da dovunque, *dalla natura* (forse inizialmente anche attraverso schemi di percezione primeva, innati o precocemente *imprinted* e poi scoloriti e diluiti), *dall'ambiente fisico*, in cui vivono le donne e gli uomini e che le donne e gli uomini continuamente trasformano, per apprendimenti collettivi che si trasmettono di generazione in generazione e per un'esperienza personale non dicibile, fatta dei miliardi di percezioni di suoni, di odori, di consistenze, di luminosità, di riflessi, di gusti (universi tattili, olfattivi, gustativi, visivi, acustici), etc., *dall'ambiente linguistico e semantico*, nella vastità di cui s'è detto nel capoverso precedente, *dal modificarsi, sospingersi, diffrangersi, ridisporsi e ricomporsi della trama segnica* nella pancronia fluente dei mutamenti. E qui deve vibrare lungamente l'*etc.* della notazione estensionale diadromica per un discorso che non ha caratterizzazioni intensionali possibili e la cui enumerazione di eventi è palesemente senza fine.

Etc. (e un rinvio ai testi originari per una più estesa informazione.)

Un accenno ulteriore al *campo antropico continuo*: dalle pp. 194-205 del manuale di questa ricerca (Piro S. 2005) si traggono le poche proposizioni indiziarie che ora seguono:

«3.5.0. Qui, per la dovuta brevità, si può tentare subito una *definizione sussuntiva*: rispetto a un sotto-insieme di eventi ed accadimenti antropici osservati o denotati, si chiama *campo antropico continuo* l'insieme che contiene tutti gli eventi e gli accadimenti antropici connessi al primo, e dunque capaci di dare in esso conseguenze... 3.6. Quello svolgimento pancronico di eventi e accadimenti antropici che chiamiamo vita o esistenza o *Dasein* o destino o altrimenti, in gamme di sfumature nominali che rivelano e celano protensioni di senso, non può più essere

rappresentato come una linea monocroma, ma *deve essere immaginato* come un nastro di larghezza variabile, con curve ed anse, sottilissimo talora come un ruscello e talaltra largo come il Rio delle Amazzoni, caratterizzato peraltro da una policromia totale ed ossessiva nel variare e nel ritmarsi delle prevalenze coloristiche. 3.6.1. Nella narrazione che qui si fa, *questa singolarità viene artificialmente astratta dal campo antropico fluente in cui è immersa, così come la sua individualità biologica è astratta dal magma unitario della vita, dal bionte unico planetario*. 3.6.2. Perciò la sua rappresentazione bidimensionale di nastro assume questa variazione continua di larghezza come espressione dei mutamenti d'estensione dell'immersione nel campo degli accadimenti umani circostanti, nel campo antropico continuo» (*Ibidem* p. 197-198). 3.8.2. Nulla di ciò che è portato dalla *conoscenza traversante* può mancare nel campo antropico continuo, ma la sua compresenza può risultare statisticamente sempre più debole, fino a divenire impercettibile nell'espressione sociale, mentre nel singolo può rafforzarsi ed alimentarsi tanto da apparire come caratterizzazione individuale peculiare. 3.8.2.1. Tutto ciò che è nel campo antropico continuo si esprime e si manifesta» (*Ibidem* p. 204). «Una siffatta complessità, strutturata e dinamica (molteplicità e variabilità del campo antropico), appartiene *insieme*, in modo irrevocabile, al mondo antropico plurale e all'interiorità singolare con il suo alone afferenziale e il suo alone delotico<sup>14</sup>» (Piro S. 2001 p. 126).

Per tutto il resto si deve rinviare alle fonti indicate.

## b. *La protensione*<sup>15</sup> *all'accadere partecipante*

Nella concezione diadromico-trasformativa l'accadere partecipante coincide di fatto con l'intero accadere antropico. Il campo antropico è costituito dall'ininterrotta risonanza di ogni acca-

<sup>14</sup> «In termini antropologico-trasformativi l'interiorità può essere spregiudicatamente narrata come *interiorità alonare delotica*, come groviglio nodale dinamico, come turbine che non si placa mai... etc. » (Piro S. 1994).

<sup>15</sup> *Protensione*: quello termine viene preferito a quello classico di *intenzione*, perché «esprime la modalità diacronica della spinta trasformativa riguardata nel suo discendere da precedenti e nel suo *esprimersi* in conseguenze: gli accadimenti sono pan-cronicamente conseguenza di altri accadimenti e hanno come conseguenze altre categorie dell'accadere (Kant, nella *Critica della ragion pura*, allinea la *protensione*, in quanto durata, all'*estensione* in quanto molteplicità e all'*intenzione* in quanto grado)» (Piro S. 1997 p. 616).

dimento umano in ogni altro accadimento umano: la risonanza degli *accadimenti vicini nel tempo e nello spazio* (ad esempio dell'accadere duale, gruppale, ambientale, lavorativo, ludico) e la risonanza degli *accadimenti antropici estesi nel tempo e nello spazio* nell'accadere sociale *diacronico* (tradizioni, storia, sistemi doxo-axio-ideologici, lingue, dialetti, forme artistiche, etc.) e *sincronico* (informazione, politica, commercio, etc).



Le concezioni della *conoscenza traversante*, intesa quale condizione recettiva fondamentale ed elementare, e l'immersione nel *campo antropico continuo*, inteso come magma comunicazionale emozionale, normativo, espressivo, politico, fanno dell'osservazione partecipante il metodo naturale e predominante della ricognizione interumana spontanea.

Sul piano della metodologia della ricerca in campo socio-antropologico si deve annotare che l'*osservazione partecipante spontanea* si prolunga nell'*osservazione partecipante protensionale* di chiunque fa deliberatamente ricerca nel campo dell'umano. Deve essere considerata *partecipante* ogni modalità di osservazione che non sia basata sul distanziamento dell'osservatore, sull'utilizzazione di strumenti d'indagine (opportunamente strutturati e accuratamente collaudati), sull'analisi statistica dei risultati (o altra modalità di formalizzazione): Piro e chi scrive dichiarano subito, ad evitare consueti e noiosi *misunderstandings*, non solo di non aver alcuna critica da fare ai metodi nomotetici dell'osservazione distanziata, non partecipativa, obiettiva, fredda, controllata, etc., ma anzi di avere la più piena ammirazione e fiducia della sua uti-

lità in tutti i casi (un campo di sterminata ampiezza) in cui il distanziamento è un reale vantaggio nel ricercare.

Non si riprende qui la critica generale del distanziamento che fa Van Maanen, quando sostiene che bisogna essere un membro dell'organizzazione, piuttosto che «osservarla», tesi che è, per chi scrive, genericamente condivisibile (Van Maanen J. 1979), ma si riguarda piuttosto la variante connessionale fra il distanziamento e la freddezza delle metodologie obiettive e la vivacità esistente della partecipazione, che è propria dell'atteggiamento diadromico-trasformativo:

«Chi parla ritiene che vi sia un campo di assoluta indicazione per i metodi partecipativi là dove il distanziamento o la non-partecipazione distruggono il ricercare, là dove l'osservante e l'osservato hanno caratterizzazioni esistive sovrapponibili o continuative, là dove il magma del rapporto caldo (sovente multiplo) può divenire *osservato* solo se *vissuto*. In molti casi, se si fa ricerca autentica cioè tendente ad estendere il senso di questo specifico ricercare, la polimorfia e/o la contaminazione dei metodi può essere vantaggiosa: la ricerca di Piro e Oddati del 1983 sulla prima attuazione nel meridione d'Italia delle riforme dell'assistenza psichiatrica presenta una molteplicità e sovrapposizione di momenti metodologici: partecipanti, distanziati, contaminati, con una discontinuità sovente superabile nella comparabilità dei due tipi di risultati. Nei tentativi di molteplicità metodologica (operazionale) spesso i dati qualitativi dell'osservazione partecipante e quelli quantitativi delle indagini obiettive non risultano comparabili in un modo che risulti attendibile o utile. A ciò bisogna fare attenzione. Ma questa comparazione deve tuttavia tentarsi dovunque sia possibile» (Piro S. 2006) ... «Ciò che rende osservazione la partecipazione attiva ai processi, è l'atto protensionale dell'uscire, ragionare, rientrarvi quante volte è necessario» (*Ibidem*).

Luigi Maria Sicca fa riferimento agli studi di Czarniawska B. (1993 cit. da Sicca, consultata da chi scrive in 1997, 1998) in cui l'autrice riprende la distinzione proposta da Latour B. (1986) tra dimensioni *ostensive* e *performative* dell'organizzazione osservata.

«Il piano di analisi "ostensive" presuppone che sia possibile, in teoria, scoprire e descrivere le proprietà dell'organizzazione dall'"esterno". Ciò implica che gli individui abitano un'organizzazione già definita, senza aver alcun potere decisionale essendo solo parte di un disegno più ampio. Al

contrario, la dimensione “performative” considera impossibile descrivere preventivamente le caratteristiche di un’organizzazione. Sono gli attori in questo caso a definire sia per se stessi che per gli altri le caratteristiche dell’organizzazione in cui lavorano» (Sicca L. M. 2006 p. 45).

Questo è ancora più evidente nel caso in cui l’«organizzazione già definita» è una struttura provvisoria, mutevole, necessariamente *performativa* (come, ad esempio, un gruppo di lavoro dentro una struttura pubblica più complessa, del tipo Gruppi 1 e 4 della ricerca che qui si narra). Vale la pena a questo proposito ricordare Goffman e la sua metafora drammaturgica: tutti i soggetti-attori si confrontano con il ruolo loro assegnato sulla scena della vita e il metodo dell’osservazione partecipante è quello più adeguato per l’approccio a una siffatta situazione (Straniero G. 2004).

Da questo punto di vista sembra potersi anche applicare alla metodologia diadromico-trasformativa dell’intervento partecipante un principio proprio dell’etnografia sociale:

«Una regola aurea del bravo etnografo sociale consiste nel trattare ciò che è ovvio come se fosse strano e ciò che appare strano come ovvio. Questa affermazione conduce a importanti assunti epistemologici: il più importante forse consiste nel rifiutare le definizioni di senso comune dei fenomeni sociali e per raggiungere questo obiettivo l’uso dell’ironia metodologica (pratica che in inglese suonerebbe come *debunking*) diventa essenziale» (Dal Lago A. e De Biasi R. 2002 p. 326).

### c. *Osservazione partecipante organizzata*

Con questa ricerca, inizia una fase nuova nella pratica dell’*osservazione partecipante organizzata*, per allargamento e complicazione del campo osservazionale e per la complessità dell’osservato (7 gruppi per complessive 51 persone, spesso non classificabili nemmeno in astratto come osservatori o osservati).

I sottogruppi di ricerca hanno operato secondo la *metodologia dell’osservazione partecipante*, nella sua forma aggiornata di pratica sociale reale (*osservazione non-distanziata* spinta fino al limite del possibile, anche – in alcuni casi – con il passaggio di alcuni sog-

getti *osservati* nei soggetti «ufficialmente» *osservanti*: gli utenti dei servizi psichiatrici motivati alla ricerca che hanno conseguito una piccola borsa di studio come ricercatori).

La scelta ha dovuto necessariamente inclinare verso un'impostazione qualitativa, capace di cogliere le peculiarità descrittive e dinamiche della struttura osservata: si tratta, come s'è detto, dell'*osservazione partecipante*, in cui l'osservatore pienamente s'immerge nell'osservato, ne condivide gli accadimenti, ne convive gli sviluppi. Certamente nell'osservazione partecipante l'osservatore ha qualche problema metodologico in più di quanto non vi sia nell'osservazione distanziata, a causa proprio della partecipazione emozionale agli eventi: ma è proprio questo mischiarsi di ruoli che rende l'osservazione partecipante tanto più efficace e penetrante. Questo è un problema ben noto nelle scienze *psy* della sofferenza e della cura: la riflessione che segue al partecipare lo raffredda e restituisce – per quanto si può – una quota di obbiettività.

La modalità in cui l'osservazione *non è distanziata*, è quella corrispondente alla forma i, ii oppure iii dello schema generale che segue. In questa ricerca si distinguono tre modalità di partecipazione patico-culturale dell'osservazione non distanziata tra il gruppo composto da ricercatori, che nel rapporto di ricerca sono nominalmente indicati, e da soggetti osservati che non sono nominalmente indicati:

- i. una modalità in cui l'osservazione *non è distanziata*, perché i ricercatori sono innestati in gruppi antropici di attività (ricercatori + altri operatori + soggetti osservati) realizzando tutti la stessa attività (Gruppi 2, 3, 4 e 5);
- ii. una modalità in cui l'osservazione *non è distanziata* perché i ricercatori sono *soggetti sottoposti a loro volta a un tipo peculiare di esclusione sociale*: a. diversa da quella dei soggetti osservati (es. Gruppo 2 *Abitare*: osservatori con esclusione da precariato o da labilità occupazionale; osservati con esclusione da psichiatrizzazione<sup>16</sup>); oppure b. identica (es. Gruppo 6 *Studenti*, in cui osservatori ed osservati non differiscono nella loro condizione sociale ed esistenteiva);

<sup>16</sup> Ma anche nel Gruppo 2 vi è un osservatore-osservato che è un utente del servizio, vincitore di borsa di studio per la ricerca.

iii. una modalità mista o variabile o composita (Gruppo 4 *Morte alla ceramica*) in cui s'incrociano operatori di ruolo (che non possono in alcun modo esser considerati esclusi nel senso pratico di questa ricerca), operatori precari con quella particolare condizione di esclusione e sospensione propria della precarietà e ricercatori che sono utenti dei servizi attivamente coinvolti nella specificità del ricercare.

V'è una condizione in cui la *partecipazione* è – formalmente, apparentemente – saltuaria, difficile, improbabile: è quella del Gruppo 7 l' *Osservatorio dell'abbandono*. Eppure tutte le informazioni e i dati ottenuti in questa ricerca preliminare hanno una caratterizzazione partecipativa.

## B. La formazione dei ricercatori

di

Antonio Mancini e Sergio Piro

Homines dum docent discunt

*Seneca*

### 1. STORIA

Nasce questa ricerca nell'ambito di un seminario di formazione per operatori sociali volontari e di ruolo, studenti universitari, specializzandi, membri del volontariato sociale, giovani dei centri sociali, utenti dei servizi psichiatrici, etc. iniziata nell'ottobre 2002 e direttamente collegata alla sperimentazione didattica condotta nei pubblici servizi da uno di noi (Piro) a partire dal 1978 (cfr. Bibliografia). L'organizzazione era tenuta dalla Scuola diadromico-trasformativa, sezione napoletana della Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane *onlus*, Nocera Inferiore. Al seminario partecipavano sia il piccolo gruppo degli allievi interni della Scuola diadromico-trasformativa (cfr. Cap. VI), che operatori sociali, insegnanti, studiosi, cittadine e cittadini interessati, utenti dei servizi, specializzandi, teatranti e suonatori di strumenti vari, reduci.

Questo corso polimorfo, che era in pieno svolgimento dall'ottobre 2002, con lezioni settimanali e *collegia* di studio mensili, si trasformò nel corso del 2003 nel corso generale preparatorio dei ricercatori: non tutti i primi partecipanti continuarono, altri ne intervennero.

La parte I<sup>a</sup> relativa alla formazione del progetto di una ricerca sulle prassi trasformativa si tenne dal 24 ottobre 2002 all'8 aprile 2003<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> La parte I<sup>a</sup> della ricerca deriva dalla collaborazione della Scuola diadromico-trasformativa (Fondazione CeRPS) con l'OES (OperativoEsclusioneSofferenza) di Napoli, struttura d'impegno sociale e politico nel campo dell'esclusione sociale e delle prassi di psichiatizzazione dei cittadini, attualmente confluita a livello nazionale italiano nel Forum Salute Mentale. I membri stabili dell'OES che hanno partecipato all'attività della Parte I<sup>a</sup>, insieme al personale della Scuola sperimentale antropologico-trasformativa, sono stati: Francesco Blasi, Teresa Capacchione (Pres.), Enrico

## Esempio di una riunione di studio

21 OTTOBRE 2003, *Corso di approfondimento* (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00)

17,00-17,30: Antonio Mancini: *Evoluzione genetica e mutamento linguistico: nuovi orizzonti della ricerca antropologica* (1)

17,30-18,00: Sergio Piro: *Psicogenesi, semantogenesi, sociogenesi, antropogenesi: lo svolgersi e il sovrapporsi degli eventi nel campo antropico continuo* (1)

18,00-18,30: Interventi, chiarimenti, discussioni

18,30-19,00: Teresa Capacchione: *Modelli planetari di malattia mentale*

19,00-19,30: Claudio Ardia: *Senza titolo*

19,30-20,00: Interventi, chiarimenti, discussioni

## Esempio di un Collegium

24 GIUGNO 2003, *Collegium di studio collettivo* (Palazzo Spinelli, 5 ore: 17-22.30). Tema del giorno: *Identità, trasformazioni, prassi*

POMERIGGIO

• A. Mancini: *Esclusione sociale e sofferenza mentale: verso un campo unificato di ricerca pratica* (45')

• S. Piro: *La trasformazione del mondo, l'angoscia del nuovo, il ritorno dell'eguale* (15')

• A. De Lisio: *Sui metodi e i criteri del progetto sociale* (20')

• F. Milite: *Sud e magia* (20')

• R. Cavallo: *Comunicazione* (20')

• Discussione di gruppo: 30 minuti (interventi brevi di 5 minuti e richieste di chiarimenti)

• Discussione dell'andamento dei lavori di gruppo del 17 giugno: 30 minuti

Intervallo: 30 minuti

SERA

• T. Capacchione e L. Nunziante: *Esercitazione musicale* (120 minuti)

De Notaris, Antonio Mancini, Flavio Minopoli, Luciana Nunziante, Sergio Piro. Questi, tranne F. Minopoli, sono confluiti nel gruppo della Scuola diadromico-trasformativa per questa ricerca. Tutti coloro che, citati in questo capitolo, non compaiono più fra gli Autori di questo rapporto di ricerca, hanno frequentato i corsi (e talora anche i primi passi della sperimentazione), ma hanno poi interrotto la frequentazione sistematica del Gruppo di ricerca. Il lavoro di progettazione, organizzazione ed esecuzione della didattica è stata svolta da Sergio Piro e da Antonio Mancini.

La parte II<sup>a</sup> relativa alle fasi proprie della preparazione dei ricercatori e della strutturazione del gruppo del gruppo consta di:

- i. una fase preliminare A (aprile-maggio 2003): preparazione generale, formazione della comunità semantica dei ricercatori;
- ii. una fase preliminare B (giugno 2003): i temi e le prassi;
- iii. una fase preliminare C (7 ottobre-25 novembre 2003): la proliferazione delle tematiche (*sin-tematiche*)

La parte III<sup>a</sup> è già relativa all'«Organizzazione e svolgimento della ricerca in relazione al Programma proposto all'Assessorato Ricerca Scientifica, Regione Campania (L.R. 28/3/2002 n. 5)». Essa consta delle seguenti sotto-parti:

- i. avvio delle esperienze (21 gennaio – 15 luglio 2004): (definizione dei gruppi sperimentali e dei loro temi, progettazione pratica e prime attività di ricerca);
- ii. svolgimento pieno della ricerca (2 settembre 2004 – 18 novembre 2004): riunioni dei singoli gruppi sperimentali con la partecipazione assembleare degli altri ricercatori interessati.

In seguito e fino al 31 dicembre 2005 continuarono le riunioni dei gruppi locali talora con l'intervento di ricercatori degli altri gruppi o della direzione scientifica.

Dal 24 ottobre 2002 al 31 dicembre 2005 si tennero 4 *collegia* della durata di sei ore e 41 riunioni di studio o assemblee di lavoro della durata di tre ore. Non vi è qui un diario delle riunioni di lavoro, di studio, di approfondimento dei sette gruppi di ricerca.

## 2. COSTITUZIONE DEI GRUPPI DI RICERCA

### a. *Diario delle riunioni e degli incontri*<sup>18</sup>

- i. Parte prima: La formazione del progetto di una ricerca sulle prassi trasformazionali (24 ottobre 2002 – 8 aprile 2003)

<sup>18</sup> Necessariamente escludendo tutti gli incontri non formalizzati e non annotati, le riunioni di lavoro dei gruppi di ricerca, le attività nelle sedi di lavoro. Non sono stati ovviamente registrati gli incontri di studio e di lavoro dei gruppi di ricerca e non è stato annotato il febbrile intescambio che vi è stato nella fase conclusiva.

- 24 ottobre 2002, Napoli, Palazzo Spinelli<sup>19</sup> ore 18. *Tema*: L'OES formula, sulla base di ipotesi formulate nel periodo precedente (cfr. schema alla p. 2), un progetto di insegnamento popolare, di autoaiuto organizzato extra-istituzionalmente, di tribunale degli esclusi, di vasta pratica di formazione alternativa e o antagonistica (prassi multiaccadimentali) da realizzare in collaborazione con la Scuola diadromico-trasformazionale della Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane (Nocera Inf.)
- 19 novembre 2002, Palazzo Spinelli ore 18. *Tema*: Il progetto complessivo di formazione e preparazione alla ricerca viene discusso insieme agli altri temi all'ODG, in termini di pratica realizzazione e di semplificazione operativa.
- 10 dicembre 2002, Palazzo Spinelli ore 18. *Tema*: Insieme agli altri temi all'ordine del giorno, viene affrontato il tema delle relazioni fra *self-help* (esperienza triennale della Scuola nel dipartimento di salute mentale della Asl Salerno 1 della Campania: Mancini A. 2002) e rete territoriale in relazione a un programma di ricerca sulle prassi multiaccadimentali.
- 16 dicembre 2002, Palazzo Spinelli ore 15,30-22,30 *Collegium di studio* (OES e Scuola sperimentale antropologico-trasformazionale). Manifestazione interamente dedicata alla Ricerca: viene ripreso il concetto di prassi *multiaccadimentali* (pluralità, contemporaneità, confronto, connessione o disgiunzione delle pratiche) nella ricerca sull'accadere antropico, in particolare dell'esclusione e della sofferenza. Esercitazioni di lavoro associato nella ricerca antropologica, nella pratica anti-istituzionale, nell'impegno politico di cambiamento.
- 14 gennaio 2003, Palazzo Spinelli ore 18. *Tema*: La ricerca fra le prassi per la realizzazione di un'alternativa in campo di salute mentale. Il tema dell'*abitare* come possibile oggetto di una ricerca sulle prassi avanzate in campo di salute mentale e di contestazione delle forme territoriali di neo-manicomialità (gruppo ricercatori di Aversa, Dr. G. De Giudice).
- 11 febbraio 2003, *Riunione organizzativa*, sede provv. Scuola, 20,30. *Tema*: *Composizione iniziale del gruppo (per la fase formalizzata della ricerca)*: Antonio Mancini (coord.), Francesco Blasi, Teresa Capacchione, Roberto Cavallo, Maria Rosaria D'Acerno, Enrico De Notaris, eventualmente altri membri direttivo OES, da interpellare per conferma. Numerose sono le richieste di partecipazione alla ricerca.

<sup>19</sup> Lo splendido Palazzo Spinelli, nel centro antico di Napoli, ospitava allora la sede napoletana della Scuola diadromico-trasformazionale della Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane, per gentile e amichevole concessione del Centro Culturale «La Città del Sole».

I candidati intervengono alla prossima *assemblea generale* della Ricerca, che si terrà, come tutte le successive, nella sede napoletana della Scuola diadromico-trasformativa (Fondazione CeRPS) presso il *Centro culturale La Città del Sole*, Via Tribunali 362 (Palazzo Spinelli), 80138 Napoli.

- 25 febbraio 2003, *Assemblea generale*, Palazzo Spinelli ore 18. *Tema*: Una possibilità di ricerca regionale per l'attivazione di prassi sociali, di psichiatizzazione, di difesa dei diritti degli esclusi in Campania, con particolare attenzione alla città di Napoli. Ai fini del rapporto concorsuale con la Regione Campania, titolare della ricerca sarà la Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane (Scuola sperimentale antropologico-trasformativa, dir. S. Piro).
- 18 marzo 2003, *Assemblea generale*, Palazzo Spinelli ore 18. *Tema*: Sviluppo dell'ipotesi di organizzazione di un'eventuale collaborazione fra OES e struttura di ricerca della Scuola diadromico-trasformativa: collaborazione attiva e interpenetrazione fattuale.
- 8 aprile 2003, *Assemblea generale*, Palazzo Spinelli ore 18. *Tema*: L'inizio sistematico della ricerca. Piro, Mancini, Capacchione leggono alcuni tratti salienti dell'ipotesi di ricerca. Si propone la formazione di gruppi diversi per le diverse prassi esplorate e le diverse situazioni istituzionali investite.

ii. Parte seconda: Le fasi della preparazione dei ricercatori e dell'allargamento del gruppo iniziale

*Fase preliminare A (aprile-maggio 2003): preparazione generale, formazione semantica della comunità dei ricercatori*

15 aprile 2003, *Riunione organizzativa*, sede provv. Scuola, 20,00.

*Composizione iniziale del gruppo di ricerca (a partire dal 29 aprile 2003)*

*Omissis*. La composizione definitiva del Gruppo è quella che risulta dalla Tabella Generale in finale di questo capitolo.

*Costituzione e regole del gruppo di ricerca*

1. I ricercatori in formazione dovranno essere presenti in tutte le attività del Gruppo di ricerca, senza interruzioni di presenza.
2. Sarà necessario esser presenti al momento dell'inizio delle sessioni di lavoro.
3. La Sezione ricerca si riserva di escludere dalla prosecuzione del lavoro coloro che sono assenti o in ritardo: trattandosi di impegno in cui la presenza è fattore strutturante della qualità della formazione e della prassi («buona pratica» come comune caratterizzazione della ricerca e dell'operare nei servizi), nessuna giustificazione potrebbe avere senso.
4. I

tempi d'intervento e dibattito debbono essere rigorosamente osservati. 5. Il presente programma deve essere stampato da ciascun ricercatore. 6. Se qualcuno dei destinatari non può aderire a questo programma, si richiede cortesemente un'immediata segnalazione per eventuale sostituzione.

Dal 29 aprile iniziano le Sessioni di studio collettivo.

- 29 aprile 2003, *Riunione plenaria di studio*, Palazzo Spinelli ore 17,00.  
17,00: Maria Rosaria D'Acerno: *La nascita dell'inglese* (20' con 35' di dibattito)  
18,00: Teresa Capacchione: *La riabilitazione: critica del concetto e delle prassi* (20' con 35' di dibattito)  
19,00: Francesco Blasi: *Il falso problema della diagnosi in psichiatria* (20' con 35' di dibattito)
- 6 maggio 2003, *Riunione plenaria di studio*, Palazzo Spinelli ore 17,00.  
17,00: Luciana Nunziante: *Discriminazione di genere e disagio femminile* (20' con 35' di dibattito)  
18,00: Enrico De Notaris: *Psicodramma e attività teatrale libera* (20' con 35' di dibattito)  
19,00: Antonio Mancini: *Il dialetto: le implicazioni antropologiche della ricerca linguistica* (20' con 35' di dibattito)
- 13 Maggio 2003, *Riunione plenaria di studio*, Palazzo Spinelli ore 17,00.  
17,00: Flavio Minopoli: *Le SIR e il territorio circostante* (20' con 35' di dibattito)  
18,00: Paola Santoro: *Psicologia applicata territoriale: nuove patologie?* (20' con 35' di dibattito)  
19,00: Antonio Mancini: I. *Organizzazione partecipata dei gruppi di studio e dei collegia di giugno* (30')  
19,30: Sergio Piro: *Immersione epocale e divenire delle scienze e delle prassi antropiche* (30')
- 27 Maggio 2003, *Riunione plenaria di studio*, Palazzo Spinelli ore 17,00.  
17,00: Giuseppe Errico: *I patti di zona* (20')  
17,20: Daniela Pes: *Limiti e contraddizioni della psicologia clinica* (20')  
17,40: Roberto Cavallo: *Proposte nel campo cosiddetto riabilitativo* (20')  
18,00: Antonio Mancini: II. *Organizzazione partecipata dei gruppi di studio e dei collegia di giugno*.

*Fase preliminare B (giugno 2003): i temi e le prassi*

- 3 giugno 2003, *Sessione di studio dei gruppi* (3 ore: 17,00-20,00 tre gruppi in sedi diverse):  
1. Gruppo di istigazione al *self-help*, all'autogestione e o/al rapporto dialettico e critico con il servizio di salute mentale per persone con sofferenza psichiatrica (coordinatore: Antonio Mancini. Sede: Piazza Eritrea).

2. Gruppo di istigazione alle prassi agogiche, cioè alla «riabilitazione» secondo le terminologie antiche: formazione culturale generale, artistica, teatrale musicale, antagonizzazione dell'esclusione culturale, linguistica, espressiva (coordinatore: Teresa Capacchione. Sede: *Ass. Il Cielo in una stanza*, presso la Unità operativa di salute mentale del distretto 44, Via Monte di Dio 25, Napoli).
3. Gruppo di istigazione alla discussione sul metodo e alla critica epistemologica per la formazione professionale di persone con sofferenza psichiatrica, di migranti, di studenti universitari (coordinatori: Paola Santoro, Sergio Piro. Sede: Via R. De Cesare 31, Napoli).
- 10 giugno 2003, *Collegium di studio collettivo* (Palazzo Spinelli, 5 ore: 17-22.30). Tema del giorno: *La coscienza*
- Pomeriggio
- A. Mancini: *Tra fenomenologia e neuroscienze* (45')
  - S. Piro: *Tra linguaggio, lingue, pensiero ed emozioni* (45')
  - G. Fatigati: *Studenti israeliani e studenti palestinesi* (20')
  - Discussione di gruppo: 30 minuti (interventi brevi di 5 minuti e richieste di chiarimenti)
  - Discussione dell'andamento dei lavori di gruppo del 3 giugno: 40 minuti
  - Intervallo: 30 minuti
- Sera
- E. De Notaris: *Esercitazione teatrale* (120 minuti).
- 17 giugno 2003, *Sessioni di studio dei gruppi* (3 ore: 17,00-20,00 tre gruppi in sedi diverse):
1. Gruppo di istigazione al *self-help*, all'autogestione e o/ al rapporto dialettico e critico con il servizio di salute mentale per persone con sofferenza psichiatrica (coordinatore: Antonio Mancini. Sede: Palazzo Spinelli).
2. Gruppo di istigazione alle prassi agogiche, cioè alla «riabilitazione» secondo le terminologie antiche: formazione culturale generale, artistica, teatrale musicale, antagonizzazione dell'esclusione culturale, linguistica, espressiva (coordinatore: Teresa Capacchione. Sede: *Ass. Il Cielo in una stanza*, presso l'Unità operativa di salute mentale del distretto 44, Via Monte di Dio, 25, Napoli).
3. Gruppo di istigazione alla discussione sul metodo e alla critica epistemologica per la formazione professionale di persone con sofferenza psichiatrica, di migranti, di studenti universitari (coordinatori: Paola Santoro, Sergio Piro. Sede: Via R. De Cesare 31, Napoli).
- 24 giugno 2003, *Collegium di studio collettivo* (Palazzo Spinelli, 5 ore: 17-22.30). Tema del giorno: *Identità, trasformazioni, prassi*
- Pomeriggio
- A. Mancini: *Esclusione sociale e sofferenza mentale: verso un campo unificato di ricerca pratica* (45')

- S. Piro: *La trasformazione del mondo, l'angoscia del nuovo, il ritorno dell'eguale* (15')
  - A. De Lisio: *Sui metodi e i criteri del progetto sociale* (20')
  - F. Milite: *Sud e magia* (20')
  - R. Cavallo: *Comunicazione* (20')
  - Discussione di gruppo: 30 minuti (interventi brevi di 5 minuti e richieste di chiarimenti)
  - Discussione dell'andamento dei lavori di gruppo del 17 giugno: 30 minuti
  - Intervallo: 30 minuti
- Sera
- T. Capacchione e L. Nunziante: *Esercitazione musicale* (120 minuti)

*Fase preliminare C (7 ottobre-25 novembre 2003):  
la proliferazione delle tematiche (sin-tematiche)*

- 7 ottobre 2003, *Assemblea generale dei Ricercatori* (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00). Tema: *Organizzazione didattica della Fase preliminare C*. Nuovi temi. Composizione dei gruppi.
- 21 ottobre 2003, *Corso di approfondimento* (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00)  
 17,00-17,30: Antonio Mancini: *Evoluzione genetica e mutamento linguistico: nuovi orizzonti della ricerca antropologica* (1)  
 17,30-18,00: Sergio Piro: *Psicogenesi, semantogenesi, sociogenesi, antropogenesi: lo svolgersi e il sovrapporsi degli eventi nel campo antropico continuo* (1)  
 18,00-18,30: Interventi, chiarimenti, discussioni  
 18,30-19,00: Teresa Capacchione: *Modelli planetari di malattia mentale*  
 19,00-19,30: Claudio Ardia: *Senza titolo*  
 19,30-20,00: Interventi, chiarimenti, discussioni
- 28 ottobre 2003, *Corso di approfondimento* (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00)  
 17,00-17,30: Antonio Mancini: *Evoluzione genetica e mutamento linguistico: nuovi orizzonti della ricerca antropologica* (2)  
 17,30-18,00: Sergio Piro: *Psicogenesi, semantogenesi, sociogenesi, antropogenesi: lo svolgersi e il sovrapporsi degli eventi nel campo antropico continuo* (2)  
 18,00-18,30: Interventi, chiarimenti, discussioni  
 18,30-19,00: Daniela Pes: *Analisi della domanda in psicologia clinica*  
 19,00-19,30: Francesco Blasi: *Autismo povero e altre amenità*  
 19,30-20,00: Interventi, chiarimenti, discussioni
- 4 novembre 2003, *Corso di approfondimento* (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00)

- 17,00-17,30: Antonio Mancini: *Evoluzione genetica e mutamento linguistico: nuovi orizzonti della ricerca antropologica* (3)
- 17,30-18,00: Sergio Piro: *Psicogenesi, semantogenesi, sociogenesi, antropogenesi: lo svolgersi e il sovrapporsi degli eventi nel campo antropico continuo* (3)
- 18,00-18,30: Interventi, chiarimenti, discussioni
- 18,30-19,00: Enrico de Notaris: *L'antipsichiatria*
- 19,00-19,30: Angela De Lisio e Gennaro Fatigati: *La Legge Bossi-Fini sull'emigrazione*
- 19,30-20,00: Interventi, chiarimenti, discussioni
- 11 novembre 2003, *Corso di approfondimento* (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00)
- 17,00-17,30: Antonio Mancini: *Evoluzione genetica e mutamento linguistico: nuovi orizzonti della ricerca antropologica* (4, Conclusione)
- 17,30-18,00: Sergio Piro: *Psicogenesi, semantogenesi, sociogenesi, antropogenesi: lo svolgersi e il sovrapporsi degli eventi nel campo antropico continuo* (4, Conclusione)
- 18,00-18,30: Interventi, chiarimenti, discussioni
- 18,30-19,00: Monica Petrosino e Anita Manzi: *Anti-formazione dello psichiatra*
- 19,00-19,30: Simona Palmieri: *Esperienze in campo di disturbi alimentari*
- 19,30-20,00: Interventi, chiarimenti, discussioni
- 25 novembre 2003, *Assemblea generale dei ricercatori a conclusione della seconda fase della ricerca* (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00)
- 17,00: Teresa Capacchione: *Apertura*; Antonio Mancini: *Ricordo dell'organizzazione della ricerca Prassi trasformazionali in campo di antropica e bilancio della prima fase, trimestrale*; Sergio Piro: *Continuità della ricerca con la buona pratica in campo di salute mentale (Il Forum di salute mentale)*.
- 18,00: Enrico de Notaris: *Come organizzeremo le successive fasi?*
- 18,30: *Discussione generale* per singoli e per gruppi (operatori, studenti universitari, specializzandi, teatranti e suonatori di strumenti vari, reduci).
- 19,15: Flavio Minopoli e Francesco Blasi: *Aspetti pratici della ricerca*
- 19,30: Antonio Mancini: *Conclusioni operative. Appuntamenti*
- iii. Parte terza: Organizzazione e svolgimento della ricerca in relazione al Programma proposto all'Assessorato Ricerca Scientifica, Regione Campania (L.R. 28/3/2002 n. 5)

*I. Avvio delle esperienze (21 gennaio – 15 luglio 2004):  
(definizione dei Gruppi, inizio delle attività locali di ricerca,  
composizione e scomposizione dei gruppi; continuazione della preparazione e della tutela assembleare dei gruppi)*

[Si riferisce qui del calendario e delle tematiche del coordinamento dell'esperienza (ossia del metagruppo dei portavoce dei Gruppi come si erano delineati nell'Assemblea generale dell'8 aprile 2003), delle Assemblee generali di tutti i ricercatori, delle riunioni dei singoli Gruppi con il coordinamento, mentre non sono riportate le riunioni formali e informali dei Gruppi, a mano a mano che essi si sono avviati, dalla primavera 2003 in avanti, nell'organizzazione e/o nella ricerca. In questa fase ogni Gruppo ha uno o più *portavoce* che collaborano con la coordinazione della ricerca (Mancini, Piro, occasionalmente Errico). Dato il carattere multicausalmente (eventi differenti della sofferenza, dell'esclusione, della privatizzazione dei diritti), multiordinale (uso di metodologie e pratiche differenti), connessionale-disgiuntivo (confronto di accadimenti diversi), la struttura dei Gruppi è in questa fase variabile e interpenetrativa, così come variano i temi d'inizio dell'attività. Coordinamento, portavoce, gruppi di ricercatori, assemblea dei ricercatori costituiscono le strutture dinamiche e fluide di questa parte della ricerca. La direzione della Scuola diadromico-trasformativa collabora con il coordinamento e svolge compiti di segreteria e di registrazione degli accadimenti della ricerca].

21 gennaio 2004, *Coordinamento dei Gruppi* (coordinatore e portavoce), sede provv. Scuola, 20,30. Al momento si descrivono tre tipi di attività formative e attuative, distribuite in tre gruppi:

1. *Continuazione di pratiche già in atto:*

a. Gruppo studenti di medicina: continuano la loro frequenza triennale di formazione nella Scuola diadromico-trasformativa e continuano, per questa ricerca, la loro attività di conoscenza e connessione fra studenti palestinesi e israeliani (*esclusione etnica e politica*), svolta negli anni precedenti. Portavoce: nessuno.

b. Gruppo di operatori di salute mentale della Asl Caserta 2 della Regione Campania che inseriscono nella ricerca la loro attività di trasformazione delle residenze degli psichiatrizzati (dapprima organizzate in modo fortemente istituzionale e talora neo-manicomiale) in vere, libere abitazioni. *Nome provvisorio di questo Gruppo: «Abitare»*. Portavoce: Giovanna Del Giudice, Alessio Maione.

2. *Trasformazione di pratiche di salute mentale:* questa parte riguarda tutti coloro che hanno già iniziato un'attività d'intervento sull'*esclusione sociale, espressiva e progettuale degli psichiatrizzati*, tentando di trasformare in *strumenti agogici di rilancio esistenziale* le attività comunemente dette di animazione o – peggio – di riabilitazione. I ricercatori *produrranno i protocolli* di questa fase della ricerca. *Nome provvisorio di questo gruppo: «Morte alla ceramica»*. Portavoce: Francesco Blasi, Teresa Capacchione.

3. *Trasformazione concettuale e pratica relativa ai temi della sofferenza oscura e della psichiatrizzazione*: questa parte riguarda tutti coloro che hanno già iniziato un'attività clinica e intendono approfondire il tema dell'*esclusione sociale, espressiva e progettuale degli psichiatrizzati*, particolarmente dunque gli specializzandi in psichiatria. Nel principio di una continuità fra osservatore ed osservato in campo di scienze antropologiche (diadromiche), i ricercatori terranno conto della loro stessa condizione di esclusi nel sistema didattico vigente. La pratica di ricerca dovrà essere pratica raffinata di ricerca e il protocollo che ne risulta sarà una sorta di *biografia esistitiva*. In particolare i ricercatori *produrranno le storie* (o *protocolli dinamici*) di questa fase della ricerca, volta anche a considerare la consapevolezza del diritto di cittadinanza nei soggetti, del diritto all'assistenza, dell'abbandono terapeutico, etc. Ciò comporterà anche la valutazione delle possibilità di passare – caso per caso – dal momento della ricerca a una presa in carico esterna e consecutiva alla ricerca e da essa non considerata. Questo aspetto della ricerca è anche volto allo studio (teorico in questa sede) della possibilità di aprire vertenze da parte dei cittadini per mancata assistenza a se stessi o ai propri familiari. *Nome provvisorio di questo gruppo*: «Autonomia». Portavoce: Enrico De Notaris.

10 febbraio 2004, *Assemblea d'iscrizione dei ricercatori* (Palazzo Spinelli, Napoli: 17,00-20,00).

Viene definita la composizione del personale della ricerca, attraverso la formalizzazione di adesione dei Ricercatori, da comunicare per il necessario riconoscimento all'Assessorato alla Ricerca Scientifica della Regione Campania (area di coordinamento Promozione della ricerca scientifica L.R. 28/3/2002 n. 50). Sono possibili adesioni successive fino alla fine della ricerca.

Coloro che si iscrivono alla ricerca dovranno intervenire (tutti) con proposte, affinamenti, completamenti, alternative, nella definizione del programma e nella sua caratterizzazione dinamica fino alla conclusione della ricerca. Nelle successive assemblee ogni altra proposta o variazione relativa alle prassi di antagonizzazione dell'esclusione sociale e della psichiatrizzazione sarà presa in considerazione. Coloro che presentano proposte, debbono inserire anche considerazioni di fattibilità. I Gruppi continuano la loro attività nelle sedi locali: scambio di informazioni con gli altri gruppi e con il coordinamento.

19 febbraio 2004, *Coordinamento dei Gruppi* (coordinatore e portavoci), sede provvis. Scuola: 20,00. Discussione del programma dell'Assemblea dei ricercatori del 2 marzo 2004 (doc. programm.). Aggiunte e precisazioni operative.

2 marzo 2004, *Assemblea generale di lavoro dei ricercatori* (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00). Discussione su un ampio documento del coordinamento. Elementi principali:

- A. *Gruppo esclusione da guerra* (stud. palestinesi e israeliani), da emigrazione, da autoritarismo culturale e didattico (Gennaro Fatigati, Filomena Milite); collaborazione in interventi sanitari per immigrati (Angela De Lisio). Contatti e ipotesi di intervento.
- B. *Gruppo Autonomia*: traccia di programma in ampia discussione all'interno del Gruppo:
  - 1. *Obiettivo*: proposta di una metodologia clinico-dialettica volta a valutare: a. le *potenzialità sospese o attuali di autonomia e coscienza dei propri diritti* degli psichiatrizzati; b. la capacità di questi soggetti a dare una *finalizzazione reale*, cioè concreta, attiva, pratica consequenziale, a tali potenzialità; c. la nascente o rinascente presenza di *istanze di solidarietà*, di immedesimazione, di collaborazione, di auto-aiuto verso altri psichiatrizzati (è proprio vero che lo schizofrenico cronico rimane autistico, isolato, incapace di ogni spinta solidale?); d. altro di adiacente, di analogo, di confluyente che interverrà spontaneamente o si paleserà nel corso della ricerca.
  - 2. *Atteggiamenti operazionali*: creazione di una modalità di approccio, comune a tutto il gruppo *Autonomia* preveda, per ogni psichiatrizzato, quanto meno: una fase di apertura di un rapporto solidale; una fase di apprezzamento della condizione «clinica», cioè delle espressioni della sofferenza; una fase di indagine specifica della ricerca (*potenzialità sospese o attuali* e tutto il resto come sopra al punto 1); la redazione della storia e il confronto con le altre storie; la modalità di confronto fra sub-gruppi di ricercatori e singoli ricercatori.

*Note:*

- α. La distinzione in fasi è un artificio espositivo: già il primo modo del rapporto, il primo sguardo reciproco di ricognizione possono esprimere un rispetto del diritto altrui e una piena considerazione del discorso dell'interlocutore da parte dell'osservatore [condizione culturale ed emozionale presunta in coloro che hanno scelto di fare questa ricerca].
- β. L'apprezzamento della condizione «clinica» e delle espressioni della sofferenza *non deve essere considerato come un protocollo clinico*, bensì come la necessaria e piena consapevolezza della condizione esistenziale della persona che il gruppo o il singolo ricercatore incontra<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Il rapporto fra ricercatori e pazienti può essere visto, sia come incontro duale che come incontro polifocale, a seconda delle scelte e/o delle possibilità. L'argomento dovrà essere affrontato con la necessaria estensione durante la fase II<sup>a</sup> (secondo trimestre) della ricerca: vi è nella Scuola una documentazione scientifica al riguardo.

γ. Anche gli elementi propri, cioè gli obiettivi della ricerca (*potenzialità sospese o attuali di autonomia e coscienza dei propri diritti* di psichiatrizzati), non hanno collocazione alla fine di un rapporto interumano scandito in fasi, ma possono essere colti in qualunque tappa dell'incontro; appare tuttavia molto probabile che solo dopo diversi incontri, con l'istaurarsi di un clima di *confiance*, questi elementi emergano.

δ. La redazione della storia, documentariamente necessaria, a dispetto della tara che deve farsi per l'artificializzazione del vissuto dell'osservatore e il confronto con le altre storie, sono il solo aspetto «protocollare» di questa ricerca che, per tutto il resto, ma particolarmente per il rapporto coesistitivo nell'incontro con la persona sofferente, hanno piuttosto un carattere narratologico ed espressivo<sup>21</sup>.

C. Gruppo «Morte alla ceramica»: ipotesi vecchie e nuove.

L'ipotesi di base è che un'attività agogica sia parte integrante della cura, in contemporanea o in successione con altri momenti di accostamento interumano (seguimento clinico, rapporto terapeutico, etc.). L'attività agogica deve essere intesa come un ripristino della capacità, mai abolita, di creare, di esprimere, d'inventare, di produrre arte e senso, anche in persone in cui sembra (ma è pura apparenza) che queste «capacità» non siano esistite mai. Pertanto tutte le attività ripetitive e sciocche, necessarie per la stabilità istituzionale neomanicomiale o per una dimostrazione di alternatività a buon mercato o per interessi economici privati, debbono essere attualmente contestate. Poiché vi è in Europa grande ricchezza di nuove esperienze creative<sup>22</sup>, quelle che qui vanno proponendosi non rappresentano una novità in sé, ma costituiscono una connessione operativa obbligata (nella visione antropologico-trasformativa) fra *documentazione narratologica* del soffrire, dell'aver rapporti, del progettare e del difendersi (*clinica* in termini tradizionali) e *pratica di vita comune e condivisa* fra sperimentatori e soggetti sperimentali (*invenzione e sperimentazione creativa*): così che, alla fine, i soggetti sperimentali divengano sperimentatori del loro progetto esistitivo, sperimentatori di se stessi.

I gruppi preliminari e l'assemblea dei ricercatori del 2 marzo p.v. hanno preso in considerazione (in una dimensione pragmatica unitaria o, invece più probabilmente, subgrupuale): a. le residue potenzialità dell'espe-

<sup>21</sup> Tipologia come (cioè tendente a): Séchehaye M. A. 1950 e a tutta la documentazione di creatività psicopatologica della seconda metà del novecento. Inoltre: Piro S. 1991; Dell'Acqua G. 2003.

<sup>22</sup> Un buon esempio recente di questo tipo può essere considerato da *Il fotoromanzo della cura*, storia fotoromanzata creata, eseguita e stampata dai pazienti del Centro Psicosociale della Asl di Orzinuovi (Brescia) (Piro S. 2004).

rienza «Cielo in una stanza» (Francesco Blasi, Daniela Pes; etc.) o la fusione delle proposte di questo sottogruppo con le successive; b. una nuova ipotesi di creazione filmica e musicale con la collaborazione di artisti del campo (Adriano Casale e Alessandro Abate), proposta da Enrico de Notaris; c. l'ipotesi di Alessio Maione di collegare i temi della riabilitazione con quelli dell'abitare.

9 marzo 2004, *Collegium di studio collettivo* (Palazzo Spinelli, 5 ore: 17-22.30). Tema del giorno: *Ricerca sociale e prassi sociale; l'osservazione partecipata o partecipante*

Pomeriggio

- A. Mancini: *Ancora su esclusione sociale e sofferenza mentale* (45')
- S. Piro: *Perchè non si può fare a meno né dell'epistemologia né del lavoro nei servizi di salute mentale* (15')
- G. Milani: *La falsa obiettività sperimentale* (20')
- G. Fatigati: *Osservazione partecipata versus studenti universitari medio-orientali* (20')
- E. De Notaris: *Specializzazione in psichiatria e autocoscienza* (20')
- Discussione di gruppo: 30 minuti (interventi brevi di 5 minuti e richieste di chiarimenti)
- Discussione dell'andamento dei lavori di gruppo del 17 giugno: 30 minuti
- Intervallo: 30 minuti

Sera

- S. Piro e L. Nunziante: *Esercitazione didattica* (120 minuti)

1 aprile 2004, *Coordinamento dei Gruppi* (coordinatore e portavoce: riunione aperta ai ricercatori), Palazzo Spinelli: 18,00-20,00. *Definizione al momento dei gruppi operanti.*

Con il passaggio della ricerca da una fase di preparazione teorica e di discussione collettiva a una fase realizzativa nell'ambito del programma presentato e approvato dalla Regione Campania (promozione ricerca scientifica L.R. 28/3/2002 n. 5 Assessorato alla Ricerca Scientifica), vista anche la complessità del programma che comporta sperimentazione e confronto di prassi differenti in campo di esclusione psichiatrica, sociale, culturale, è necessario giungere a una strutturazione iniziale dei gruppi di ricercatori in modo tale che *ogni gruppo corrisponda a uno* dei Sub-programmi di ricerca. Ogni gruppo ha uno o più portavoce che lo collegano alla Direzione della ricerca e della scuola. I nomi dei gruppi sono provvisori (saranno stabiliti in seguito dai ricercatori) e altrettanto i portavoce.

Al momento sono identificati i seguenti gruppi:

- i. Enrico De Notaris e gli specializzandi in psichiatria presso il Policlinico dell'Un. Federico II, sviluppando meglio una loro precedente

proposta, studieranno la struttura operativa della Scuola di specializzazione, l'insegnamento teorico e pratico, l'ideologia, le prassi. Nome provvisorio del gruppo 1: Autonomia.

ii. Giovanna del Giudice, Alessio Maione e gli operatori psichiatrici di ruolo, precari e volontari, insieme agli utenti, approfondiranno l'andamento culturale, assistenziale, pratico dell'esperienza, in corso nella Asl Caserta 2 della Campania, di trasformare in abitazioni, piccoli appartamenti, soluzioni domestiche «naturali» le cosiddette strutture intermedie residenziali per pazienti psichiatrizzati, veri e propri nuovi manicomî. Nome provvisorio del gruppo 2: Abitare.

iii. Un gruppo di operatori di ruolo, precari e volontari cercano – in un servizio del centro di Napoli (U.o.s.m. 44 del Dipartimento di salute mentale della Asl Napoli 1) – di sorpassare la stereotipica noia, l'anti-terapeuticità e la resa esistenziale delle tecniche di riabilitazione correnti per pazienti psicotici gravi (che essi chiamano scherzosamente «ceramica»), provando esperienze nuove e «vissute» e ridando iniziativa ai pazienti. Nome provvisorio del gruppo 3: Morte alla Ceramica.

iv. Gli studenti di medicina, allievi già da tempo della Scuola diadromico-trasformativa, riferiranno della loro esperienza nella scuola, della loro condizione di abbandono culturale e metodologico nella facoltà di medicina, a dispetto della faticosità e ponderosità dei programmi; cercheranno di approfondire le reazioni degli altri colleghi e i rapporti con studenti immersi in altre e diverse realtà. Nome provvisorio del gruppo 4: Studenti di medicina...

v. Antonio Mancini, Roberta Moscarelli e Salvatore Verde svilupperanno sistematicamente la loro esperienza di raccolta dati, esplorazione ed interpretazione dell'abbandono dei malati mentali nella città di Napoli e in altri capoluoghi della Campania. Nome provvisorio del gruppo 5: L'Osservatorio dell'abbandono.

vi. Gruppi in fase di formazione (4, 5, intergruppo) di cui si dirà in una prossima riunione. Tutti i ricercatori non inquadrati nei tre precedenti gruppi possono aderirvi o proporre gruppi nuovi, nell'ambito di quanto discusso nella lunga fase preliminare. Può essere anche realizzato un intergruppo di connessione o di sussunzione: è possibile infatti, solo per dare un esempio, che un filone di ricerca sull'invenzione di forme espressive o comunicative possa trovare attuazione in tutti i tre gruppi precedenti. Gli studenti universitari potranno fare parte dei gruppi o confermare attualmente il loro lavoro nel *Gruppo sulla esclusione culturale e didattica*.

I Gruppi si riuniscono nelle sedi dove avviene la ricerca. Inoltre essi incontrano periodicamente la direzione della Ricerca (Assemblea di gruppo) o gli altri gruppi (Assemblea della Ricerca oppure Incontri di

studio). Sono tenuti a tenere registrazione delle attività, nel modo e nelle forme proprie del tipo di ricerca svolta.

20 aprile 2004, *Assemblea del Gruppo A* («Autonomia») con il coordinamento, aperta a tutti i ricercatori (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00)

L'interrogativo di fondo nella storia della *sofferenza oscura* nel tempo attuale può essere formulato, in termini di qualche accuratezza semantica, nel seguente modo: la cura della *sofferenza oscura* è *estirpazione, ablazione, amputazione* chirurgica del sintomo, della crisi, oppure è spinta a una trasformazione cronodetica, a un *mutamento di destino*, dunque *metanoia* cioè sbocco della crisi e della *sofferenza* in un assetto esistitivo diverso?

I ricercatori formulano più concisamente questo interrogativo in una semplice tabella:

la cura della <i>sofferenza oscura</i> è <i>estirpazione, ablazione, amputazione</i> chirurgica del sintomo
<i>oppure</i>
trasformazione singolare, cioè sbocco della crisi e della <i>sofferenza</i> in un assetto esistitivo e progettuale diverso?

Queste così diverse modalità della prassi sono conseguenza di due *concezioni antropologiche antitetiche* degli operatori e di coloro che si occupano della *sofferenza* detta psichiatrica a tutti i livelli dell'essere sociale.

Si tratta di due aggregazioni di *Weltanschauungen* numerose ed eclettiche, non identificabili in modo troppo semplicistico o volgare con caratterizzazioni politiche, culturali o religiose, in cui solo le polarità assiologiche e prassiche (di valori e di condotte, cioè quello che *realmente* si fa) sono opposte e inconciliabili, «polari». Le tematiche dell'espressione, dell'immedesimazione, della trasformazione interiore (*metanoia*) stanno in una sola di queste aggregazioni, quella che non si rassegna.

La scelta di *buona* (contro la *cattiva pratica*) non è qualcosa di volontario, buono e generoso, lodevole e cristiano oppure lodevole e laicamente cristiano, oppure politicamente corretto e di sinistra o altre analoghe amenità. Essa è, invece, un insieme di fattori *scientificamente indagabili*, di situazioni di cui si sono occupate l'economia politica, l'antropologia generale, la sociologia della conoscenza, la psicologia collettiva, etc, ma la psichiatria no.

27 aprile 2004, *Assemblea del Gruppo B* («Abitare») con il coordinamento, aperta a tutti i ricercatori (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00)

Il Gruppo affronta il problema, posto dal coordinatore della ricerca e dal portavoce del Gruppo, del sistema doxico-ideologico locale prece-

dente: la residenza come sistemazione o la clinica privata, etc. Si dice poi dell' impatto trasformazionale della proposta dell' «abitare», in luogo della «residenza» psichiatrica e delle difficoltà politiche e pratiche che ciò comporta. Viene richiesta al Gruppo una storia dettagliata delle strutture residenziali nella Asl Ce 2. Si elencano i punti nodali della ricerca: Case e non-case. Le persone: noi e loro; l'équipe e gli abitanti; loro, noi e la comunità. Il senso dell'agire alternativo: la tutela dei diritti e il ritorno alla gioia, verso l'autonomia. Il senso della «buona pratica» secondo l'espressione del Forum Salute mentale.

13 maggio 2004, *Coordinamento dei Gruppi* (coordinatore e portavoci), sede provv. Scuola: 20,00. Si esaminano in particolare i problemi del gruppo Morte alla Ceramica, portavoce Teresa Capacchione, Francesco Blasi. Si sta riorganizzando il gruppo e approfondendo tutti i legami e tutte le possibilità per lo svolgimento di attività ad alta qualificazione. Si discute del possibile apporto cinematografico di operatori artistici come Adriano Casale e Alessandro Abate.

25 maggio 2004, *Assemblea del Gruppo A* («Autonomia») con il *coordinamento, aperta a tutti i ricercatori* (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00).

*Interventi molteplici dei Ricercatori.* Proposte o interrogativi su (ad esempio): le modalità d'intervento nel singolo paziente; le tappe; la creazione del rapporto; uno o più operatori; il passaggio fra la fase di conoscenza, l'indagine clinica, la fase d'inchiesta sul grado di autonomia personale. Ogni punto della riunione sarà riconsiderato da tutti i ricercatori nelle successive riunioni del gruppo nella propria sede. I membri del Gruppo pongono domande importanti sul piano metodologico ed operativo al coordinatore e al direttore della Scuola.

15 giugno 2004, *Coordinamento dei Gruppi* (coordinatore e portavoce), sede provv. Scuola: 20,00. Presentazione da parte del Coordinamento (A. Mancini) e Scuola diadromico-trasformazionale (S. Piro) di un esteso rapporto sull'attività svolta sin dall'inizio e di una proposta organizzativa da presentare nella successiva *Assemblea di lavoro dei ricercatori a conclusione del Primo svolgimento della ricerca* del 22 giugno 2004. Discussione dei problemi dei Gruppi nuovi.

22 giugno 2004, *Assemblea di lavoro dei ricercatori a conclusione del Primo svolgimento della ricerca* (21 gennaio-15 luglio 2004): (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00).

L'assemblea ha posto complessivamente in risalto il positivo svolgimento del Programma di preparazione 2003-2004, con momenti di eccellenza per alcuni dei gruppi già in corso.

Nei giorni scorsi è stata consegnata all'Assessorato Ricerca Scientifica della Regione Campania la fidejussione della Fondazione CeRPS, ciò che permette di usare il finanziamento per le spese necessarie; il 7 lu-

glio prossimo il coordinatore e il direttore della Scuola incontreranno il Presidente onorario e il Direttore scientifico della Fondazione e comunicheranno loro l'andamento dei lavori, le prospettive, l'estensione della ricerca, il problema della sede napoletana della Scuola diadromico-trasformatzionale e quanto altro necessario per andare rapidamente avanti.

Per quanto riguarda l'andamento dei gruppi, il gruppo 1 (*Autonomia*) e il gruppo 2 (*Abitare*) hanno realizzato il programma di preparazione, allargandolo, e sono in grado di entrare nella fase di realizzazione. Si sono costituiti un gruppo 4 (portavoce: Luciana Nunziantes; tema: *self-help* nella sofferenza e nell'esclusione femminile) e un gruppo 5 (portavoce: Angela De Lisio; tema: esclusione culturale, scientifica, progettuale, di genere delle studentesse di medicina). Entrambe le portavoce comunicheranno un progetto partecipato nella prima assemblea di settembre e proporranno un nome spiritoso per il loro gruppo.

Non si è potuto andare avanti nella definizione di programma e di sperimentazione del gruppo 3 (*Morte alla ceramica*) per la imprevista, non annunciata e poi non spiegata assenza di uno dei portavoce del Gruppo. Teresa Capacchione tenterà nei prossimi giorni di tirare le fila organizzative della complessa e promettente preparazione per giungere a un primo programma esecutivo.

Su tutto questo si rende necessario un incontro serale dei Portavoce nei primi giorni di luglio.

6 luglio 2004, *Coordinamento dei Gruppi* (coordinatore e portavoce), sede provvisoria Scuola: 20,00. Esteso chiarimento operativo sui vari Gruppi. Confermata la disponibilità dell'*Associazione Il Cielo in una stanza* per il programma d'intervento agogico Gruppo 3. Discussione sull'incontro di domani con la Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane

7 luglio 2004, *Incontro* del coordinatore della Ricerca Dr. Mancini e del direttore Scuola diadromico-trasformatzionale Prof. Piro con il Presidente Onorario e il Direttore Scientifico della Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane, ai quali hanno consegnato una relazione su quanto finora realizzato dalla Scuola in campo di ricerca scientifica secondo la L.R. 28/3/2002 n. 5, Assessorato Ricerca Scientifica, Regione Campania. La lettera sottolinea che i tratti del tutto nuovi della ricerca sono: 1. la molteplicità delle prassi di ricerca nell'affrontare un aspetto dell'accadere nel campo sociale (in questo caso: l'esclusione); 2. l'autodeterminazione metodologica e procedurale dei sottogruppi (in relazione a un tema generale pre-fissato). Approfondimento di aspetti operativi per l'organizzazione efficace della ricerca, di gestione dei fondi regionali, di procedure amministrative. Nocera Inferiore, sede della Fondazione ore 9,00.

## II. *Svolgimento organizzato della ricerca* (2 settembre 2004 -5 dicembre 2005)

17 e 27 Agosto 2004, *Sessione di lavoro* (coordinatore e direttore Scuola), sede provv. Scuola.

Viene messo a punto e controllato il presente Documento intermedio interno (da sistemare in seguito nella parte iniziale del Rapporto di ricerca definitivo). Viene redatta la seguente comunicazione da leggere al *Coordinamento dei Gruppi* che si terrà il 2 settembre p.v.

«Cari Portavoci,

Il coordinatore della Ricerca e il direttore della Scuola si farebbero carico, se siete d'accordo, dell'organizzazione dei gruppi 5 e 6 dello schema redatto il 6 luglio u.s. [in particolare: Gruppo 5 (*senza nome*), portavoce De Lisio, in fase progettuale (esclusione culturale degli studenti e delle studentesse di medicina); Gruppo 6 (*senza nome*), portavoce Milite in fase di riconsiderazione di precedenti esperienze e di riorganizzazione (studenti palestinesi e studenti israeliani)]. I ricercatori di questi due gruppi sono tutti studenti di medicina, allievi della Scuola sperimentale antropologico-trasformativa, in cui stanno seguendo un corso pluriennale adattato in campo di scienze antropologiche trasformativa a partire dall'anno 2001-2002 (lavoro teorico, esercitazioni connessionali, spinta all'insegnamento e alla ricerca, lettura critica, etc.). Le due ricerche proposte, con il necessario intervento di altri ricercatori-studenti, rappresentano – insieme – una riappropriazione del ricercare da parte degli studenti (che ne sono sistematicamente esclusi) e un passaggio dal lavoro teorico e dall'artificialità delle esercitazioni didattiche alla ricerca propriamente detta. Ciò che è necessario fare già da studenti.

Il lavoro ottimo dei Gruppi 1 (*Autonomia*) e 2 (*Abitare*) ci permettono alcune considerazioni che sarà forse utile comunicare. Entrambi i gruppi sono fermamente legati alla premessa metodologica che è quella della «buona pratica», cioè la considerazione implicita dell'orizzonte culturale e ideologico campale (sistema doxico-ideologico) in cui s'avvera l'agire plurale (sociale). Ma questo è, ad avviso degli scriventi, legato fondamentalmente alla diretta esperienza di esclusione vissuta dai ricercatori, molto diversa da situazione a situazione (precarità, subalternità di vario tipo, imprigionamento decisionale, emarginazione politica, schiavitù culturale e didattica, esclusione dalle dirigenze nei pubblici servizi, etc.: tutto ciò è variamente distribuito nella clinica universitaria psichiatrica, come nel servizio di salute mentale post-rotelliano). Ipotesi fondamentale è dunque che la conoscenza della condizione umana è tanto più forte quanto più è *partecipante*: nessuno più degli esclusi può studiare gli esclusi. Questa è la vera situazione in cui

noi possiamo parlare di *osservazione partecipata* e non quella dei sociologi istituzionali che se ne sono occupati a freddo nei decenni scorsi. Si tratta peraltro di un principio etico-pratico molto diffuso nella nostra società, *ma noi ne facciamo un fondamento metodologico ineliminabile della pratica della ricerca nel campo delle cosiddette scienze umane.*

Guardate come l'ipotesi di ricerca si va sviluppando: gruppi diversi affrontano aspetti diversi dell'esclusione e della violenza (dalla psichiatrizzazione alla condizione di migrante, dalla condizione femminile a quella di studente, dalla marginalizzazione professionale nei servizi degli operatori più indipendenti alla gettatezza esecutiva servile degli specializzandi in psichiatria, etc.).

Ma proprio la coscienza di questa situazione basilare della nostra ricerca crea poi una serie di problemi tattici, di cui conviene far cenno a livello di portavoce responsabili.

Prendiamo ad esempio la situazione della clinica psichiatrica universitaria: una condizione di esclusione degli specializzandi può essere genericamente affermata o allusa o espressa pateticamente come naturale e generale, senza che ciò crei problemi eccessivi con la dirigenza (quella universitaria è ormai smaliziata e abituata, sin dal '68, a ingollare tutto ciò che è generico). Ma in una ricerca sarebbe necessario dimostrare – tratto per tratto – gli specifici comportamenti di esclusione, di violenza, di tentato asservimento, da parte delle particolari cattedre o dei singoli istituti verso gli specializzandi. Un simile comportamento genererebbe con tutta probabilità repressione, espulsione, criminalizzazione degli specializzandi in attività da parte dell'istituzione universitaria, una volta che i nomi dei ricercatori fossero pubblicati nel Rapporto di ricerca, come è necessario fare *per tutti*. Timori simili potrebbero essere avanzati anche per l'Aversa di un futuro post-rotelliano [lontano?]. Queste situazioni chiedono ai portavoce una seria attenzione, molta prudenza, probabilmente coraggio, forse anche la disposizione a lasciar liberi sottogruppi della stessa ricerca ad esporsi all'interno del testo ed altri a rimanere più cauti: qui decideranno le nostre ricercatrici e i nostri ricercatori. Ma un aspetto deve essere chiaro: nel nostro sistema di riferimento ideale, politico e culturale il rapporto finale sarà firmato in copertina da tutti i ricercatori. Se accorgimenti "tattici" dovessero profilarsi questo potrebbe riguardare l'eventuale paternità [o maternità] letteraria di tratti interni: faremo a voce alcune possibili esemplificazioni. Tronchiamo qui il discorso per lasciare spazio alla discussione del 2 settembre sera. Antonio Mancini e Sergio Piro».

2 settembre 2004, *Coordinamento dei Gruppi* (coordinatore e portavoce), sede provv. Scuola: 20,00 Presentazione da parte del coordinamento

del presente documento-diario degli svolgimenti della Ricerca dalle anticipazioni del 2002 fino alla presente sessione. Proposta di discussione dello scritto del coordinatore e del direttore della Scuola

[Anagrafe della ricerca al 2 settembre 2004: *omissis*]

Viene deciso convocare assemblee di lavoro per tutti i gruppi attivi.

Il 14 settembre p.v., alle ore 16, nella sede provvisoria della Scuola si terrà l'assemblea del Gruppo 2 (abitare) e il 21 settembre p.v., alle ore 17, in Palazzo Spinelli, Napoli si terrà l'assemblea del Gruppo 1 (Autonomia). Per entrambi i Gruppi è previsto un percorso di bilancio della fase iniziale della ricerca e di definizione operativa delle fasi successive. Come in tutte le riunioni dei singoli gruppi:

a. sono tenuti a intervenire tutti i portavoce di tutti gli altri gruppi;  
b. sono invitati a partecipare tutti i ricercatori di tutti gli altri gruppi non solo per collaborare alla discussione del lavoro del Gruppo convocato, ma anche per trarne spunto di lavoro per il loro gruppo. Inoltre la direzione della Scuola presenterà documenti di lavoro utili per tutti i Gruppi.

Per quanto riguarda il Gruppo 3 (Morte alla Ceramica) la discussione viene rinviata a una riunione di coordinamento a brevissima scadenza, a causa dell'assenza di Francesco Blasi.

14 settembre 2004, *Assemblea del Gruppo B* («Abitare») con il coordinamento, *aperta a tutti i ricercatori* (Sede provv. della Scuola: 16,00-19,00): Viene tracciata dal Gruppo una storia dettagliata delle strutture residenziali nella Asl Ce 2. Si elencano i punti nodali della ricerca e le grandi problematiche. La ricerca non può che affrontare, dati i limiti temporali propri del programma, solo la fase iniziale di un processo lungo (dalla reclusione istituzionale dei manicomi o delle s.i.r. alle prime esperienze di abitazioni per pazienti psichiatrici).

Il Gruppo discute poi di come trasformare un'esperienza di lavoro in ricerca antropologica.

Questo programma include una considerazione di:

1. com'era prima (descrizione, riportata anche all'analisi delle strutture neo-istituzionali nate dalla chiusura dei manicomi);
2. quello che si è fatto;
3. le trasformazioni delle strutture;
4. le trasformazioni delle persone;
5. altro a livello dell'autonomia personale;
6. altro a livello del destino dei singoli.

Il Gruppo offre apertura al Gruppo 3 (*Morte alla Ceramica*) per eventuali esperienze creative visuali nelle abitazioni.

21 settembre 2004, *Assemblea del Gruppo A* («Autonomia») con il coordinamento, *aperta a tutti i ricercatori* (Palazzo Spinelli: 17,00-20,00).

L'Assemblea affronta in modo diretto il tema del programma di ricerca del Gruppo 1 (Autonomia, Policlinico, De Notaris), partendo da una flow-chart di fasi e momenti di ricerca, del seguente tipo (da modificare nel corso della discussione):

Fase 1	Sperimentatori
Fase 2	Il contatto
Fase 3	La storia
Fase 4	La trasformazione
Fase 5	L'autonomia

16 Novembre 2004, *Riunione di lavoro del Gruppo B* («Abitare») con il coordinamento, *aperta a tutti i ricercatori* (Serv. salute mentale Asl Ce 2: 15,00-18,00).

Via discussa la possibile flow chart di una esposizione conclusiva dell'esperienza. Vengono ripercorse le tappe e stabiliti i punti di esposizione: aspetti descrittivi di un processo della «cura» territoriale

18 Novembre 2004, *Riunione di lavoro del Gruppo A* («Autonomia») con il coordinamento, *aperta a tutti i ricercatori* (Clinica psichtr. Un. Federico II: 15,00-18,00).

L'Assemblea affronta in particolare il tema definito centrale e scottante dell'osservazione partecipante.

11 Gennaio 2005. *Riorganizzazione di tutti gli operatori interessati alla «riabilitazione»* (*Morte alla ceramica!*, Gruppo 3). Le esperienze per ora affluenti di Nocera Inferiore e di Giugliano si organizzeranno come gruppi diversificati [Gr. 3: *Quelli della sindrome romantica* (Napoli); Gr. 4: *365 giorni all'alba* (Giugliano); Gr. 5: *Morte alla Ceramica* (Nocera)]. Le tre esperienze sono relative a modalità evolutivamente diverse, in relazione allo stato dei corrispondenti servizi di salute mentale, di rifiuto della stereotipia istituzionale.

## b. *Sistematica finale*

La ricerca è stata condotta da 51 ricercatori (vedi Tab. 1). Fra i Ricercatori sono elencati anche 6 utenti dei servizi di salute mentale delle Asl Napoli 1, Napoli 2, Caserta 2, Salerno 1, vincitori di una borsa di studio per la ricerca di € 1000. Si tratta di persone che, in contatto con le loro *équipes* di salute mentale e con i ricercatori di questo progetto hanno sviluppato un vivo interesse per il ricercare antropologico, iniziando dunque con i ricercatori di questo programma una intensa collaborazione. Nel Rapporto definiti-

Tab. 1: I ricercatori

<p>1. Ileana AMBROSIO, psicologa                  2. Antonella AMODEO, terapeuta della riabilitazione                  3. Claudio ARDIA, specializzando in psichiatria                  4. Filomena BASILE, terapeuta della riabilitazione                  5. Francesco BLASI, psichiatra                  6. Teresa CAPACCHIONE, psichiatra                  7. Giuliana CECCHI, specializzanda in psichiatria                  8. Giovanni CHIANESE, maestro d'arte</p>	<p>18. Francesco DIANA, psicologo                  19. Giuseppina DIANA, psicologa                  20. Giuseppe ERRICO, psicologo                  21. Elisabetta FERRANDES, specializzanda in psichiatria                  22. Gennaro FATIGATI, studente in medicina                  23. Giancarlo GAROFALO, borsista                  24. Maria Augusta IANDOLO, specializzanda in psichiatria                  25. Carmela IANNONE, maestra d'arte                  26. Angela LA TORRE, psicologa                  27. Maria LETIZIA, avvocato</p>	<p>35. Ferdinando NAPOLITANO, borsista                  36. Giuseppe PAGANO, respons. cooperativa sociale,                  37. Simona PALMIERI, specializzanda in psichiatria                  38. Tay Giuliana PALMIERI, borsista                  39. Salvatore PELLEGRINO, infermiere psichiatrico                  40. Gennaro PERRINO, psichiatra                  41. Simone PETRELLA, attore                  42. Monica PETROSINO, specializzanda in psichiatria                  43. Sergio PIRO, pensionato                  44. Raoul POLLIO, psicologo                  45. Angela PRISCO, psicologa                  46. Paola SANTORO, psicologa                  47. Margherita SPAGNA, terapeuta della riabilitazione                  48. Gennaro VARCHETTA, infermiere psichiatrico                  49. Filomena VELLA, psicologa                  50. Salvatore VERDE, educatore del carcere                  51. Gianpiero ZAPPATORI, borsista</p>
<p>9. Bruno CINQUE, borsista                  10. Francesca CIPOLLONE, specializzanda in psichiatria                  11. Genoveffa CORVINO, psicologa                  12. Giovanna CORVINO, borsista                  13. Rosa CUCCURULLO, maestra d'arte                  14. Giuseppe d'AQUINO, psichiatra                  15. Angela DE LISIO, studente in medicina                  16. Enrico DE NOTARIS, psichiatra                  17. Giovanna DEL GIUDICE, psichiatra</p>	<p>28. Filomena MAFFULLO, specializzanda in psichiatria                  29. Alessio MAIONE, sociologo                  30. Antonio MANCINI, psichiatra                  31. Angela MANZI, specializzanda in psichiatria                  32. Filomena MILITE, studentessa in medicina                  33. Alessandra MIRABELLA, specializzanda in psichiatria                  34. Roberta MOSCARELLI, operatrice sociale</p>	

vo viene esaminato il senso di questo scambio dei ruoli nella *ricerca antropologica a osservazione partecipante*.

I ricercatori sono divisi in 7 gruppi di ricerca, specificati nella tabella n. 2, alla pagina successiva. Ogni gruppo ha un *portavoce* (due in un gruppo, nessuno in un altro) che cura il collegamento fra il gruppo e il coordinamento.

Giuseppe Errico, Angela La Torre e Sergio Piro hanno curato gli aspetti organizzativi e mantenuto i rapporti amministrativi con la Regione Campania e la Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane.

I portavoce hanno svolto all'interno dei gruppi funzione di coordinamento e hanno mantenuto contatti strettissimi con il coordinamento centrale costituito da Antonio Mancini e Sergio Piro. Antonio Mancini ha inoltre svolto ruolo di *portavoce* nel Gruppo Sette.

L'orientamento generale della ricerca è quello che emerge dalla partecipazione corale ai seminari di formazione di cui si dice nelle tavole precedenti. I gruppi hanno mantenuto completa libertà generale, culturale e linguistica nell'espressione della loro ricerca.

### 3. IL PASSAGGIO ALL'ATTO

#### a. *L'inizio della ricerca*

La trasformazione di un'esperienza *didattica* iniziata nel 2002 (un corso alternativo per operatori dei servizi, studiosi di varie scienze umane, specializzandi in psicologia e in psichiatria, studenti di medicina, soggetti del volontariato sociale, cittadini dei Centro sociali, psichiatrizzati ed ex-psichiatrizzati, etc.) in una *sperimentazione antro-po-sociale* non è stato un fatto artificiale, perché lo scambio d'informazioni, il racconto delle esperienze, gli incoraggiamenti e le spinte intergruppi caratterizzarono già il primo anno, quando una ricerca organizzata non era ancora all'orizzonte e il racconto di «quello che realmente si fa» nei vari campi rappresentati aveva solo una funzione indiretta di propulsione. Ma era anche uditorio, consulenza, conforto e incoraggiamento autentico.

Tab. 2: Quadro della ricerca

GRUPPO	SEDE OPERATIVA	PORTAVOCE	CAMPO OPERATIVO	RICERCATORI
1 UNA CATTEDRALE NEL DESERTO	Napoli, Università Federico II, Scuola specializz. psichia- tria	Enrico de Notaris	Didattica – salute mentale – cura. La formazione (deformazione) degli specializzandi in psichiatria	11
2 ABITARE	Aversa, Servizio di salute mentale	Alessio Maione	Salute mentale – al di là delle residenze neo-ma- nomicomiali per malati mentali. Soluzioni abitative e diritti di cittadinanza	9 (di cui 1 borsista)
3 QUELLI DELLA SIN- DROME ROMANTICA	Napoli, Servizio di salute mentale uosm 44	Francesco Blasi	Salute mentale – cura e creatività. Un copione ci- nematografico contro la noia mortale della riabili- tazione psichiatrica d'uso	5 (di cui 1 borsista)
4 MORTE ALLA CERAMICA	Nocera Inferiore, Servizio di salute mentale	Geppino D'Aquino	Salute mentale – al confine fra cura e autonomia personale. La <i>ceramica</i> della riabilitazione e della noia e la <i>ceramica</i> del lavoro, della disoccupazione, dell'autonomia, della vita	11 (di cui 3 borsisti)
5 365 GIORNI ALL'ALBA	Giugliano, Servizio di salute mentale	Angela Prisco, Teresa Capaccione	Salute mentale – cura, spontaneità, coscienza. Arte e vita come obiettivo di salute.	5 (di cui 1 borsista)
6 STUDENTI DI MEDI- CINA PUNTO INTER- ROGATIVO DI UN'E- POCA	Napoli, II° Ateneo, gruppo di base de- gli studenti	–	Didattica, alienazione, complicità, stenoiaia della formazione: deprivazione concettuale ed epistemologica nelle Università. Una via diversa per la formazione	4
7 L'OSSERVATORIO DELL'ABBANDONO	Napoli, (gruppo didattico autonoo- mo)	Antonio Mancini	Salute mentale – abbandono e persecuzione dei pazienti. Le menzogne di attuazione in una rifor- ma, che pare gettata via	3
			Direzione e organizzazione	3
			Totale	51

Questo impegno a Napoli era contemporaneo nel primo anno con un'esperienza di deistituzionalizzazione fatta con un gruppo polimorfo di operatori dei servizi dell'Azienda sanitaria locale Salerno 1 (nelle sue 5 unità dipartimentali), tesa alla realizzazione di esperienze di mutuo autoaiuto, di *empowerment*, di de-psichiatria (Mancini A. 2002).

L'imprevista accettazione da parte della Regione Campania del programma di Ricerca *Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica* (promozione ricerca scientifica L.R. 28/3/2002 n. 5, Assessorato Ricerca Scientifica) – dettagliatamente elaborato da Piro a scopo prevalentemente esercitativo ed inoltrato senza grandi speranze all'Assessorato competente – non cambiò il clima generale dell'*esperienza didattica* in corso, ma le fornì concretezza, possibilità di passaggio alla prassi e/o alla sistematica esposizione delle prassi in corso, allenamento alla ricerca e all'uso di un linguaggio adatto, ampliamento dei gruppi, partecipazione organizzata come ricercatori (vincitori di piccole borse di studio realizzati con i fondi della ricerca) di psichiatrizzati interessati all'argomento della esclusione psichiatrica, della de-istituzionalizzazione, dei pericoli neo-istituzionali, del loro destino.

Dalla *descrizione di esperienze* si passò, in certi casi, alla *realizzazione di esperienze* (e alla loro trasformazione, al loro ampliamento, alla loro espressione sociale come esposizione di risultati); ma in altri casi *esperienze di trasformazione istituzionali* in corso di realizzazione trassero la possibilità di aumentare la propria capacità di coinvolgimento, di ampliare il campo d'azione, di creare un campo di risonanza sociale, di darsi una documentazione più meditata; il lavoro alternativo alla alienante «riabilitazione» coatta dei pazienti psichiatrizzati («morte alla ceramica!»), iniziato in una sede di Napoli, si estese a Nocera Inferiore e a Giugliano; gli studenti universitari, nell'acquisita coscienza di una limitazione epistemologica e culturale, non pensarono più solo a se stessi, ma iniziarono a pensare ai loro colleghi, a coinvolgerli, a descrivere anche la loro condizione; l'investimento nel campo della sofferenza mentale parte nelle specializzande e negli specializzandi in psichiatria dalla loro subordinazione istituzionale e dalla loro limitazione «a un angusto

ambito di pensiero, di azione, di emozione<sup>23</sup>» per divenire prassi alternativa specifica gettata, alla fine, nel territorio. E, partiti da un'attività iniziale puramente didattica, come avrebbero potuto degli psichiatri dei servizi di salute mentale di Napoli non occuparsi e riferire – per ora sommariamente – della condizione di abbandono estremo dei malati mentali nelle città campane e di tradimento della riforma psichiatrica del 1978?

Di tutto ciò si dirà nei capitoli successivi.

## b. *Gli scopi della ricerca*

*Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica* è, dunque, una ricerca di antropologia pratica fatta da una pluralità estesa di soggetti, con diverso ruolo istituzionale e al di fuori delle istituzioni, che hanno indagato l'accadere antropico colto nelle sue dimensioni di sofferenza ed esclusione e hanno proposto prassi di trasformazione di quella condizione.

Questo lavoro, che nasce sullo sfondo di una ricerca pratica e teorica nel campo della sofferenza antropica che Piro ha condotto in Italia da oltre cinquant'anni (esso ne è la diretta conseguenza e in qualche modo la messa all'opera), parte dalla constatazione descrittiva e sperimentale della fondamentale unità degli accadimenti antropici per approdare allo studio di quella condizione antropica genericamente denominata «esclusione», indipendentemente dai fattori che l'hanno determinata e dalla fenomenica sociale che vi attiene (psichiatrica, etnica, linguistica, culturale, etc.).

Per quanto attiene al piano metodologico della ricerca, sarà opportuno richiamare questi due aspetti:

- ogni forma di conoscenza deve misurarsi con la complessità, la mutevolezza, l'interdipendenza degli accadimenti antropici e il loro costituirsi come espressione del continuo sovrapporsi e mutare dei sistemi doxico-ideologici locali;

<sup>23</sup> Feyerabend K. 1970 p. 291 trad. ital. 1976.

- la conoscenza antropologica deriva da operazioni nel campo antropico, cioè da trasformazioni provocate a diversi livelli dell'agire umano e fra loro interregenti (prassi multi-accadimentali).

La conoscenza antropologica, che utilizza strumenti prevalentemente linguistici nella definizione del campo osservazionale, nella scelta dell'oggetto di ricerca, nella valutazione dei dati e nello sviluppo delle conclusioni, non può pretendere per sé quel grado di purezza e di assiomaticità che pertiene alle metodologie delle scienze della natura. Essa è di fatto trasformazione degli osservati e narrazione accurata degli accadimenti che accompagnano e costituiscono la relazione tra osservante e osservato.

Gli obiettivi che questa ricerca si pone sono dunque:

- > esaminare forme diverse di esclusione sociale (strutturale, psichiatrica, etnica, linguistica, culturale);
- > slargare l'area di connessione tra ricerca antropologica e prassi di intervento sul campo;
- > proporre molteplici prassi di intervento nei molteplici luoghi dell'esclusione («prassi trasformazionali multiaccadimentali»), ma tra loro connesse sia sul piano del metodo che sul piano del riferimento teorico (esperienza antropologico-trasformativa 1985-2002);
- > determinare quindi sperimentalmente il passaggio da un *gruppo* per la ricerca nel campo delle scienze umane applicate (propriamente: scienze antropologiche trasformazionali) al *gruppo di gruppi*;
- > verificare l'«utilità» di concetti come «campo antropico continuo», «prassi trasformazionali», «magma trasformazionale» con possibile ricaduta nell'operatività dei servizi di «cura» in generale sia dello Stato che, eventualmente, del «terzo settore»;
- > fornire una prima valutazione del lavoro svolto per quanto attiene al mutamento esistente, di progettualità, di slargamento di visione del mondo nei singoli e nei gruppi considerati;
- > confermare, sul piano dell'analisi epistemologica, la prevalente derivazione della conoscenza delle condizioni socio-antropologiche esaminate da una pratica trasformazionale multidimensionale.

#### 4. NOTA EDITORIALE

Questo libro spetta in parti eguali ai 51 autori in copertina<sup>24</sup>. Con la gentile collaborazione degli autori, tutte le voci bibliografiche citate nel testo sono state indicate allo stesso modo nelle varie parti del libro: la citazione breve (Moscarelli R. 1999 p. 25 oppure: Wittgenstein W. 1922 p. 47 trad. it. 1953) nel testo o in nota rinvia alla voce bibliografica completa nel cap. IX *Bibliografia*, nel seguente modo:

Moscarelli R.

1999: *Lo cunto della voce*, Terra del Fuoco, Napoli.

Wittgenstein L.

1922: *Tractatus logico-philosophicus*, Kegan, Paul, Trench, Traubner & Co, London (trad. di G. C. M. Colombo dall'ediz. ingl. del 1933: *Tractatus logico-philosophicus*, ediz. bilingue tedesco-italiana, Bocca, Milano-Roma, 1954).

In questo modo la bibliografia di tutti i contributi è stata riunita in un solo capitolo. Spetta agli Autori dei diversi scritti la responsabilità della correttezza dell'indicazione bibliografica.

Una precisazione deve essere fatta da coloro che hanno preparato, organizzato e condotto questa ricerca (Sergio Piro e Antonio Mancini): l'aggregarsi in alcuni pubblici servizi di gruppi di ricercatori, che nel loro complesso si richiamano alla *Scuola diadromico-trasformativa* della Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane, non implica alcuna valutazione sulle qualità e le prassi di tali istituzioni. Sul piano dei fatti, in alcuni gruppi la ricerca nasce palesemente in una dimensione di netto ed evidente antagonismo con le ideologie e le prassi delle istituzioni in cui i ricercatori svolgono la loro attività (gr. 1, 6 e 7); in un altro caso una situazione iniziale positiva si capovolge in negativa – in modo altrettanto pubblico e palese – mentre la ricerca è in cor-

<sup>24</sup> Due di essi hanno collaborato alla redazione del volume e agli adempimenti editoriali e hanno partecipato pienamente a questa ricerca, anche sul piano organizzativo e dei rapporti con le istituzioni. I loro dati di ricerca sono stati inseriti in un volumetto (G. Errico e A. La Torre, *Le dimensioni molteplici della pratica sociale*, La Città del Sole, Napoli, 2006) che espone una diversa esperienza didattica e assistenziale, ispirata e collegata agli stessi principi teorici.

so (gr. 2); nei rimanenti casi il consenso dell'istituzione allo svolgimento della ricerca è un fatto positivo che non comporta tuttavia e non può comportare giudizi o valutazioni di carattere generale su tali istituzioni né in un senso né nell'altro.

Nella conclusione del lavoro, Piro e Mancini hanno discusso con i gruppi le rispettive conclusioni nei *Rapporti di ricerca*, senza tentare una non facile armonizzazione, ma cercando di apprendere gli elementi utili agli atteggiamenti proposizionali di connessione e alla sussunzione dei contenuti. Hanno letto in seguito con la massima cura i *Documenti della ricerca*, traendone elementi decisivi. Nel cap. VIII una serie di tratti dei *Rapporti* e dei *Documenti* sono riportanti al fine di documentare la seriazione degli elementi considerati come elementi costitutivi di una possibile connessione.

In nessun caso Piro e Mancini sono mai intervenuti sulla forma linguistica, sui termini scelti, su possibili oscurità, su peculiarità di espressione. Sulla maggior parte dei contenuti dei contributi di questo libro essi concordano pienamente, su pochi altri francamente discordano.

# Cap. I: GRUPPO UNO UNA CATTEDRALE NEL DESERTO

## A. Rapporto di ricerca di

Claudio Ardia, Giuliana Cecchi, Francesca Cipollone, Enrico De Notaris (*portavoce*), Elisabetta Ferrandes, Maria Augusta Iandolo, Filomena Maffullo, Angela Manzi, Alessandra Mirabella, Simona Palmieri, Monica Petrosino<sup>1</sup>

### 1. LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICHIATRIA DELL'UNIVERSITÀ FEDERICO II DI NAPOLI

#### a. *Descrizione dell'istituzione*

La descrizione dell'istituzione scientifica deputata alla formazione specialistica degli psichiatri (scuola di specializzazione) dell'Università Federico II, fondamentale per inquadrare e parametrare il campo di questa ricerca, parte volutamente non da un'analisi delle inclinazioni ideologiche e culturali che essa esprime e che in essa si esprimono, cui comunque sarà dato ampio spazio successivamente; ma da un suo momento di crisi didattica che appare strettamente legato alle pratiche che in detta istituzione si concretizzano.

Volendo fornire questa descrizione in maniera ancora più strutturale si ritiene necessario ripercorrere alcune tappe fondamentali della storia recente di questa istituzione e partire quindi da alcuni momenti significativi.

Innanzitutto va detto che la clinica psichiatrica della Federico II, in tutte le sue articolazioni, a dispetto delle evoluzioni della prassi psichiatrica anti-istituzionale e riformatrice della seconda metà del '900, è andata ispirandosi, progressivamente nel corso dell'ulti-

<sup>1</sup> Tranne Enrico De Notaris (*docente* della Scuola di specializzazione in psichiatria), tutti gli altri erano specializzandi in psichiatria (Università Federico II di Napoli) quando si passò dalla frequenza dei seminari della Scuola diadromico-trasformativa a Palazzo Spinelli (Napoli) alla partecipazione della ricerca. Nel 2005 alcuni di loro hanno conseguito la specializzazione.

mo decennio, con forza e decisione ad un modello medico e ad un pensiero ad orientamento preminentemente biologico.

Ciò ha determinato la creazione di una divaricazione sempre più ampia tra la psichiatria insegnata in accademia e le nuove conoscenze psichiatriche, maturate nell'epoca post-riforma (Legge n. 180) nella nascente tumultuosa realtà dei servizi territoriali.

Mentre i servizi erano chiamati, sia pure con enormi sperequazioni qualitative e cronologiche, alla creazione di una nuova pratica fondata sul confronto con le dinamiche sociali, politiche, culturali, antropologiche emergenti dall'accadere incessante dell'agire sociale, la didattica standardizzata della scuola di specializzazione, mancando di tale evoluzione, si congelava in arcaici modelli pre-riforma.

Il tentativo di ingabbiare le difformità delle fenomenologie cliniche presenti sul territorio in una nosografia passivamente assunta come riferimento scientifico, ha contribuito a determinare un imponente impoverimento delle capacità critiche e di ricerca necessarie nell'apprendimento.

È storicamente mancato, alla gran parte delle scuole di specializzazione delle Università italiane, tutto il lungo e travagliato percorso di deistituzionalizzazione nel suo significato di rivoluzione e cambiamento del rapporto tra la psichiatria, le istituzioni psichiatriche ed il loro «oggetto».

Questo enorme buco nero ha impedito ogni trasformazione ed evoluzione di natura scientifica, ma anche etica e politica, perché ha sottratto all'accademia la possibilità di conoscere le dinamiche di emergenza e formazione della domanda psichiatrica, le modalità con le quali questa prende forma dalla storia e dalla cultura nella quale si realizza, i conflitti reali da cui trae alimento, le possibili aperture e trasformazioni, e quindi i fatti nella loro globalità e multiformità: cose irrinunciabilmente necessarie per affrontare la crisi.

#### b. *Le prassi istituzionali*

Prescindendo da queste connotazioni la psichiatria extra-territorio, nella sua pretesa terapeutica, peraltro non rinnega il mandato di controllo sociale precedentemente delegato agli ospedali

psichiatrici, ma tenta solo di riformularlo in termini «scientifici», richiamandosi cioè ad una sorta di neutralità della conoscenza.

La distorsione che ne deriva impedisce, nel processo formativo, la riformulazione dei luoghi della relazione terapeutica, l'acquisizione di luoghi nuovi, differenti, fantastici, soprattutto da costruire insieme al servizio, ai familiari, al paziente; ma anche la riformulazione dei tempi che potrebbe derivare dall'affrontamento della crisi in diretta; la distorsione ostacola quindi la pratica della relazione terapeutica che affronti il tempo indefinibile, da sottrarre alla paralisi istituzionale, necessario alla costruzione di una storia di trasformazioni e di reciprocità.

A poco valgono i tentativi di superare questa difformità che si sostanziano in un limitatissimo numero di ore che gli specializzandi sono tenuti a trascorrere in alcuni servizi di salute mentale della regione.

Anzi queste ore in un certo senso rappresentano una sorta di autodenuncia della carenza, diversità e difformità da parte della scuola: perché fare pratiche territoriali pur disponendo di un reparto, di ambulatori esterni ed interni, di laboratori biochimici, di centri per la lotta alle sindromi da disturbo del comportamento alimentare o per le patologie farmaco-resistenti?

Forse si avverte la divaricazione crescente tra una psichiatria che si sforza, sia pur con risultati alternanti, ad allargare i suoi campi di interesse verso dimensioni che comprendano dinamiche e ambiti più ampi delle scienze umane, ed una didattica frenata e tragicamente ancorata ad una visione pre-riforma, sia pur riverniciata da un'apparente scientificità biologistica o variamente psicoterapeutica.

All'interno di questa gabbia si muovono docenti e discenti descrivendo traiettorie formative confuse e contraddittorie: confuse nell'operazione tendente a contrabbandare per scientifiche, cioè vere, tesi di sovrapposibilità tra quadri tipicamente medici ed il manifestarsi dei disturbi psichiatrici; contraddittorie al loro interno perché neanche rispettose di quel minimo di ricerca problematica del nesso di causalità che, nonostante la crisi del concetto di nesso di causalità, emerge nell'ambito delle scienze in generale e della storia del pensiero in maniera ancora più critica.

Appare così che questa impostazione deve tendere di per sé alla semplificazione concettuale e all'impovertimento esistenziale,

deve ignorare la complessità degli accadimenti umani e le infinite connessioni che li determinano, deve tendere cioè ad una comoda e rassicurante spiegazione.

In questa operazione deformativa ed alienante si inseriscono modalità operazionali congrue con l'ispirazione descritta e che, ancor più gravemente, risentono di una serie di pregiudizi ed analisi di stampo ottocentesco.

Riemergono cioè tematiche neocustodialistiche fondate sulla pericolosità «per sé e per gli altri» analoghe alle vecchie bandiere manicomiali e ancor più arretrate rispetto alla neomanicomialità che molti dei servizi territoriali, tradendo lo spirito e le indicazioni della riforma, comunque tendono ad agire.

Un esempio specifico è costituito dalla costruzione di una *Seclusion-room*, neologismo che nasce dalla fusione tra le due parole *security* e *reclusion* e che racchiude nella sua stessa significazione i concetti di pericolosità su citati.

La *seclusion-room* è una stanza foderata da materassi e corredata da telecamere accese 24h/24, che richiama, oltre a barzellette datate, lo stanzino buio dove si perpetravano le punizioni nelle istituzioni collegiali e nei riformatori vecchia maniera.

La sua sola presenza, minacciosa ed oscura, qualifica un reparto in cui, tra l'altro, ciò che regna sovrano, in un'ottica imitativa dei reparti medici o chirurgici, è la noia, il non fare, l'assoluta mancanza di ogni attività, fosse anche di tipo occupazionale o ingannevolmente riabilitativa.

### c. *L'ispirazione didattica prevalente*

Ne consegue che anche la didattica tende ad un modello asettico che istiga alla cultura della distanza rispetto al mondo della sofferenza esistenziale, e quindi ad una visione che si autodefinisce come punto di vista scientifico e che pregiudizialmente si ispira alla definizione di un confine netto ed acritico tra normalità e follia.

«Ispirazione didattica» in cui si dissolvono anche una serie di riflessioni, comunque valide ancorché ormai datate, relative alla comune appartenenza tra chi guarda e chi è guardato, anche nel caso in cui ciò accada attraverso una telecamera come in un vero

e proprio *reality show* alla moda; relative alle influenze del ricercatore sull'ambito di osservazione in una reciprocità che apra spazi di crisi nella così detta relazione terapeutica; relative alle potenzialità di trasformazione e di costruzione di un rapporto umano.

Ma la *seclusion-room* è un modello che ovviamente non si esaurisce in se stesso, anzi è il frutto di un'ideologia potente e largamente dominante nell'acritico mondo della psichiatria accademica, è solo un punto saliente di una traiettoria precisa tendente all'affermazione di un potere nosografico ed escludente il cui scopo è la trasmissione di un sapere utile alla sua stessa commercializzazione, da congelare quindi in una logica sostanzialmente mercantile.

## 2. LA FORMAZIONE DEL GRUPPO

### a. *L'inizio*

La preistoria di questa ricerca nasce dunque dalle riflessioni critiche maturate all'ombra di tale «innovazione» osservazionale e clinica, dal coagularsi di studenti, specializzandi e ricercatori intorno ad una criticità operativa e patita e ad un disagio diffuso che ha saputo costruire un filone di approfondimenti e confronti anche non pacifici.

I tentativi di introdurre nella prassi elementi decisamente alternativi hanno generato alcuni atteggiamenti di vivace contestazione e alcuni tentativi di buona pratica, che hanno comunque lasciato un segno ed una cultura.

Gli specializzandi infatti hanno dato vita nel tempo ad attività espressive all'interno del reparto che contemplavano la stimolazione di talenti e capacità umane mortificate dalla condizione di pazienti, di malati ricoverati nel reparto: è iniziato un *atelier* di espressione artistica, come una fragile luce all'ombra della *seclusion room*, con l'interessantissimo esperimento di scambio di sentimenti e di pareri che riuscissero a travalicare ed integrare il mondo della rigidità connesso alla condizione di «malato mentale» e di medico psichiatra.

A poco a poco si è costruito un patrimonio di significanti più ricco e vasto, si sono instaurate relazioni tracciate su storie dise-

gnate e colorate a più mani significative di traiettorie originali e non più ingessate in un ruolo predeterminato, di relazioni emotive, partecipate, quindi formative e tendenti all'utilizzo di risorse non valorizzate.

A questo nuovo dialogare si è affiancato presto un ulteriore bisogno connesso alla reale condizione di vita all'interno del reparto: sono emersi così carenze e rivendicazioni dei diritti dei ricoverati, richieste che sia pur nella limitatezza del tempo e delle oggettive possibilità si sono trasformate in domande, da parte dei degenti e degli specializzandi, cui l'istituzione non ha saputo e potuto dare risposte degne.

Parallelamente infatti si è attivato un gruppo di ricoverati che, insieme a qualche strutturato maggiormente sensibile e agli specializzandi più attenti ed interessati ad una formazione che mettesse in crisi certezze fondate sulla sabbia di una falsa scientificità, ha cominciato a muoversi verso una richiesta non più centrata sulla psicoterapia, ma sulla analisi della loro condizione nel reparto e quindi fuori, nella vita familiare e sociale.

Queste tensioni hanno cominciato a manifestarsi anche nelle scadenze operative che la vita della clinica prevedeva: il rovesciarsi di queste criticità imprevedute nel corso delle tradizionali riunioni di reparto ha evidenziato la falsa innocenza istituzionale, la distanza ed il sostanziale disinteresse nei confronti delle dinamiche umane che la crisi mette in mostra e contemporaneamente cela, innocenza favorita dalla lettura nosografica che il DSM-IV fornisce a comportamenti e modalità.

Si riporta a tal proposito una riflessione di tre specializzande che partecipano alla ricerca (v. più avanti Documento della ricerca n. 1).

Tutto ciò si è strutturato come un fiume carsico che, a tratti e con intuibili enormi difficoltà, riemergeva con forza e ha contribuito nel tempo al formarsi di un'oppositività al sapere accademico e alle certezze che tenta di assolutizzare.

Il momento forse più evidente di questa contrapposizione, che ha contribuito anche all'emergere di una capacità di lettura critica della letteratura internazionale smascherandone le evidenti distorsioni, è succeduto alla decisione di riesumere una pratica terapeutica obsoleta e offensiva: l'elettroshock!

Può apparire contraddittorio che in un'istituzione universitaria, per definizione protesa alla sperimentazione di nuove modalità di approccio, interpretazione e cura, riappaiono e si materializzino fantasmi che il passato sembrava aver definitivamente sepolto, eppure il corteo di simboli regressivi e punitivi connessi alla scossa elettrica, illusoriamente prescritta a scopo terapeutico, non ha provocato alcun interrogativo sulla dignità dell'atto.

Così, oltre tutto in spregio anche alle sia pur criticabili direttive ministeriali che restringono alle situazioni depressive catatoniche l'uso di questa metodica, si è proceduto ad un ciclo di applicazioni di elettroterapia (si fa per dire) su di un giovane incolpevole paziente afflitto da una grave forma di patologia ossessiva.

Evidentemente la costruzione di un'attenzione e di un rispetto profondo in alcuni studenti e specializzandi ha reso possibile la costituzione di un fronte, abbastanza largo e variegato di forze, che ha iniziato ad opporsi con vigore a tale pratica.

In questa occasione è emersa anche la capacità ed il bisogno dei giovani specializzandi di fornirsi di elementi critici nei confronti degli studi internazionali sull'argomento, elementi critici che hanno reso possibile la riappropriazione di strumenti di lettura maggiormente efficaci.

La metodologia e gli strumenti di indagine presenti in letteratura riguardo l'ESK (agevolmente consultabile in internet su *pubmed*) hanno infatti mostrato alcuni elementi inquietanti: mentre ad esempio al lobo frontale sono attribuite svariate funzioni, gli studi presi in esame (circa una decina negli ultimi quattro anni) focalizzano la valutazione dell'innocuità, cioè dell'assenza di effetti collaterali, esclusivamente e genericamente sulla funzione mnesica.

Da svariati decenni osservazioni neuropsicologiche su modelli «difettuali», sia pur considerando i limiti intrinseci che tali modelli impongono, affermano invece che il lobo frontale partecipa alle attività di attenzione selettiva e di collegamento tra gli stimoli ambientali e la reattività motoria finalizzata all'adattamento a detti stimoli; che integra la capacità di combinare retrospettivamente e prospettivamente le esperienze, derivate dall'incessante gioco stimolo-risposta, in una gestalt temporale fondamentale per avvertire una significatività diacronica, per evitare la perseverazione di risposte già esperite come errate e realizzare così strategie di apprendimento originali.

Ma ancora il lobo frontale sovrintende a forme specifiche di capacità mnesiche, non connesse genericamente all'attività del ricordare, bensì specificamente deputate alla collocazione cronologica degli eventi e alla capacità di elaborare strategie progressive e quindi inventive, creative, inedite.

Anche le attività astrattive necessitano del buon funzionamento del lobo frontale, che a tale scopo ha un ruolo preminente nella capacità di considerare simultaneamente, pur se acquisiti in tempi diversi, i vari elementi utili per elaborare una risposta o un giudizio e quindi la progettazione esistenziale.

In aperta disattenzione nei confronti di questa complessità e ricchezza, attribuita al lobo frontale dai sia pur problematici e per forza di cose contraddittori studi neuropsicologici, la letteratura che descrive le osservazioni effettuate sui pazienti elettroshockati non cerca segni di volubilità, fatuità, avventatezza, incapacità progettuale, indifferenza, incongruità emotiva, apatia, perdita di creatività, in definitiva di restrizione degli orizzonti di autonomia e di prospettive che comportano sconvolgimenti delle personalità tali da renderle insulse, frammentarie, instabili.

Ci si trova cioè di fronte a studi sugli effetti dell'elettroshock che non possono a ragion veduta essere accettati, non solo da chi consideri «ideologicamente» e simbolicamente tale pratica come mutilante e tendente all'oblio e alla rimozione di pezzi di esistenza, ma anche da chi osservi con onestà e disinteresse attenendosi ai criteri minimi di fondatezza della metodologia adottata nella prassi scientifica corrente e ricercando in essa, quanto meno, una certa implicita coerenza interna.

#### *b. Lo sviluppo di un atteggiamento critico sistematico*

Forse vale la pena a questo punto riportare, come parte integrante del percorso di ricerca e come esempio dello sviluppo di una dimensione critica nell'acquisizione e nella valutazione delle varie esperienze di studio descritte in letteratura, due brevi riflessioni condivise dagli specializzandi e dagli strutturati che hanno poi continuato l'analisi dei processi formativi (v. Documenti della ricerca nn. 2 e 3).

Tali riflessioni sono seguite ad un intenso lavoro attivo ed attento nel rintracciare ogni sorta di pregiudizi, esempio concreto di un'attenzione e di una prassi che ha trasformato gli specializzandi e gli studenti del corso di laurea in medicina in ricercatori attivi, in grado cioè di produrre elementi culturali originali, svincolati da una modalità didattica imposta e passivamente assunta come incontrovertibile.

In virtù della scoperta della propria personale vulnerabilità nei confronti di metodologie osservative inconsapevolmente apprese e assunte come ovvie, i ricercatori hanno avvertito come urgente conseguenza la necessità di una profonda trasformazione dei comportamenti, per apprendere non solo a formulare dei perché nuovi o inventare problemi dalla lettura e dall'accostamento di discipline (filosofiche, antropologiche, linguistiche, sociali, artistiche etc.) strutturalmente non praticate dalla scuola di specializzazione, ma soprattutto per essere in grado di riconoscere il livello di mutazione personale che la pratica psichiatrica impone e di rintracciare gli elementi che colgono le traiettorie umane nelle loro infinite potenzialità.

A coloro che scrivono è apparso significativo l'emergere di energie inaspettate e di un notevole fervore nella ricerca di elementi attivi di esplorazione ed indagine nei discenti, che hanno quindi mostrato nella prassi cosa possa significare la partecipazione personale nella elaborazione di riflessioni scientifiche e la riappropriazione delle capacità operazionali nel percorso didattico, capacità mortificate da un modello accademico colpevolmente innocente.

Il gruppo così formato ha quindi aderito al seminario di formazione della *Scuola diadromico-trasformativa* e quindi alla ricerca *Prassi trasformazionali in campo di esclusione psichiatrica, sociale, culturale* (promozione ricerca scientifica L.R. 28/3/2002 n. 5, Assessorato Ricerca Scientifica, Regione Campania) avendo acquisito alcuni strumenti d'indagine fondamentali. Soprattutto ha iniziato così un tragitto in grado di trasformare il gruppo stesso, da un insieme di individui passivamente succubi della elargizione culturale della scuola, in ricercatori attivi capaci di cogliere il nesso tra la loro condizione di emarginati (dalla possibilità di comprendere, di cogliere gli inganni e le seduzioni della psichiatria accademica etc.) e l'analoga condizione di emarginazione vissuta (sicuramente a maggior prezzo e con maggior sofferenza e violenza) dai pazienti.

Questa occasione ha influenzato anche tutte le altre attività dei medici in formazione specialistica proprio in virtù di una nuova e spiazzante consapevolezza: il vivere una condizione per certi versi analoga a quella dei pazienti ha profondamente modificato il sentire e l'agire nei loro confronti.

### *c. L'organizzazione di una prassi alternativa*

Tutto ciò che si è detto nel § precedente ha contribuito al ridisegnarsi di modalità relazionali differenti dalle precedenti: sono saltate alcune regole di comportamento clinico precedentemente acriticamente accettate e assunte come incontrovertibili; sono cadute alcune speciose e fumose regole sul *setting*, sui tempi e sulle frequenze degli incontri; si è fortemente problematizzata la certezza delle tecniche in grado di leggere il profondo con chirurgica precisione, degli schemi predeterminati che modellano il paziente sui riferimenti teorici o psicodinamici; è anche fortemente cresciuto l'interesse per il sapere classico in ambito psichiatrico nei suoi aspetti fondanti, storici, speculativi e multiformi.

È sembrato così progressivamente affermarsi l'idea di una relazione terapeutica sostanzialmente non dissimile da altre relazioni umane, ma fortemente orientata alla trasformazione reciproca, all'affrontamento della crisi psichica non più considerata come l'equivalente cerebrale di una qualunque altra patologia organica ma come la spia di profondi e distruttivi dislivelli di potere (proprio come quella che si realizza nell'ambito della relazione docente-discente vecchia maniera).

Ne è conseguita una capacità di immersione e di coinvolgimento nella relazione con i pazienti, delle quali sono testimoni i ripetuti e profondi momenti di crisi personale e di disagio degli specializzandi, che l'istituzione didattica coerentemente ignora.

A dimostrazione di ciò si ritengono utili alcune riflessioni redate dagli stessi specializzandi impegnati in questa ricerca e raccolte in vari momenti della loro attività in clinica.

L'utilità di queste riflessioni risiede nella loro capacità di mutare atteggiamenti personali e pratiche terapeutiche, ma soprattutto

to nella capacità di trasformare alcuni «destini» personali attraverso un'attenta rielaborazione collettiva di questi processi.

A testimonianza del tortuoso ma deciso tragitto che gli specializzandi hanno intrapreso si riportano due documenti intermedi, da essi si può evincere qualche utile informazione su direzione e prospettive della ricerca. (v. Documenti della ricerca 4 e 5).

Nel tumultuoso presentarsi alle coscienze dei ricercatori di tematiche eluse nel corso della loro formazione professionale, sono emersi un interrogativo, di natura metodologica generale, sulla consistenza scientifica dei protocolli, ed un interesse, di natura storica, circa le tematiche antipsichiatriche.

Le riflessioni relative a questi due argomenti, collocabili in un certo senso ai limiti estremi ed opposti di un unico filo dialettico, da astorici oggetti di studio si sono trasformate nel corso della ricerca in strumenti di lettura dei modelli interpretativi e quindi di conoscenza delle multiformi impostazioni psichiatriche, nelle loro connessioni con gli ambiti culturali a cui appartengono.

Tra la rigidità dei protocolli e l'estrema fluidità teorica dell'antipsichiatria, i ricercatori hanno cominciato ad interrogarsi, senza intellettualismi devianti, sulla natura e la consistenza delle loro prassi e soprattutto sulla qualità della propria esperienza partecipante.

L'esperienza partecipante, qui narrata con voluta e dovuta frammentarietà, ha avuto come obiettivo la lotta all'ovvio, alla *innocenza epistemologica* intesa come acquiescenza al sapere psichiatrico ufficiale ed al suo immediato riflesso che sterilizza docenti e discenti in rigidi esecutori materiali di sentenze emesse da altri attori.

Si ritiene utile riportare un tentativo di abbandono di tecniche o certezze diagnostiche, vissuto come un incontro orientato a trasformare gli emarginati (studenti, pazienti) in ricercatori attivi.

Sono necessarie due premesse.

La prima considera le enormi difficoltà, anche organizzative e pratiche, dovute al dover ritagliare i tempi necessari all'interno di un sistema che globalmente si pone in maniera rigida nei confronti di orari e durate (una seduta di psicoterapia deve durare quarantacinque minuti, un incontro di gruppo un'ora e mezza circa etc.) e che cadenza le ore che gli specializzandi trascorrono negli ambulatori, in

reparto, in psicoterapia, in laboratorio in relazione alle attribuzioni all'uno o all'altro *tutor* (docente) e quindi alle sue disponibilità, anche di orario. Si riporta ora un contributo che in qualche modo descrive alcuni momenti tipici della scuola: essere ammessi (v. documento 6), sostenere gli esami (v. documento 7), percorrere il tragitto formativo che essa suggerisce (v. documento 8).

La seconda premessa considera le difficoltà personali ad abbandonare uno stile di apprendimento scolastico ed universitario che persegue lo scopo principale di fornire risposte tecnicamente sostenibili e magari critiche, ma pur sempre nell'ambito di una sostanziale omogeneità a riferimenti culturali tendenti ad universalizzarsi (innocenza). Difficoltà legate anche alla scarsa esperienza di pratiche alternative a ciò che vuole affermarsi come ovvio, come scientifico, e all'insufficiente esercizio delle capacità di creare domande non canoniche, cioè sovversive.

### 3. LE PRASSI ALTERNATIVE

#### a. *Rapporto (non esplicativo) su un'esperienza*

Si riporta qui una narrazione di un rapporto psicoterapeutico nel corso del quale si possono scorgere alcuni riflessi, deboli vagiti, di un'impostazione basata su:

- ✓ disponibilità tendenzialmente infinita, temporalmente indefinibile, all'ascolto;
- ✓ ricerca comune di elementi di confronto incrociato, di episodi in cui si sono manifestati profondi sentimenti di inadeguatezza, contrasto, crisi, tempeste;
- ✓ ricerca di comunanze, di sovrapposizione delle reciproche convinzioni, della loro collocazione nei comuni sistemi di credenza ed opinione;
- ✓ ricerca delle discordanze, dei dati culturali differenti cui si fa riferimento, delle opinioni dei gruppi sociali di appartenenza, delle superstizioni, dei pensieri magici;
- ✓ ricerca del valore sociale del gesto, delle sue riverberazioni, dei suoi effetti;
- ✓ ricerca degli ampi significati del gesto in relazione al possibile desiderio di affermazione e di forza;

- ✓ ricerca degli elementi di violenza e condizionamento, con il loro sviluppo verso pratiche di sopraffazione, presenti nei gruppi di appartenenza sotto forma di tensioni sociali e politiche;
- ✓ i rimandi microsociale sviluppatasi nell'ambito dell'utilizzazione volgarizzata e marginalizzante di teorizzazioni appartenenti alla storia critica del pensiero;
- ✓ ricerca sulla capacità di giocare con le parole, sulle loro potenzialità manipolatorie;
- ✓ lo sviluppo di momenti critici nei confronti dei concetti di sintomo, guarigione, terapia, farmaco e la ricerca del loro rifiuto come strumenti in grado di spiegare e far capire;
- ✓ l'analisi degli effetti riduttivi della loro utilizzazione sotto forma di strumenti terapeutici, del loro inganno e delle finalità repressive connesse alla necessità della marginalizzazione e dell'esclusione sociale presenti nel sistema politico in generale e, con maggiore e grossolana violenza, in alcune configurazioni patriarcali dei poteri locali;
- ✓ la multiformità dell'incontro (colloqui con un solo curante, con due curanti, in gruppo, con la famiglia);
- ✓ la sregolatezza dell'intervento;
- ✓ la ricerca della maturazione del desiderio dei propri diritti e delle modalità con le quali essi vengono negati prima, adesso, durante e tramite la «malattia»;
- ✓ la ricerca di ciò a cui si tende, di che ne sarà di me, di cosa voglio.

Quanto sopra elencato in maniera pedissequa non rappresenta un «decalogo» precostituito *ad hoc*, è bensì il frutto di una riflessione, peraltro non sufficiente, operata successivamente alla maturazione di alcune condizioni che hanno comportato determinate trasformazioni umane reciproche, e di conseguenza inelencabili mutamenti in campi ulteriori.

Per questo sono riferite alla rinfusa. E non risultano sistematicamente ordinabili in una struttura portante, riproponibile sotto forma di metodologia esportabile, in quanto appartenenti al divenire.

Anche la narrazione di questa esperienza segue un andamento incerto, confonde i tempi consequenziali perché per qualche oscura ragione sembra, così, meglio descrivibile.

In ogni caso non è un caso clinico ma un disordinato rapporto di ricerca.

Non sembra possibile né lecito rinvenirvi alcun metodo.

## b. *Estensione*

Una frase che descrive un'immagine: guardo nello specchietto retrovisore della macchina e ho paura di vederci la scia di cadaveri che mi lascio alle spalle.

Più di un anno prima la stessa donna che esprime questa paura era entrata nella stanza dell'ambulatorio con gli occhi spenti ed un vestito nero; appena appena mostrava attenzione ad un angolo vuoto dell'ambulatorio, come presa in un dialogo invisibile dal quale non ci si può sottrarre.

È sotto l'effetto di tranquillanti maggiori ed antidepressivi, immediatamente inizia, quasi per un riflesso di ubbidienza ad una prassi psichiatrica consueta, ad elencare quelle cose che la sia pur breve esperienza di psicotica le suggerisce come adeguate alla situazione: i sintomi (non mangia, non dorme, non fa l'amore, sente le voci che le suggeriscono paure di uccidere i figli avvelenandoli inconsapevolmente, si lava continuamente le mani etc. etc.).

Così facendo paga il primo tributo all'esperienza psichiatrica: si conforma ad un gergo, ad una classificazione dei fatti e di ciò che le accade fedele alla chiave interpretativa del determinismo psichiatrico, rinunciando così a tante parti di sé.

Pone subito in evidenza quel che le sembra poter essere degno di rilievo a chi ascolta, sforzandosi di continuo ad usare determinate parole, che in qualche modo le risultano presenti nel dire psichiatrico, come traduzioni di avvenimenti della sua vita quotidiana (ossessione, allucinazione, depressione, stress, fobia, crisi di panico, somatizzazione etc.) forse con lo scopo di abbreviare i tempi necessari a farci fare la diagnosi e modificarle qualcosa della terapia farmacologica.

Giochiamo con le parole: ossessione somiglia a sesso, allucinazione ad una luce che agisce, di panico non ci si può sfamare, sono presenti dei cavalli da soma e forse sono quelli della somatizzazione etc. etc.

Le voci che contano uno-due-tre contano davvero, e quanto?

Capiamo che vogliamo decostruire ogni parola che punisce, che è necessario abbandonare le false definizioni psichiatriche ispirate all'accattonaggio e alla mercificazione del disagio e della persona cui sono stati sottratti i diritti alla parola.

Parimenti l'attitudine appresa nelle scuole di psichiatria è un'incessante traduzione da una descrizione di accadimenti alla forzatura nosografica di sintomi e patologie e quindi alla conversione meccanica in un elenco di farmaci adatti (la ricetta della terapia, la culinaria dell'inganno innocente). Da questa attività, appresa a volte con dinamiche semiautomatiche, ci si scopre tutti colonizzati.

Per tornare indietro da questa strada deve operarsi un'analisi incessante e spietata che non eluda uno sguardo spietato, da parte di tutti nei confronti di tutti.

Che non eluda il lavoro duro che cerca le linee confuse del racconto di una vita e fa i conti con gli infiniti intrecci da cui si proviene e le infinite possibilità verso cui si viaggia, che relativizzi le certezze del nesso di causa e colga l'insufficienza dello psicocentrismo selvaggio strumento di potenti processi oppressivi, che riaffermi la legittimità della ricerca dei propri diritti.

Iniziano le sottolineature dei processi comuni, delle affinità della condizione di esclusi: i terapeuti dal sapere, la paziente dalla libertà.

Ci si sente in un processo comune in cui la cura ha radici comuni: mi curo di te che non conosci e capisci il mio disagio, per fartelo conoscere, mi curo di te che hai trasformato il disagio in malattia.

Lentamente emergono descrizioni quotidiane, apparenti banalità, ostacoli a prima vista insormontabili, storie di rapporti giovanili, stili familiari etc.

Emergono processi adattativi e di rinuncia progressiva alla spensieratezza giovanile e all'allegria della famiglia originaria, alla spigliatezza che consentiva di affrontare con autenticità l'accadere che si faceva tumultuoso e problematico parallelamente alla scelta coniugale, al formarsi del nuovo nucleo familiare.

Ma la prima sofferenza viene descritta con enorme difficoltà e così la nostra paziente confida per la prima volta un tormento che da più di quaranta anni la perseguita: all'età di dieci anni aveva toccato il fratellino e, come effetto della volgarizzazione delle tematiche analitiche, riteneva che tale pratica avesse indotto il fratellino alla sua successiva scelta omosessuale.

Si presenta una riflessione faticosamente condivisa: la sessualità infantile ricca e sorprendente si sviluppa preferibilmente in am-

bito familiare, essa è permeata da giochi e pratiche di esplorazione reciproca, il fenomeno è assolutamente diffuso perché costituisce un patrimonio conoscitivo la cui unica pericolosità è al più da attribuirsi agli interventi repressivi degli adulti (culturalmente già ossequiosi dei principi diffusi in larga parte della nostra società), la colpevolizzazione rappresenta l'adesione ad un paradigma (letto anche in maniera erronea) culturalmente imposto nel campo delle opinioni come richiamo consequenziale ad una impostazione meccanicistica delle scienze umane.

Queste tesi liberamente discusse trovano echi riverberanti anche nelle vite di ognuno di noi: la discussione si apre dalle repressioni sessuali fino alle rinunce operate al fine di adattarci ad una società fondamentalmente orientata ai principi della forza e dell'affermazione personale, da raggiungere tramite la sopraffazione ed il dominio nelle relazioni, nei piccoli gruppi, nelle grandi famiglie, nelle burocrazie, nella politica etc.

La relazione di cura allora si arricchisce di molteplici e variegate consonanze, pezzi di vita da scambiare nelle loro irrisolvibili ed inderivabili diversità: tendono cioè a comparire frammenti innominabili di specularità in cui appaiono fugacemente facce note, somiglianti o dissimili ma confrontabili nella loro funzione emarginante, atmosfere oppressive di cui si percepiscono, a fatica, le infrastrutture comuni, le differenze apparenti e le apparenze differenti.

L'interpretazione psicologista, dominante nei processi patologizzanti e in quelli didattici, a poco a poco appalesa la sua funzione oscurante e non rischiarante, complice della mortificazione che comporta il disagio, la malattia e il falso sapere.

Il lavoro critico comune parte da qui, da questa condizione condivisa nei suoi aspetti specifici da tutti i partecipanti ai colloqui, agli incontri di gruppo o singolari; dai confronti effettuati in spazi e momenti non più classicamente definibili come «setting», non più separabili dai momenti tecnici artificiosamente, ma più opportunamente appartenenti all'enorme flusso dell'accadere.

Parte dalla diffusione di una consapevolezza del perdersi del filo della spiegazione, dell'opacizzazione di quei nessi che si erano precedentemente costituiti come capaci di spiegare.

Questo perdersi della spiegazione psicologica, precedentemente sentita come struttura interpretante, trova anche un modo per parlare di sé: il ricordo dell'episodio col fratellino si periferizza senza scomparire, come non scompare comunque qualunque altro ricordo che col tempo assume coloriture diverse, si arricchisce o si impoverisce di successive sovrapposizioni legate ai mutamenti continui della vita, allontanandosi così sempre più da una presunta veridicità e fedeltà al testo.

E con esso sfuma tutto ciò che poteva essere legato ad una addizionale quota di rimorso e senso di colpa dovuta agli effetti culturali delle psicoterapie, quota addizionale che può rendere talvolta ancora più insopportabile il proprio peso perché riconosciuto come spiegazione, quindi in grado di sanzionare comunque.

Sfuma progressivamente anche lo *psicologichese*, inteso come linguaggio sussuntivo di tutto ciò che appare in un orizzonte ristretto, allorquando si propone come sostanzialmente dimentico di ogni altra cosa...

Sfuma e si opacizza il conduttore, colui *supposto sapere*, e prevalgono immagini confrontabili di traiettorie umane in preda ad emozioni e sbalzi non capibili, un po' sentibili, confondenti.

Il gioco della decostruzione delle parole si allarga e si estende alla decostruzione dei fatti e delle loro spiegazioni.

Nella relazione cominciano così a mostrarsi altri fatti, ritenuti inizialmente estranei o generici, ma avvertiti invece come pesanti fattori di modificazione dei propri assetti esistenziali: viene ripercorsa con meraviglia una serie di strade che mostrano comportamenti in perenne evoluzione, condizionati dai mille coincidenze, in grado di alludere, insieme alle infinite maschere via via indossate, anche alle possibili infinite maschere potenzialmente indossabili, relativizzabili tutte, irrinunciabili tutte, e tutte appartenenti ad un orizzonte che va progressivamente allargandosi ed arricchendosi.

È lo scardinamento da una lettura deterministica che contribuisce allo sciogliersi di alcuni nodi: lo smascheramento della loro falsa verità contribuisce a liberarci della diagnosi e quindi dai discorsi intrusivi legati alla ricerca del sintomo, dei segni prodromici, della causa certa, della concatenazione univoca.

### c. *Spirale teorica*

Questo rapporto non illustra, come già detto, un metodo; ma non per questo nega di per sé il rigore o l'impegno o lo studio, tutt'altro: esso tende anzi a sottolineare l'importanza di un ampliamento di visuale, di un arricchimento umano e culturale che esca dalle angustie dello *psychologically correct* e squarci il velo di quello che esso colpevolmente cela.

In tal modo la relazione terapeutica diventa uno stimolo reciproco a conoscere, si impara molto da quel che si dice, si discute insieme e si scoprono modalità di formazione ed informazione mutuali, differenziabili nelle diverse traiettorie personali e da cui si colgono valori, credenze, princìpi nel loro relativismo culturale.

Così anche la rilevanza di alcuni episodi della storia personale, ritenuti fondanti del proprio malessere, può essere ridimensionata se relativizzata all'ambito costringente delle culture dominanti, delle quali il riduzionismo psicologistico è parte.

In tal modo vengono appresi nuovi saperi, in un lavoro lungo, faticoso, rigoroso, oltre i limiti d'orario e ben oltre il pur irrinunciabile livello patico, nella consapevolezza di navigare in campo aperto e di non avere soluzioni da cercare nei manuali.

Qualunque agire ha innumerevoli conseguenze e non sarà certo questa esposizione a voler negare che ogni prassi terapeutica, di qualunque natura ed ispirazione ideologica o metodologica o antimetodologica, determini effetti specifici anche se non enumerabili o nominabili.

E ancor più non si intende entrare nella falsa problematica dei limiti che tendenzialmente dovrebbe avere la prassi psicoterapeutica sul piano delle conseguenze che suscita: non si intende cioè discutere circa la consistenza del problema della «asettività del *setting*».

Né è specifico argomento di questa ricerca la valutazione delle gravi conseguenze che lo psicologismo talvolta, specie nelle sue attualizzazioni più grossolane e magari innocenti, contribuisce a determinare con dinamiche di plagio e di sopraffazione culturale ed ideologica, nella maggior parte dei casi in ossequio e coestensivamente al mandato sociale che la cultura dominante affida al mondo della psicologia (intendendo questo ultimo termine in tutte le sue vaste e molteplici caratterizzazioni istituzionali: dalla sua atti-

vità di elaborazione di teorie scientifiche metodologicamente colte o traballanti che riescano però ad egemonizzare ampi spazi umani, non solo nelle loro formulazioni «dotte», ma soprattutto nella loro capacità di penetrare nel mondo delle opinioni e dei luoghi comuni; fino alla sua capacità di elaborare ipotesi avveniristiche sulle possibilità di manipolazione comportamentale e di ingegneria genetica).

Nella decostruzione delle parole e dei fatti, rientra anche la decostruzione in qualche modo culturale dei processi di colonizzazione, emarginazione e oppressione che l'interpretazione psicologista sussume, specularmente alla metodologia medica, nella diagnosi.

Vengono cioè rinvenuti alcuni nodi che legano la propria esistenza alla percezione «interiorizzata» di malattia mentale, di psicopatia, che descrivono appiattimenti personali su parametri diagnostici invasivi.

E questo ha costituito un momento di forte ed avvertita comunanza tra «curanti» e «curata/o», un momento saliente del processo del reciproco imparare: lo stesso nodo che lega la curata all'interpretazione deterministica con i vincoli dell'opinione e del sentire comune, lega anche i curanti nel merito dei loro processi di conoscenza e della loro posizione di discenti.

Al di là dell'asetticità del *setting*.

Questa interferenza, descritta con una rapida ed insufficiente figurazione, rappresenta l'unico suggerimento didattico proponibile: imparare dal proprio parlare significa anche verificarne la parzialità ed i suoi nessi con la costruzione dei processi formativi, per tendere oltre.

L'allargamento di orizzonti, cui il presente rapporto allude, include cioè, ed è questo da rimarcare, curanti e curata alla stessa maniera, con le differenze fenomeniche ed evolutive relative ai ruoli diversi: la curata nella sua specifica conflittualità sociale e i curanti nella loro dimensione umana e professionale.

Non si vuole nemmeno qui accennare alla consistenza terapeutica di quanto descritto: se la signora stia meglio o peggio non è riassumibile nella constatazione di cosa faccia ora, se, quanti e quali farmaci assuma, se le voci o le ossessioni siano presenti e forti; non perché ciò non sia importante, ma semplicemente perché

queste cose non sono contrabbandabili come parametri o verifiche sulla bontà di un mutamento dell'approccio.

Non c'è un nuovo metodo psicologistaico, non c'è una nosografia alternativa o un rifiuto totale a riconoscere la presenza di conflitti e di condotte di sofferenza, non c'è cioè alcuna oggettività cui confrontare qualcosa: esiste però, e si mostra, una persona che ricerca alcuni fili per comprendersi ed esistono altri che ricercano capacità mutevoli di permetterlo, anche a se stessi. *Partiti per spiegare, e ora in viaggio per ricercare.* In trasformazione.

## B. Documenti della ricerca

### 1. L'ANTI-FORMAZIONE DELLO PSICHIATRA, di Elisabetta Ferrandes, Anita Manzi e Monica Petrosino

La «cura» è una ricerca, fatta da molti attori che praticano costantemente la ricerca; ha un esito positivo quando trasforma il «curato», colui che soffre, in un ricercatore che sa usare la sua sofferenza per capire, per slargare gli orizzonti, per sostituire all'odio contro i propri simili la protensione verso il mondo, verso la vita, verso la specie.

Piro S. e Mele A. 1999

In questo orizzonte conoscitivo-emozionale della nostra esperienza di formazione, la ricerca di metodi, competenze e interventi, si pone a volte come mera cristallizzazione di una prassi scandita da un ritmo il cui limite si coglie nel susseguirsi compulsivo di agiti unidirezionali e reazioni fallite, altre come momento di condivisione e revisione che conduce all'approfondimento comprensivo di dinamiche proprie e altrui, al di là di momenti relazionali relegati all'afinalistica compilazione di pagine burocratiche.

In una pratica dove tutto si compie secondo uno schema mentale che pare scaturisca eludendo i processi logico-trasformazionali, in uno stare tra gli altri che talvolta diventa uno stare da soli, in uno spazio che apparentemente si colloca come quello legittimo ed adeguato, ma che si erge a luogo fisico e mentale di emarginazione, chi transita sperimenta solo il carico dell'esclusione: è l'esclusione dello studente, dello specializzando, del ricercatore, del direttore, del paziente e della sofferenza.

In questo guazzabuglio di situazioni umane ma non ovvie e di operazioni ovvie ma non umane, atte a validare pseudoconferme ad una scienza, che, senza nulla togliere alle altre, si pone come la più falsa, resta possibile solo una ginnastica allucinatória per darsi la libertà di un mutamento.

## 2. APPUNTI PER LA RIUNIONE DEL GRUPPO AUTONOMIA<sup>2</sup> del 22/6/04, di Claudio Ardia e Alessandra Mirabella

Il gruppo di operatori della Scuola di specializzazione in psichiatria dell'Università Federico II di Napoli ha espresso una sua fisionomia che meglio è resa da una sintesi della sua storia: nasce da una intuizione sperimentale avvenuta *in uno spazio che apparentemente si colloca come quello legittimo e adeguato, ma che si erge a luogo fisico e mentale di emarginazione, chi transita sperimenta solo il carico dell'esclusione: è l'esclusione dello studente, dello specializzando, del ricercatore, del direttore, del paziente e della sofferenza.*

*In questo guazzabuglio di situazioni umane ma non ovvie e di operazioni ovvie ma non umane, atte a validare pseudoconferme ad una scienza che, senza nulla togliere alle altre, si pone come la più falsa, resta solo una ginnastica allucinatória per darsi la libertà di un mutamento (Elisabetta, Anita, Monica).*

L'intuizione coglie il momento rivelatore della consapevolezza sulla propria condizione, propria e degli altri, ne definisce l'artificiosità culturale e la pericolosità sociale, il vuoto tecnico e lo spaventoso vuoto emotivo, fa emergere la necessità di ricerca e trasformazione.

Se dovessimo dire qualcosa che è rimasto come punto di riflessione schematizzeremmo così: il comprendere psicologico parte da una necessità-metodologia della ricostruzione deterministica, unilineare della storia degli uomini; non tiene conto del fatto che la psiche è qualcosa di enormemente più complesso e più esteso di una psiche, o anima, condensabile solo nel corpo; non può cogliere gli eventi che, in quanto non nominabili, possono essere solo dedotti dalla complessità e possono organizzarsi in modo effimero come barlumi segnici o rimanere del tutto disorganizzati.

La ricerca del gruppo parte dalla consapevolezza della necessità di estendere lo sguardo oltre le barriere psichiatriche per riappropriarsi di una modalità del ricercare-curare capace di trasformare chi soffre in un ricercatore che trasforma la sua sofferenza in capacità di capire.

<sup>2</sup> *Autonomia* era il nome iniziale del Gruppo degli specializzandi volto a descrivere più l'attività del Gruppo che non l'istituzione. Tuttavia – nelle esperienze anti-istituzionali – il carattere roccioso e difficile delle *Cattedrali nel deserto*, come nel caso del *Manicomio*, non deve essere dimenticato mai.

Nei luoghi in cui lavora il gruppo dunque ha colto la tensione del limite di una certa pratica di estirpazione del sintomo, con tutte le conseguenze relative al conflitto che ciò ha provocato nei confronti del mondo delle aspirazioni personali, delle idealità, delle aspettative umane.

Il cammino percorso descrive quindi contemporaneamente una scoperta ed uno stato d'animo che hanno generato domande sul modo di essere possibile, su quale possa essere una ricerca capace di combattere le pratiche distorsive, definitorie, nosografiche che, ad esempio, distorcono una storia in un'anamnesi.

Il gruppo ha prodotto molti interrogativi di varia intensità sulle modalità di essere in una relazione di cura, sulle sue tappe, sui processi creativi e "rivendicativi" nelle relazioni, sulle modalità del passaggio tra i momenti di conoscenza, indagine, inchiesta su autonomie personali, fino alla ricerca di un piano di condivisione relativamente alle *potenzialità sospese o attuali di autonomia e coscienza dei propri diritti degli psichiatrizzati... capacità di questi soggetti a dare una finalizzazione reale... istanze di solidarietà.*

Il gruppo ha ben compreso la differenza tra gli aspetti protocollari (uno in particolare è parte della presente ricerca: la redazione delle storie) dell'apprezzamento della "condizione clinica" e la necessità della consapevolezza del rispetto per l'altro e della considerazione del suo discorso (condizione culturale ed emozionale presunta in coloro che hanno scelto di fare questa ricerca).

Sottolineeremmo infine un dato estremamente importante: il gruppo di operatori della Federico II ha vissuto finora con forte partecipazione emotiva il proprio lavoro istituzionale e questo ha costituito il momento di spinta decisivo alla partecipazione al progetto.

I sentimenti di angoscia che ne sono derivati infatti si sono trasformati in domande, interrogativi, dubbi che costituiscono la premessa necessaria all'adesione alla ricerca.

### 3. APPUNTI PER LA RIUNIONE INTERNA DEL GRUPPO AUTONOMIA del 22/10/04, di Giuliana Cecchi e Simona Palmieri

Questa riunione nasce da una forte e sentita esigenza, denunciata in primis dal gruppo degli specializzandi, di chiarificazione di alcune dinamiche che si potrebbero così schematizzare:

- ✓ l'esclusione da ogni pratica che possa travalicare la metodologia nosografica e veteroorganicista; la mortificazione delle aspettative e degli ideali in una *ginnastica allucinatoria* che emargina specializzandi, pazienti, direttore e sofferenza; il contrabbando della impostazione medico-normalizzatrice come linea fondante della didattica psichiatrica e come riferimento scientifico certo; etc., si esprimono anche attraverso la segregazione delle parole, il sequestro delle capacità espressive, l'appiattimento delle attenzioni e delle comprensioni, anzi ne sono il prodotto compiuto;
- ✓ la novità del progetto o, per meglio dire, il fatto che si possa recuperare parti di sé e della propria formazione nell'ambito di un "progetto"; le sue evidenti potenzialità trasformative e di rottura nei confronti di ciò che si è appreso; la crisi indotta da una crescente consapevolezza, presente già prima del progetto, ma ora aperta e messa in comune, determinano reattività fortemente conflittuali da cui possono nascere sentimenti di inadeguatezza talvolta acuiti dalla natura dello stesso progetto relativamente alle sue parti protocollari;
- ✓ tuttavia gli specializzandi riconoscono come proprie suggestioni di forte appartenenza al lavoro, anche dal punto di vista protocollare, al punto di voler destinare la naturalità delle proprie considerazioni al fine della miglior qualità del progetto;
- ✓ pare ben radicato nel gruppo "autonomia" il sentimento di non difformità nei confronti degli psichiatrizzati e ciò risulta estremamente importante in quanto premessa e motivazione alla prassi di cambiamento e trasformazione continua che la prassi stessa esige;
- ✓ altrettanto ben radicata sembra la consapevolezza di appartenenza al campo e all'ambito della sperimentazione, inclusi cioè nell'esclusione e nella negazione alla comprensione dell'altro: ciò determina il sentire come profonda l'esigenza di riappropriazione delle capacità a lungo mortificate (gli studi universitari, la specializzazione) e delle potenzialità conseguentemente inespresse;

- ✓ un altro punto qualificante la ricerca, che ne costituisce premessa e obiettivo pragmatico, si identifica con il rifiuto di una lettura neutrale, estranea cioè al campo di azione in cui sono accomunati psichiatri e psichiatrizzati, della malattia mentale.

Tale neutralità può rivestirsi sia di una impostazione metodologica biologica, organicistica, che asserisce la malattia come “esistenza” patogena e ne sottolinea gli aspetti nosografici come riprova, sia di una impostazione metafisica tutta mortificata all’interno di uno psichismo schiavo di schemi comportamentali inquadrati e definiti come strutturali.

Le due impostazioni metodologiche nella sostanza negano l’esistenza di vastissime ed ulteriori dinamiche agenti nel campo sociale in cui si appalesa il disagio, di conseguenza, in virtù di un facile determinismo, organicistico o psicodinamico che sia, ne sottraggono ogni valenza storicistica e, insieme, ogni dignità umana.

E inoltre viene negata alla malattia mentale la possibilità di trasformarsi in istanza di cambiamento, in richiesta di relazione umana, in domanda di crisi condivisa e da condividere con gli altri attori e oggetto dell’esclusione: coloro che curano e che assumono una posizione comprensiva.

Ancor più ovviamente viene negata la possibilità di autonomia e di difesa dei propri diritti e tale scopo, l’ablazione chirurgica del sintomo per via farmacologica o la sua rimozione psicodinamica hanno in questo caso molti punti di contatto, perseguito in passato con prassi mortificanti e repressive, trova ora nuove modalità di intervento usufruendo della capillarità della presenza psichiatrica sul territorio.

Tramite questa capillarità è infatti infinitamente più facile raggiungere il target del mercato psicofarmacologico, imporre il tranquillante o l’antidepressivo di ultima generazione, depurato cioè da fastidiosi effetti collaterali (sarà poi vero?), e accrescere così il profitto delle industrie farmaceutiche.

Ma, ed è questo ovviamente l’effetto ancor più devastante, soprattutto si persegue l’imposizione di un ordine sociale e di un controllo spinto dei comportamenti potenzialmente trasformativi.

Anche precedentemente al progetto il gruppo degli specializzandi si è posto domande sulla presenza di potenzialità sospese de-

gli psichiatrizzati e ha costruito rapporti improntati ad atteggiamenti di apertura e di solidarietà.

Ciò ha comportato l'affinamento delle capacità comprensive e l'abitudine a ricercare nella polimorficità dei comportamenti degli psichiatrizzati le valenze umane volte alla trasformazione piuttosto che i segni e i sintomi di una malattia in cui inquadrarli.

In ultima analisi si è praticato in una certa misura il rifiuto della malattia come parentesi depersonalizzata ed astorica, e questo ha costituito la buona pratica del gruppo specializzandi, e in parallelo si è verificata l'irrinunciabilità della consapevolezza della propria condizione di esclusi come premessa fondante di una conoscenza partecipata.

#### 4. SULLA RICERCA «PRASSI TRASFORMAZIONALI IN CAMPO DI ESCLUSIONE ANTROPICA», di Monica Petrosino

Durante questo percorso formativo, la limitazione insita nell'agire psichiatrico si è manifestata a me in molti momenti e solo di alcuni di essi riferirò in questa ricerca.

I dati presentati sono frammenti degli incontri svoltisi presso la clinica psichiatrica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II nell'anno 2003-2004. Il campione, insignificante da un punto di vista statistico, acquisisce, probabilmente, senso su altri piani, soprattutto congetturali ed emotivi.

Tralascierò nella esposizione delle due storie quasi tutte le informazioni anamnestico-cliniche per riportare solo, parzialmente ed equivocamente, alcune delle percezioni sperimentate come specializzanda addetta alle persone coinvolte.

##### a. *La storia di Elena*

Di Elena non ricordo precisamente l'età, nonostante ci siamo puntualmente incontrate una volta a settimana per circa un anno; ho memoria, però, del suo viso che, sebbene sempre pallido e spento, era quello di una persona giovane. Prima del ricovero in clinica psichiatrica per tentato suicidio (schianto con l'automobi-

le contro un muro) è stata maestra elementare, pianista, studentessa universitaria, appassionata di Van Gogh e del mare, in particolare delle isole. Quando ci siamo incontrate la prima volta Elena era stata dimessa da circa due settimane, si trattava di una visita di controllo e di un eventuale aggiornamento della terapia farmacologia (Bromperidolo cpr 5 mg 1cpr/die, Paroxetina mesilato cpr 20 mg 1cpr/die, Lorazepam cpr 1 mg 1 cpr al bisogno). Lungo un anno di incontri, Elena mi ha raccontato dei suoi tanti amanti, delle giornate interminabili consumate nel fumo delle sigarette, del suo rapporto ambivalente con la fede, quindi dei presunti peccati, e della sua famiglia (il padre deceduto per carcinoma polmonare quando lei, la più grande dei quattro figli, aveva 13 anni, la madre ottantenne, con la quale Elena vive, viene descritta come una persona eccessivamente cattolica, autoritaria e svalutante). Ogni volta che ci stringevamo la mano per salutarci avvertivamo una effettiva scossa, che Elena puntualmente attribuiva ai materiali sintetici dei suoi vestiti ed era l'unica occasione in cui la vedevo sorridere: all'arrivo e all'uscita dalla stanza. Durante questi incontri ho avvertito la sensazione di spostarsi verso un comprendere più reale e di una graduale trasformazione degli oggetti pensabili. Un senso di ciò che accadeva, talora quasi impercettibile, comunque non a fuoco, si coglieva a volte nelle lunghe pause, nelle interruzioni brusche, nella puntualità di Elena agli incontri o attraverso distinte scene inaspettatamente affiorate da un groviglio di emozioni. Il tutto mi sembra riferibile come in una esperienza di movimento attraverso soste e silenzi. Durante uno degli ultimi colloqui Elena mi ha riferito:

«Dottoressa ho fatto tardi perchè mio fratello non ha potuto accompagnarmi, mi dispiace se stava aspettando, le chiedo scusa. Facciamo comunque il colloquio, pure solo per pochi minuti... Erano due anni che non prendevo i mezzi pubblici da sola, fuori c'è il diluvio, mamma mia! Sarà uno dei soliti temporali di marzo, speriamo smetta, non ho portato neanche l'ombrello. Lunedì ho comprato un libro di Kundera, ho cominciato a leggerlo, devo tenerlo nascosto a mia madre, lo manderebbe al rogo. La settimana è trascorsa meglio. Sono anche andata a Caserta per visitare la Comunità terapeutica», mi mostra il *dépliant* e aggiunge: «Dottoressa quest'inverno è passato anche grazie a lei»; la volta precedente, ancor prima di sedersi, mi aveva detto incalzando inarrestabile ed inquietante:

«Dottoressa non ce la faccio più, non so perché devo campare, mi dia lei un motivo; è inutile, basta, solo sofferenza, mia madre, mio fratello, la casa, i parenti, i vicini, Marco, Enzo, Cinzia, il prete. Non riesco a dormire. Penso che dovrei uccidermi di nuovo. Dopo lo schianto mi sentivo tranquilla...come vorrei ritrovare quella pace!... Mi sento immobilizzata, solo noia; fumo sempre, non riesco a suonare il piano, non rispondo al telefono, non mangio, non mi lavo, sto diventando incontinente, non esco se non per venire qui e, ovviamente, solo se c'è mio fratello, ... poverino, mi deve stare sempre dietro. Ripenso sempre a quando sono stata scoperta dai carabinieri in macchina con Marco mentre facevamo l'amore, mi sento sempre osservata, io adoravo viaggiare e non lo faccio perché tutti mi guardano... ho paura, mi sento nuda... qui a volte mi sento al riparo e fuori spesso mi capita di ripensarci. Non si finisce mai, mai; sempre questa tosse, l'insonnia, i litigi con mia madre, le ho dato anche uno schiaffo, vorrei che morisse. Sono una donna inutile, basta, basta e che cazzo!»

Per la prima volta nel riferire di sé aveva utilizzato il termine donna invece di individuo, soggetto, essere e così via. Dell'incontro ricordo queste poche frasi, le molte espressioni volgari, la mia immobilità, un senso di frustrazione, un inavvertito senso di *umanità* ed il sorriso al momento del saluto per la scossa scaturita dalla stretta delle mani.

I colloqui, solitamente, si svolgevano nella stanza dello specchio; a volte non potendo tollerare lo sguardo di Elena, gelido e prepotente di fronte al mio, distoglievo gli occhi e provavo ad osservarla attraverso lo specchio; l'immagine riflessa del profilo era angosciante: mi sembrava di guardare una di quelle strane fotografie di defunti, che in alcuni paesi è usanza donare ai parenti in occasioni di anniversari dalla morte. Rispetto allo svolgersi della storia di Elena, spesso mi scoprivo a registrare il tempo che trascorrevà: pareva che esso servisse, e inevitabilmente non bastasse, soltanto per fare domande, per conoscere puntualmente gli accadimenti precedenti al gesto e immediatamente successivi, per tentare di rintracciare in quella storia elementi riconducibili a modi nevrotici o manifestazioni psicotiche. La sensazione di un tempo cronologico che scade e spinge a fare prendeva il posto alla riflessione. Magari avessi potuto fare come scrive Calvino: «... a volte è necessario che la mente resti sgombra, ammobbiliata solo...di frammenti d'esperienza e di principi non dimostrabili, per mantenere le convinzioni allo stato fluido,

regola implicita nel fare e nel non fare, nello scegliere o escludere, nel parlare o nel tacere».

La sua situazione interna talvolta mi sembrava organizzata secondo quei modi persecutori, che reggono relazioni distorcenti con il mondo più spesso distruttive. Altre volte si proponeva un altro modo di partecipazione: riuscivo ad avvertire una presenza sommersa di Elena, quasi per un esserci discreto; in quello spazio la sua distruttività sembrava trasformarsi in ricerca di quiete e di accoglienza. Ad esempio, dopo sedute integralmente occupate dal reportage insistito ed aggressivo di rapporti impropri con uno psichiatra (sesso orale, etc.), l'effetto scandaloso si esauriva e diventava possibile un'attenzione più libera per prendersi cura della sua pulsione verso l'annichilimento. L'incontro di Elena con il mondo si storicizzava intorno ad una soggettività fragile, conflittuale e confusa. La storia di Elena sembra potersi svolgere tra un polo in cui si affermano, *le sue relazioni annientatrici tra oggetti interni ed esterni, con il suo vivere la morte precipitosamente, come in corto circuito*; ed un altro polo, individuato attraverso la relazione effettiva con un Altro da sé, che corrisponda accoglienza. In tal modo possono vivere e modificarsi alcune forme di esistenza: muovendo da una distruttività assoluta verso una quiete realmente possibile. L'allestimento di uno spazio di condivisione, pertanto, favoriva un'alleanza ed uno scambio in luogo dell'attacco al Sé ed all'Altro; la mia attenzione poteva sottrarsi alla profusione aggressivo-esauritiva e disporsi per accoglierla. Questo contatto iniziale ma effettivo, permetteva di intravedere la rivelazione di una richiesta di comprensione, di contenimento, di narrazione e di comunicazione. Ed io, nel tempo, cominciavo a sentirmi stranamente tranquillo, un senso di serenità, mai sperimentato in precedenza durante nostri incontri, si prendeva cura dei miei fantasmi rendendoli a volte meno opprimenti e incalzanti. La solitudine esperita inizialmente diventava nel tempo sempre più consolabile e, talvolta, riuscivo anche a non avvertire l'assenza di un supervisore. Elena nel tempo pareva riuscire a concepire una soggettività nell'essere sofferente, senza sentirsi esclusivamente passivizzata, così evitando la mobilitazione di grosse quote aggressive. Anche per ciò Elena ha scelto di tentare un'esperienza comunitaria per: «Riabituarci agli altri e tentare il distacco dalla famiglia».

b. *La storia di G.*

G. è una studentessa di medicina fuori corso da molti anni, già varie volte ricoverata presso questa clinica per tentativi di suicidio (l'ultimo nel luglio appena trascorso), dimessa ogni volta con una diagnosi diversa. È da settembre dell'anno scorso che ci incontriamo settimanalmente. È una persona minuta e semplice nel modo di vestire. Gli occhi di tanto in tanto accennano a intonazioni affettive, ma di deludente risultato, mostrandosi, al fine, inevitabilmente spenti. Il rosso dei suoi capelli tenta di illuminare una presenza, che talvolta, durante la trascrizione, mi è difficile finanche ricordare; sembra tutto molto amorfo, il corpo è sommariamente femminile, la voce poco chiara e, spesso, alta e impostata. G. mentre parla guarda alternativamente verso l'alto e il basso alla ricerca di un punto da fissare diverso dal mio sguardo. Le sue parole che scorrono veloci, nonché mal pronunciate, difficilmente comprensibili, mi fanno pensare alle acque di un fiume in piena che travolgono tutto quanto incontrano. I suoi discorsi così inverosimili sono dei resoconti estenuanti e dettagliati delle vicende familiari. La superficie sintomatica sembra null'altro che mimesi del sadomasochismo presente nella coppia genitoriale. L'impressione iniziale è che G. giochi i due ruoli a volte separandoli, più spesso fondendoli, ma in ogni caso drammatizza, nelle sue turbolente trasformazioni esistenziali, la ripetizione non tanto delle scenate e delle vicende della coppia genitoriale, quanto delle sue fantasie infantili su quelle scenate e vicende. Spesso agli incontri accenna al suo desiderio di morire e al dispiacere per i tentativi falliti. Sembra che G. consideri il suicidio come l'unico onorevole esito di una situazione disperata. Durante i colloqui, talora pare non esserci scambio, da parte di G. solo accuse, indecisione, intolleranza, autosvalutazione e distanza. Talvolta le due figure si muovono in senso opposto, eclissandosi alternativamente dietro asserzioni complicate e inconsistenti, sicché qualsiasi tentativo di partecipazione viene a disgregarsi dinanzi ad una evanescenza che si estende gravosa e densa per tutta la stanza, rendendo scomoda qualsiasi postura e faticosa qualunque affermazione. Riporto alcuni frammenti tratti dai colloqui avvenuti prima del penultimo ricovero per trattamento sanitario obbligatorio:

«Dottoressa non trovo ragione per continuare a vivere, ma non riesco neanche ad avere il coraggio di fare un gesto definitivo... Sono una vigliacca, ha ragione mio padre quando dice che gli schiaffi risolvono tutto...In questo periodo non sto neanche studiando, dovrei fare l'esame di anatomia patologica... Non riesco a concentrarmi, forse è colpa del Serenase oppure dell'En... Quando sono tesa vomito, così riesco a non prendere il Serenase... sto litigando spesso con mia madre; con mio padre non parlo, lui dice che non riesce a tollerare la mia voce, gli dà fastidio... A volte mi chiedo come ho fatto i primi anni a prendere tutti quei voti alti... Forse i miei zii mi avevano raccomandato... In quel periodo stavo troppo male per pensare allo studio. Ero convinta che i professori a lezione parlassero di me, che in televisione si diffondessero i miei dati... Sono andata anche in convento per farmi suora. È stato peggio: delirio mistico alla grande, voci da tutte le parti! A casa una volta ho provato a buttarmi giù dal terrazzo, non riuscivo ad ascoltarli... mia madre controlla che io assuma i farmaci... di notte mi alzo per mangiare e mio padre si incazza... forse dovrei riprendere il Prozac? Mi faceva stare più tranquilla... non credo di essere normale, sono una pazza, a volte penso che sono diventata talmente brava a recitare questo ruolo che non ne uscirò mai. La settimana è stata un vero disastro... ho ripensato a quando ero piccola e ai miei genitori che litigavano sempre, anche allora di certo per colpa mia... mio padre è un violento, mia madre è troppo più vecchia per tenergli il passo... meglio la morte che questa farsa!.. Tutto bene... sto prendendo i farmaci, magari a settembre potremmo cominciare a ridurre... mio padre ha deciso di organizzarmi il matrimonio con il figlio di una parente, abbiamo discusso molto... lui racconta a tutto il paese che sono schizofrenica, per giustificare il fatto che ancora non mi sia laureata, sa in una famiglia di medici e professionisti io sono la pecora nera, l'egoista che non fa nulla per due poveri vecchi che hanno speso la loro vita per una incapace come me... Il mio mondo cade a pezzi, si frantuma... sono presa solo dall'odio verso me stessa e dal dubbio... non c'è nulla che mi può aiutare... devo continuare a portare la maschera...sono spaventata e non so da cosa... dottoressa lei è il mio ideale, vorrei un giorno essere come lei... è brillante, ha tanti amici, si prende cura di sé... secondo me è brava perché è un pò cattiva, non volevo dire nel senso della cattiveria...ma della fermezza... ma non si annoia ad ascoltarmi? Io parlo veloce perché sentire la mia voce mi stanca... beh adesso sto approfittando della sua pazienza... tra poco mi cacerà a calci e io andrò a casa e prenderò tutte le compresse... dottoressa vede che rido...sto scherzando... con lei sento che posso anche essere ironica...nessuno mi vuole bene, sono inutile, spreco solo ossigeno...forse la felicità non fa proprio per me!... Sto sempre in casa, non sto uscendo neanche per portare fuori il cane...a volte mi parlo...a casa le solite discussioni, tutto normale e uguale... mi sento tranquilla...

continuo sempre la stessa terapia del Dr. M. (Olanzapina cpr 10mg 1cpr /die, Lamotrigina cpr 50mg 3 cpr/die, clordesmetildiazepam cpr 2mg 1 cpr /die, Aloperidolo 1 mg al bisogno)»?

Dopo tre giorni G. è stata accompagnata dal padre in Pronto Soccorso per trattamento sanitario obbligatorio (ingestione a dosi non terapeutiche di farmaci), quindi trasferita presso il nostro reparto. Al momento del colloquio, mentre mi riporta, spontaneamente, di questo suo ennesimo tentativo, la noto esausta, il suo racconto si fa sempre più scarno e meno elaborato; dopo circa dieci minuti le parole sono quasi totalmente sostituite dal silenzio. Il gesto compiuto, motivato inizialmente come un atto di aggressività nei confronti degli altri che non le donano abbastanza amore ed attenzione, durante il colloquio assume di volta in volta significati diversi e inattesi; l'ultimo è la richiesta di una felicità così incondizionata da sembrare impossibile. L'esperienza mentale di G. sembra preclusa dalla possibilità di essere raccontata ed esplorata. Una sorta di galassia di vissuti che tendono ad allontanarsi l'uno dall'altro per produrre una desiderata anestesia emozionale. La condizione psicologica di G. fa corrispondere nell'ascoltatore il bisogno di una soluzione per una situazione insostenibile e drammaticamente angosciata; *il suo gesto pare essersi imposto ad arrestare il flusso della coscienza a fronte di una sofferenza vissuta come «senza fine» e pertanto intollerabile.* Mi riferisce che il suo bisogno di essere ascoltata le fa esperire una grande frustrazione sia per la mancanza di aspettative positive per il futuro, sia per la certezza di non poter ricevere un aiuto adeguato. Prima che io l'accompagni in reparto G. mi riferisce:

«Dottoressa mi dispiace, l'ho delusa... sono una debole non posso farci nulla... non ho rispettato il nostro lavoro... ma io non so cosa sia il rispetto e l'amore... ai miei interessa solo che io diventi un medico... ma se non so neanche io cosa cavolo sono... ho pensato che l'unica soluzione era questa... dormire, anche se poi al pronto soccorso con tutti quei tubi me l'hanno fatta pagare, altro che dormire!»

Nel momento in cui il suicidio scompare come azione diviene persona. Riesco a percepire che ero coinvolta nella mente e nel cuore dell'altra persona e che in quegli interminabili istanti duran-

te i colloqui si consumava comunque un modo di esserci anche se vertiginoso. Il fallimento della paziente mi corrisponde, è proprio attraverso la sua disperazione che la sento in relazione; i dettagli motivazionali, che fino ad allora avevano rotto i silenzi, hanno trovato la loro collocazione nella compilazione della cartella clinica.

G. è stata dimessa dopo circa un mese. Durante l'incontro conclusivo di questa psicoterapia (ero ormai giunta alla fine della scuola di specializzazione) G. mi ha riferito:

«Dottorressa lei mi ha conquistato, adesso che faccio?... con lei mi sono sentita ascoltata e mi sono ascoltata, mi sono affezionata a lei perché mi ha trattato come un essere umano, mi ha fatto capire che posso volere e scegliere, che esistono gli altri, lei mi ha rianimato come si fa con un morante, il suo massaggio cardiaco mi fa stare bene... io sento che con lei ci sono». Piange e inutilmente cerca di allontanare dal viso le lacrime con un gesto impalpabile, poi aggiunge, ma sorridendo: «Però abito sempre al quinto piano!»

Questa volta è stata la paura del ripetersi del gesto corrisposta nell'ascoltatore a consigliare un ennesimo ricovero presso la nostra clinica ove G. è tuttora ricoverata.

Talvolta reagivo con dolore o sollecitudine di fronte a G., altre cercavo di negare la mia controaggressività come se non fossi stata in grado di provare empatia per le tentazioni distruttive di G. Non riuscivo a considerare il problema dall'interno, a procedere come specchio dialettico, a restituire a certi comportamenti aggressivi e aspecifici un'«interiorità» *significativa, enigmatica, indicibile ma comprensibile*. Riconoscevo che i tentativi di suicidio rappresentavano un ostacolo straordinario ed era difficile rimanere in un terreno di neutralità. Scomodi e inaccettabili sentimenti di malanimo si alternavano ad altri di avversione e allontanamento potenzialmente più letali. Il mio modo di sentire l'Altro si modificava senza che io stessa sulle prime me ne rendessi conto: venivo contagiata. Da questa contaminazione inconsapevole, forse, nascevano le difficoltà a gestire le mie reazioni, soprattutto quando erano in ballo sentimenti forti, ostili e distruttivi, tuttavia un ostacolo può essere trasformato in risorsa evolutiva... ma... non ero capace. Talvolta, in incidentali momenti critici, restavo intrappolata in dinamiche indefinibili accompagnate da emozioni molto intense, che, al fine,

non potendo condividere con nessuno, lasciavo zittire bruscamen-  
te. La trasformazione reciproca nel corso del rapporto e l'incontro  
creativo dovrebbero favorire lo sviluppo delle potenzialità di en-  
trambi; nella coppia intesa come unitaria, trasformativa, capace di  
oscillare creativamente tra un livello diacronico, evolutivo, asimme-  
trico, attento all'analisi dei fatti nel loro succedere temporale e un  
livello simmetrico, sincronico si può «vedere» (rendere oggetto di  
riflessione) l'esperienza interna, verificando se si sta fornendo o no  
l'opportunità di un'ulteriore sperimentazione, di ritrovarsi in quel-  
lo spazio sulla cui base si determina il senso di sé. Come si può, pri-  
ma ancora che verbalizzare, «sentire» dentro di sé quanto in prima  
istanza non è chiaramente riconoscibile, creare nuove forme sim-  
boliche, idonee a significare ciò che altrimenti rimarrebbe confina-  
to nell'ineffabile e scaricato nell'*acting* e nel soma?

Ad un certo momento ho riconosciuto che, forse, sia io, sia G.  
in quella fase delle nostre conoscenze, delle nostre risorse e della  
nostra vita non eravamo in grado di continuare ad «incontrar-  
ci»... non si trattava di un momento di blocco, come in passato  
tra l'altro era successo, ma entrambe avvertivamo un senso di fi-  
nitezza, una stancante ripetitività, una sorta di esaurimento di  
quelle variabili scambiabili, incognite e non, che modulano e tra-  
sformano l'equazione dell'incontro: curante e curato oramai tran-  
sitavano alternativamente da una persona all'altra, rendendo giu-  
sta la necessità di prendersi una pausa. Ma, dal momento che  
molto spesso mi veniva ricordato dagli altri psichiatri la gravità  
della malattia di G., non riuscivo a trovare accordo tra oggettivi-  
tà e soggettività, tra quanto avrei dovuto osservare e quanto inve-  
ce provavo; ne ho parlato a colleghi ed altre persone (supervisore  
compreso) ma è parso solo una mia esagerazione, mi veniva con-  
tinuamente ripetuto che... «con una paziente schizofrenica è nor-  
male il fallimento, il vuoto, la delusione e non la si deve mollare,  
ma con pazienza bisogna continuare a vedersi, soprattutto per  
prevenire un altro suicidio»; ma noi non ci stavamo «mollando».  
Mi è stato chiesto di non preoccuparmi e di continuare, pertanto  
io e G. abbiamo tentato altri incontri fino al momento della mia  
specializzazione, allorquando al medico psichiatra di reparto ad-  
detto alla terapia farmacologica di G. è sembrato inevitabile non  
coinvolgere nel percorso di cura di G. altri specializzandi.

*Allo stato attuale G. ogni due anni, per il meccanismo di avvicinandamendo degli specializzandi, conosce un nuovo terapeuta.*

## 5. SCINTILLII E «RASSICURAZIONI», di Claudio Ardia

Non avendo più da tempo un amico immaginario, un doppio, con cui dividere le colpe e le passioni, sento il bisogno di *di-segnare* un PUNTO.

«Il punto geometrico è un'entità invisibile quindi immateriale, essendo uomini e avendo limiti nel concepire l'invisibile e l'infinito, lo identificheremo con lo zero; uno zero in cui tuttavia si nascondono proprietà umane... in questo modo nella nostra rappresentazione il punto geometrico è il più alto legame fra silenzio e parola».

W. Kandinsky

### IL LETTORE

Chi lo conosce, questo che i suoi occhi dall'Essere  
distolse e chinò su un secondo Essere  
che solo un rapido voltar di pagine  
violentemente talora interrompe?  
Neanche sua madre sarebbe sicura  
se è lui quello che legge le pagine che abbevera  
con la sua ombra. E noi che avemmo le ore  
non sappiamo quante ore per lui sparvero  
finché lo sguardo alzò a fatica: ed a sé tutto  
sollevò ciò che in basso era nel libro  
negli occhi che donando, non prendendo, si scontravano  
con la compiutezza piena del mondo:  
come bimbi tranquilli che hanno giocato soli  
e all'improvviso scoprono la realtà di fuori;  
ma i suoi tratti dove regnava l'ordine  
per sempre ne rimasero stravolti.

Rainer Maria Rilke

La storia che sto per raccontare... fa fatica a delinearci per gli insiti elementi di dolore lacerante, di logorio, di dissolvenza e cristallizzazione.

Più che di una storia, proverò a parlare di uno “spaccato” della vita di Antonio, trascorso nel s.p.d.c. di Nocera Inferiore, dal quale si prova a rileggere e ridefinire la sua forma di esistenza e le variazioni del suo modo di vivere nel tempo.

Antonio ha 17 anni e, nonostante esistano altre persone della sua famiglia potenzialmente in grado di raccontare gli accadimenti della sua vita e delle relazioni interpersonali, nonostante lunghi colloqui con sua madre, ci sembra (soltanto) di sapere che da un mese la sua esistenza ha iniziato a vacillare.

Da circa venticinque giorni è ricoverato in “Psichiatria” (con il consenso dei suoi familiari), giunto in uno stato di confusione, umore disforico, con turbe ideative ed in agitazione psicomotoria, trattato con neurolettici tipici ed atipici (aloperidolo 6mg/die, successivamente risperidone 6mg/die), in attesa della dimissione sulla sua “testa” pendono diverse eventualità diagnostiche: psicosi bipolare, psicosi schizoaffettiva (sua nonna, suo zio e forse anche suo padre hanno più volte presentato la sintomatologia clinica della depressione alternata alla mania delirante), psicosi d’innesto ed esordio schizofrenico.

Antonio è il secondogenito di tre germani, i suoi genitori sono viventi e, prima di conoscere lui, conosco suo padre, che giunge per la seconda volta in reparto (a distanza di un giorno) per richiedere nuovamente soltanto un certificato di ricovero; provo ad informarmi sulla storia del ragazzo, visto che le uniche notizie anamnestiche erano quelle della cartella clinica, ma questi preferisce eludere le domande dicendo che tanto non c’è niente da fare, poi aggiunge “che una volta esisteva l’elettroshock e adesso esistono solo medicinali”; ottenuto il certificato, si congeda e velocemente si allontana dal reparto; non l’ho più rivisto.

Qualche minuto più tardi una figura esile, diafana e senza peso si delineava a malapena sull’uscio della stanza del medico di guardia. Di prima immobile, senza impazienza, come una statua, rinchiuso nell’apparente silenzio del corpo; poi, senza preavviso, al contatto visivo, rompendo “l’antico” schema della lontananza dal mondo, si fa avanti ed inizia ad emettere suoni poco chiari, lamenti indistinti ed arcaici che dal profondo del corpo si levano come gorgoglii e bolle d’aria sulla superficie del mare.

I suoi movimenti sono lenti, vacillanti, afinalistici, sembra confuso, la sua presenza rimanda ad equilibri estremi dell’esistenza.

Quello che colpisce di Antonio è la postura che tende a curvarsi rispetto agli assi dell’equilibrio, l’espressione stravolta del volto sembra divisa in due: la bocca è aperta, a tratti lascia trasalire il barlume del sorriso, non rie-

sce ad articolare frasi e parole di senso compiuto, gli occhi, invece, sono spalancati ed enormi, imprigionati nel terrore, il suo sguardo non ha colore e per brevi istanti pare da lontano specchiare, per poi subito riperdere, lampi d'azzurro e di verde. Sembra strano, eppure da questa fragile figura non traspare affatto la (pregressa) rabbia e l'agitazione psicomotoria descritta il primo giorno di ricovero.

Nei giorni successivi Antonio non riesce ancora a parlare, non riesce ad alimentarsi, la bocca è sempre aperta e non deglutisce persino la saliva, spesso si avvicina e con movimenti timidi e lenti, cerca un contatto fisico (familiare); con le dita mi tocca le labbra ed il volto, poi, atterrito, perturbato, fugge via. Prima di iniziare la farmacoterapia, la sua sagoma sembra accartocciarsi, ripiegarsi, ancora non riesce ad alimentarsi: il cibo, "quando imboccato", gli scivola via dalla bocca e con esso tutta la sua esistenza sembra spargersi all'esterno, senza alcun margine che possa preservare il suo interno; Antonio pare consumarsi e lasciare una flebile scia di sé sul pavimento.

### NARCISO

Svanì Narciso. Dalla sua bellezza  
senza tregua esalava la sostanza,  
densa come profumo d'eliotropio.  
Ma suo destino era che si vedesse.  
Ciò che emanava riassorbiva in sé il suo amore  
e più nulla di lui era nel vento aperto  
e chiuse il cerchio delle forme estatico  
e si abolì e non poté più essere.

Rainer Maria Rilke

Antonio ha conseguito con profitto la licenza media inferiore, poi, ricalcando le orme di suo padre e suo nonno, come accade spesso nei piccoli centri abbarbicati sulla roccia della Costa d'Amalfi, ha iniziato subito a lavorare. Da circa un anno ha un lavoro stabile come panettiere; a detta dei familiari, il ragazzo, descritto come tendenzialmente introverso e silenzioso, non ha mai presentato malattie d'organo o psicopatologie; il lavoro di panettiere, secondo la madre, "gli si addice"; si dedica con impegno alle proprie mansioni, pare sia molto legato affettivamente a suo nonno ottantenne, al quale, dicono i familiari, nonostante il notevole scarto di età, sembra somigliare molto.

La madre di Antonio riferisce, durante gli incontri con il medico di guardia, che i rapporti di Antonio con la famiglia sono

“minimi”, poiché il ragazzo spesso lavora; quando non lavora, è in giro con il motorino, quando è a casa, non le capita di soffermarsi a parlare con lui, perché spesso deve badare alla tristezza alternata all’esaltazione di suo marito, alla celiachia di suo figlio minore, e poi, da quando, due anni fa, il fratello maggiore di Antonio ha avuto “l’incidente con la macchina”, in casa tutto è diverso (la signora non fa ulteriori chiarimenti sulla vicenda e si limita a specificare che il ragazzo “sta bene adesso”).

Riferendosi agli accadimenti anteriori al ricovero, la madre racconta che in serata il ragazzo aveva litigato con coetanei; aggiunge, che forse “volevano rubargli il motorino”.

Intorno al quarto/quinto giorno di ricovero, verso la fine del pomeriggio, Antonio entra spontaneamente nella stanza del m.d.g. : la sua postura è sempre ricurva, tuttavia appare un pò più composto nei movimenti, con lo sguardo distante ed imprigionato nel terrore; assume la postura di chi sta pregando, poi, scruta gli angoli della stanza e la mia figura; articola qualche parola e con i gesti mi fa capire che non può parlare. Come si può non ricordare il suo sguardo in quell’istante! I suoi occhi, come immensi laghi ghiacciati, sospesi e sbarrati sull’anima, sfigurati dalla stretta della solitudine e dal tormento, nel loro essere distanti ed inaccessibili, si lamentavano con voce inudibile, gridavano al silenzio di ogni Altro, quasi soffocando la possibilità, tuttavia, espressa, di chiedere aiuto.

Dal magma caotico di gesti e frasi sospese, alla deriva, Antonio prova a sporgersi per raccontare del mondo che si sta trasformando. Dalla scrivania, ricercando la mia attenzione, prende un foglio di carta ed una penna: inizia a disegnare il campanile di una chiesa, da cui partono raggi volti al sole, e la luna (ove poi scrive: DIO) ed altri raggi indirizzati al centro del petto (un trasmettitore) di una figura umana esile e piegata nel dolore. Il denso colloquio senza parole si sospende bruscamente quando gli infermieri mi informano che sua madre “è a telefono”, vorrebbe parlare con lui, Antonio alza la cornetta del telefono ed alla voce di sua madre la bocca si spalanca, lo sguardo si perde in lontananze irraggiungibili, dal volto poi si spiega un sorriso ebbro di vuoto, non profferisce una parola, ed anche quando si percepisce che sua madre ha interrotto la telefonata, Antonio è ancora “lì” sospeso ed impigliato con la mano che regge il telefono all’orecchio. Gli infermieri poi lo accompagnano al letto, suo rifugio quotidiano, poiché sembra stremato dalla fatica.

Due giorni dopo, al mio rientro in reparto, Antonio riesce a parlare fluentemente, si sta alimentando autonomamente, la terapia farmacologia nel tempo è rimasta grossolanamente invariata, accede a colloquio quando mi distingue nella stanza, il comportamento sembra composto, riferi-

scie che l'altro giorno non poteva parlare, perché temeva che Dio avrebbe potuto ascoltarlo, fa riferimento ad un trasmettitore nel suo cuore collegato via etere con la croce del campanile del suo paese, ove è sito un ripetitore che invia segnali a Dio.

In particolare non voleva che arrivasse un contenuto specifico a Dio: fa riferimento a "due ragazzi della sua età sul motorino che hanno..." ma nel suo volto trasale di nuovo spavento, si ferma specificando che non può continuare a parlare di ciò (non ne parlerà mai più nei termini di "vergogna" e terrore come stava accadendo).

Nello stesso colloquio chiedo ad Antonio di parlarmi della sua famiglia, ma il ragazzo preferisce disegnarla: delinea sei figure (anche il nonno) quasi diafane, con occhi vuoti e senza bocca e senza naso; si raffigura a distanza dal nucleo degli altri familiari, il suo volto ha occhi delineati e la bocca chiusa, la figura è ricurva, alcune sue dita appaiono troncate. Il suo disegno rimanda immediatamente alla solitudine nella sua famiglia, alla distanza dai suoi genitori, alla scarsa "sensorialità" investita nei suoi confronti; quelle dita "tagliate" fanno pensare a chissà quali colpe inespugnabili.

Antonio racconta anche del suo lavoro, dell'interesse nelle nuove procedure con cui si fa il pane; trascorre molto tempo in panificio; quando è libero dagli obblighi di lavoro, gli piace andare sul motorino (che utilizza anche per le "consegne" del pane a domicilio), quando nel crepuscolo il vento gli lambisce il viso e il riflesso della luna sulle infinite bluescenze del mare forma una scia dai bagliori d'avorio.

Riferisce di avere una propensione naturale per il "mondo della scienza": il suo interesse è quello di rispettare l' "ecosistema", inoltre il suo lavoro lo "nobilita" e lo rende "uomo".

Nei giorni a seguire non ci sono stati più riferimenti al delirio, ma la sua presenza ci è sembrata disseccarsi, colmarsi di vuoto e siderarsi in non-esistenza; riporto un suo discorso: "Mi hanno portato qui con lo scopo di aiutarmi, perché qui vengono le persone che come me sono chiuse e timide; io facilmente mi emoziono e vado in angoscia... oltre questo *NIEN-TE*, non c'è più niente, perché sto male anche se non voglio sentire l'angoscia; purtroppo non si può capire: lavoro e vado avanti."

Ed eccolo lì, nel corridoio silenzioso, a vagare in disparte dagli altri degenti, mentre cerca di ritrovare qualcosa che forse ha perduto, con il sorriso fatuo, oppure sul letto, mentre perimetra il soffitto, tuttavia disponibile a "fermarsi" a dialogare con chi gli si avvicina, pronto a condividere il vuoto e la rassegnazione.

Dove saranno finite le sue emozioni, l'aroma e la fragranza del pane appena sfornato, le corse in motorino? Dove è finito Antonio?

Quali tecniche e quali strategie si possono agire nei confronti di un'esistenza di tenerezza fragile che si interrompe, si isola e si raggela a tal punto nell'esperienza psicotica?

Di recente ho riunito alcuni infermieri ed assieme abbiamo provato a confrontarci sulla storia di Antonio, per tentare di ricucire in gruppo conoscenze e saperi spesso sigillati, vicini e lontani, vagliare gli sfondi e percorsi di vita tesi su quel difficile crinale che unisce e separa la cosiddetta norma dalla follia; volevo registrare le loro emozioni, le eventuali risonanze alla sua presenza tremolante.

Abbiamo parlato soprattutto del “corpo”, il suo corpo (concreto e materiale) che adesso si fa curare e del “corpo vissuto”, straziato e lacerato dal dolore e dalla solitudine; alla fine abbiamo concluso che, in questa situazione, l’unico modo, aldilà della farmacoterapia, per essere d’aiuto è quello di *esserci*, essere assieme e *sentirlo*, *comprenderlo*, di *proteggerlo*, per non farlo incenerire all’impatto deflagrante e destrutturate delle emozioni, nella speranza che tra le paludi e gli stagni di sofferenza, come barlumi rilucenti dalle scie luminose, si disegnino ed accalchino stormi di parole ardenti, si levino dagli abissi modi altri di essere dolore e vertigine, e che effimere, mutevoli e balenanti come drappaggi d’aurora boreale nella concavità della solitudine, oppure incessanti e fisse come astri stravolti, brillanti, le esperienze vissute si incendino di senso condivisibile.

## 6. ENTRARE NELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE..., di Filomena Maffullo

Entrare nella scuola di specializzazione di psichiatria della Facoltà Federico II di Napoli è stata una scelta maturata negli ultimi anni del corso di laurea in medicina. Ho iniziato con entusiasmo questa avventura e con la curiosità di verificare se la mia idea della psichiatria trovava spazio nella pratica clinica.

Attualmente sono iscritta al III anno di corso e sicuramente ho imparato molto rispetto a quando sono entrata, non fosse altro che per il confronto quotidiano con colleghi dall’orientamento più svariato. Ho capito quanto siano importanti la personalità del singolo, gli interessi, l’orientamento, la cultura e l’apertura mentale nel contatto con l’altro.

Buona parte del funzionamento cerebrale fisiologico è sconosciuta e per quanto si siano sviluppate nuove metodiche di studio

e di indagine, è frustrante per l'intelligenza e la sensibilità di un essere umano, nello specifico un professionista psichiatra, affidarsi quasi esclusivamente alla probabile efficacia di uno psicofarmaco.

Ho capito che affrontare la malattia mentale con il solo farmaco senza dare dignità alle sue manifestazioni (delirio, aggressività, comportamenti fuori dall'attuale considerazione di normalità) significa negare l'espressione individuale di un disagio.

Nonostante l'orientamento della scuola che frequento sia prevalentemente biologico e psicofarmacologico, sono riuscita a trovare il mio spazio d'interesse seguendo l'esperienza di psichiatri psicoterapeuti che tendono a limitare l'uso dei farmaci nell'ambito della relazione terapeutica a quando strettamente necessario.

La pratica clinica, non solo psichiatrica, mi ha insegnato quanto provvedimenti terapeutici non auspicabili siano a volte necessari, sebbene abbiano il risultato di uno scarso miglioramento in termini di integrazione, autonomia e qualità di vita del paziente.

Nel corso dei quattro anni di specializzazione veniamo affidati a vari tutori, in modo da sviluppare competenze diverse a seconda dello specifico settore di assegnazione.

Fino al mese scorso mi sono occupata di disturbi del comportamento alimentare, mentre nei due anni precedenti di consultazione interna. Attualmente seguo l'attività di reparto e alcune pazienti con un disturbo del comportamento alimentare affidatemi dal dott. Di Pietro nell'ambito dell'ambulatorio dei DCA.

C'è da dire che il II Policlinico, dal punto di vista psichiatrico, non è confrontabile ai DSM distribuiti sul territorio: è una struttura non territorializzata (non è il centro di riferimento di un'area ben precisa) per cui l'affluenza è limitata a casi particolari.

Disponiamo di due posti per ricoveri d'urgenza e otto posti per ricoveri ordinari, due ambulatori di consultazione esterna generale e due specialistici per i DCA, un servizio di consultazione interna e, infine, il servizio di psicoterapia.

Gli ambulatori appena citati sono funzionali durante la mattinata, fino alle 14:00, dal lunedì al Venerdì. Durante il pomeriggio c'è il medico di guardia, affiancato da uno specializzando fino alle ore 20:00; i turni di notte non prevedono la presenza dello specializzando, ma del solo medico di guardia.

Come specializzandi svolgiamo attività didattiche e assistenziali con la supervisione degli strutturati. È stimolante la partecipazione ad attività di gruppo, il confronto costruttivo tra specializzandi, tra specializzandi e specialisti, lo svolgimento di seminari con la partecipazione di docenti esterni e soprattutto la possibilità di seguire personalmente dei pazienti.

Inizialmente ero desiderosa, quasi «ansiosa», di visitare i pazienti e imparare a gestirli, di sperimentarmi. Con il passare del tempo ho moderato il mio entusiasmo ed imparato ad affrontare con più serenità la relazione con il paziente.

Circa un anno fa sono entrata a far parte di un gruppo di psicoterapia costituito da pazienti, per lo più donne, due specializzande, me compresa, non passivamente spettatrici, ma attivamente partecipanti, e il dott. De Notaris.

L'esperienza sta continuando ed è molto stimolante osservare dall'interno le varie dinamiche: i momenti di stallo, di crescita, di fuga alternata ad attacco, i silenzi, le lacrime e i momenti di gioia.

È altrettanto interessante notare che in un gruppo ci sono tanti sottogruppi e che ogni persona ha un gruppo interno che può oscillare, a seconda dell'argomento affrontato, dall'ambiente familiare a quello lavorativo e sociale in senso lato.

Ad ogni incontro emergono temi e reazioni interessanti, ogni componente del gruppo coglie nell'altro parti di sé ed è stimolato ad interagire con esse secondo modalità che ricordano gli assunti di base bioniani: attacco e fuga, dipendenza e accoppiamento.

Nel contesto del gruppo emergono rigidità caratteriali, difficoltà relazionali, paure e meccanismi di difesa: lo trovo molto utile anche in funzione di una relazione terapeutica di tipo individuale.

Probabilmente gli anni di corso di specializzazione mi serviranno ad avere più consapevolezza di ciò che voglio essere come persona prima ancora che come psichiatra.

Ci sono stati momenti in cui ho pensato di aver fatto una scelta professionale sbagliata, ma credo che ce ne saranno sempre: ho pensato che la psichiatria fosse fallimentare per le limitazioni pratiche relative alla complessità degli interventi necessari.

Preferisco andare avanti pensando di potermi migliorare come persona e strumento di cura, consapevole del bisogno di comprensione, di specchio, di morte e di vita di chi sta dall'altra par-

te. La differenza tra un chirurgo ed uno psichiatra, una delle tante, è che probabilmente il “chirurgo apre”, mentre “lo psichiatra si dovrebbe aprire”, se è vero che lo strumento della sua azione è in buona parte interno, prima che farmacologico.

A mio parere è indispensabile conoscersi, non aver paura di mettersi in discussione ed essere capaci di giocare con l'altro, inteso in senso lato e non solo come paziente.

## 7. DAL DIARIO SEMI-SERIO DI UNA SPECIALIZZANDA, di Maria Augusta Iandolo e Alessandra Mirabella

Oggi mancano cinque giorni all'esame che ci farà diventare *ufficialmente* specializzandi del III° anno.

### PROGRAMMA DI STUDIO:

- GIORNO 1: Biologia del Sistema Nervoso Centrale  
*...devo ricordarmi di imparare a memoria lo schema di pag. 175, escluso l'ultimo rigo che si porta col programma dell'anno prossimo*
- GIORNO 2: Tecniche di psicoterapia di gruppo  
*...come si chiamava quel libro sui «giochi»?...si dice giochi!?!*
- GIORNO 3: Aspetto neuro-anatomo-funzionali ed elettroencefalografici del sonno  
*...quel giorno sono di guardia...speriamo non venga nessuna emergenza così studio fino alle 20:00*
- GIORNO 4: Fondamenti di Psicoanalisi  
*...leggermi TUTTO FREUD in questi 5 giorni mi sembra eccessivo...andrà bene il paragrafo sulla psicoanalisi del libro di testo*
- GIORNO 5: Ripetizione generale  
*...devo farmi mandare via e-mail il power-point dei casi clinici*
- GIORNO FATIDICO  
*Ok. ho ripetuto tutto, so tutto, vado...*

Prof: Ciao

Io: Buongiorno (...ti prego chiedimi i neurotrasmettitori...)

Prof: Allora dimmi, a che punto sei del tuo percorso?

Io: ...ehm (...percorsi? Io faccio cose non percorsi... dovei farne?) ...non ho capito bene la domanda...

Prof: A che punto sei del tuo percorso formativo?

Io: Allora, quest'anno abbiamo svolto il programma di farmacologia del S.N.C., abbiamo trattato gli aspetti anatomo-funzionali ed elettroencefalografici del sonno, l'epidemiologia delle patologie psichiatriche maggiori... quella dei disturbi di personalità la facciamo l'anno prossimo, e tutta la batteria dei *test* per fare una psicodiagnosi, avremmo dovuto fare un'esperienza sul territorio, ma, sa, tra lezioni e seminari... Di cosa vuole che le parli?

Prof: Sono molto contento di ciò che avete fatto quest'anno, ma cosa ti ha emozionato di più, c'è un paziente che ti ha colpito?

Io: (...emozionato?... colpito?... PAZIENTE?!)... ehm... ehm... io veramente... cioè: paziente che mi ha colpito... io... cioè sto in laboratorio, non vedo molti pazienti, poi sa le lezioni, le guardie... ma l'anno prossimo inizieremo un'attività clinica più intensa, per questo ci tengo molto alla farmacologia... sa il reparto...

Prof: ... Ho capito, puoi andare...

Sono appena uscita tutti i miei compagni-colleghi mi stanno chiedendo «*come sei andata?*», «*quanto ti ha messo?*», biascico un «*bene*» interdetta e mi dirigo alle macchinette per un caffè... È FINITA... SONO DEL III ANNO... da ora in poi farò la CLINICA, vedrò i pazienti, ne vedrò centinaia, farò casistiche e statistiche sui pazienti...

...e mentre tento di farmi coraggio, continua a riecheggiare dentro di me una vocina che dice «*Hai fatto una figura di...*». «Ma no, non è vero, io ho risposto, gli ho elencato tutti i programmi, avrei saputo ripeterglieli uno per uno, punto per punto... se solo lui... e poi che voleva, lui e queste emozioni, questi sentimenti... anche se mi pare di aver letto che c'entrano qualcosa con la nostra professione... come si chiamava... ah CONTROTRANSFERT... lo sapevo avrei dovuto leggere qualcosa sul controtransfert... devo vedere su DSM IV... però questa storia delle emozioni... come si provano?... DOVE si provano?... forse nel lobo limbico... devo iscrivermi ad un corso per provare emozioni... magari domani... ah no, sto di guardia... chiederò un cambio!!!

## 8. PERCORSI, di Alessandra Mirabella

Era tempo che pensavo ad un modo per esprimere quello che mi accade, un aspetto che rappresentasse il mio continuo passaggio, mutamento attraverso gli anni, le persone, le stanze che ho percorso. Era tempo che raccoglievo nella mente elementi, fotografie di una realtà esterna che cambia ai miei occhi... fotografie di un sentire intimo che cambia continuamente.

Cosa poteva rappresentare al meglio tutto ciò? Come dare l'idea di un tumulto di stati d'animo?

Questo percorso è cominciato nella mia vita vari anni fa, nella mia testa ancora prima. Percorso attraverso una scelta, percorso attraverso una scuola, attraverso più pensieri che si contendono il titolo di scienze, attraverso persone che sanno tutte insegnarti qualcosa, arrogandosi spesso il diritto di «sapere chi sei», violando così «te» per quello che sei.

Questo percorso è da sempre, poi, stato costellato da altre persone, quelle che in assoluto mi hanno arricchito, spaventato ed emozionato di più. Ogni giorno, da quando questo viaggio è iniziato, queste persone mi turbano, mi toccano nelle parti più intime e mi curano.

Sono quelle che chiamiamo «pazienti», «sofferenti mentali», quelle che, spesso, mi sentono e mi capiscono.

Raccontare ora di uno o di una di loro sarebbe e diventa impossibile, sono dentro di me tante loro parti che animano le mie riflessioni e danno vita a forti emozioni. Incredibilmente mi cambiano, me ne accorgo durante e me ne accorgo di più ancora oggi.

Tutto ciò fa paura, una paura che spesso si manifesta nell'incontro con l'Altro («Sono inadeguata?», «Che gli dirò?») ma che si lega a tutti i pensieri che restano con me quando questo Altro va via.

È la paura del mutamento che in me avviene e sta avvenendo, paura della trasformazione.



## Cap. II: GRUPPO DUE ABITARE

### A. Rapporto di ricerca di

Genoveffa Corvino, Giovanna Corvino (*borsista*),  
Giovanna Del Giudice, Francesco Diana, Giuseppina Diana,  
Maria Letizia, Alessio Maione (*portavoce*),  
Giuseppe Pagano, Filomena Vella

#### 1. INFORMAZIONE PRELIMINARE

- i. Nell'ambito della ricerca «*Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica*» (L.R. n. 5), il Gruppo 2 si è proposto d'indagare sulla condizione di esclusione peculiare delle persone con esperienza nelle cosiddette residenze psichiatriche, sempre a rischio di vedere negati i propri fondamentali diritti legati alla dimensione dell'abitare.
- ii. Il Gruppo è composto da 1 vincitore di borsa di studio per la ricerca della fondazione CeRPS (Giov. Corvino), 1 responsabile di cooperativa sociale (G. Pagano), 1 avvocato (M. Letizia), 4 psicologi (Gen. Corvino, F. Diana, G. Diana, F. Vella), 1 medico psichiatra (G. Del Giudice), 1 sociologo (A. Maione) i cui nomi sono riportati nel titolo.
- iii. Il Gruppo ha operato secondo la *metodologia dell'osservazione partecipata non distanziata*. I ricercatori condividono con i soggetti osservati – le persone che hanno fatto l'esperienza delle residenze psichiatriche – l'esclusione sociale derivante dall'appartenenza al campo psichiatrico: e mai potrebbero, pertanto, considerarli mero «oggetto di ricerca». In particolare, la modalità partecipativa è *composita*: alcuni ricercatori, infatti, sono sottoposti all'esclusione derivante da un'esperienza alienante e segregante come utenti di *strutture residenziali*; altri a un'esclusione peculiare legata al proprio ruolo di operatori precari e/o all'essersi schierati in favore di una salute mentale

- emancipativa in un contesto organizzativo e doxico-ideologico ad essa ostile, laddove il potere della direzione aziendale non può non ostacolare il loro operare.
- iv. Il Gruppo 2 si è assunto l'impegno, a partire dalla programmazione delle attività di salute mentale pubblica nel territorio della Azienda Sanitaria Locale Caserta 2, di realizzare case per persone dimesse dai manicomi o sofferenti del «territorio» con le seguenti caratteristiche: abitazioni per 5/6 persone ubicate in normali contesti urbani (e non più prigioni medicalizzate per 20 o più matti); luoghi che consentano a chi ci vive di essere padrone di spazi, tempi e oggetti della casa (e non più mura opache entro cui si consumino prassi di controllo sociale negative di istanze umane irrinunciabili, con la scusa della cura o dell'inabilità); ambienti aperti che favoriscano l'attitudine alla relazione con il contesto domestico e comunitario (e non il rinchudersi dei soggetti nel proprio isolamento e nel proprio ottundimento psico-farmacologico).
- v. Il gruppo si è costituito con la finalità di dare carattere di accuratezza osservazionale e narrazionale a pratiche di salute mentale già poste in essere. La frequentazione della Scuola diadromico-trasformativa e l'acquisizione della consapevolezza metodologica dell'opportunità di un'*osservazione partecipata non distanziata* hanno consentito di trasformare un'esperienza operativa complessa e innovativa in conoscenza comunicabile e confrontabile nell'ambito di coloro che sono attivamente interessati all'argomento.

## 2. PERCORSI DI RICERCA E RISULTATI RAGGIUNTI

### a. *Prassi*

Presupposto iniziale dell'operatività del gruppo dei ricercatori è stato un cambiamento organizzativo innescato dal nuovo orientamento politico-ideologico dei vertici della Azienda Sanitaria Locale Caserta 2. La direzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), istituito nel febbraio del 2002, mira senza in-

dugi a rafforzare o creare una salute mentale pubblica emancipativa, ossia restitutiva di diritti tradizionalmente negati alle persone psichiatrizzate. Si dà forza a servizi che assicurino libertà dignità potere e cura alle persone che ne hanno bisogno, *in primis* lottando contro ciò che ne impedisce l'attuazione: riducendo il ricorso al privato, potenziando le attività extra-cliniche, dando al personale qualificazione e formazione adeguate, prestando attenzione all'estetica e all'*habitat* dei luoghi.

In particolare, quella che era attenzione meramente burocratica per la residenzialità psichiatrica diventa considerazione per le storie dei soggetti e le problematiche relative all'abitare. Si progettano, sfidando difficoltà tecnico-amministrative e diffusi stigmi sulla malattia mentale, situazioni abitative che diano adeguata soddisfazione alle istanze emancipative degli ex internati; che costituiscano esempio di vera cura per le persone con sofferenza psichica; che trasformino le comunità introducendovi nuove prassi e culture di inclusione sociale. Emblematico è il caso di un signore che dopo un ventennio vissuto presso il servizio ospedaliero psichiatrico (SPDC) di Aversa – spesso legato al letto dello squallido reparto e portato a spasso legato per le vie della città – diventa fruitore di un appartamento per civile abitazione.

Le strutture intermedie residenziali – luoghi dove sono concentrati fino a venti e più di quelli che molti tra gli stessi addetti ai lavori definiscono «cronicità psichiatrica», dando loro per certo un destino di psichiatrizzazione a vita – finalmente chiudono. In tre anni si creano trenta gruppi di convivenza di dimensioni familiari, che interessano più di centoventi persone. Numerosi residenti nel circuito privato semi-illegale vengono anch'essi accolti nei gruppi di convivenza. L'uso sistematico del dispositivo tecnico-amministrativo chiamato *budget di cura*<sup>1</sup> obbliga gli attori coinvolti a una progettualità centrata sulla persona e non sulla struttura, favorendo la stipula e il consolidamento di rapporti fiduciari tra centri di salute mentale e compagini sociali locali – queste ultime sprigionando intelligenze talenti ed energie che sembrano antagonizzare la prevalente logica del monopolio criminale degli appalti pubblici, del mancato rispetto delle regole elementari della società e delle istituzioni, del disprezzo di tutto

<sup>1</sup> Il dispositivo si fonda sulla collaborazione tra comuni, terzo settore, DSM e utenti, dei quali incrementa il potere contrattuale, essendo sempre basato su un progetto di cura *individualizzato*, alla stesura e attuazione del quale essi partecipano insieme alla propria rete di appartenenza primaria; e implica sempre un'attenzione per i tre «assi» dell'*habitat*, della *socialità-affettività* e della *formazione-lavoro*. In teoria e se bene applicato, recide alla radice ogni rischio neo-concentrazionario e neo-segregazionario.

ciò che non è famiglia o clan e tanto più di ciò che è «derivante». Si istituisce la figura del «coordinatore della casa», per assicurare a chi ci vive ciò che fa la differenza tra una casa e una struttura: la possibilità di avere la proprietà di abiti oggetti personali e denaro; di abitare tutti gli spazi della casa; di ricostruire la storia della propria vita, se necessario con adeguata documentazione; di vivere emozioni e sentimenti, anche quelli dolorosi e legati a lutti e perdite, ed esprimerli senza insabbiamenti da psicofarmaci o pseudo-*settings*; di frequentare tutti i luoghi di vita pubblici o privati, a cominciare dal quartiere in cui si trova la casa. Si rileva in molte case l'inutilità della presenza degli infermieri, la riduzione del carico farmacologico, l'azzeramento delle chiamate per emergenze psichiatriche e dei ricoveri.

#### b. *Momenti propri dell'osservazione partecipata non distanziata*

Si persegue nell'impegno e vi si associa l'intenzionalità di un'osservazione non-distanziata. Si ricorda che, in questa ricerca, *l'osservazione partecipata non distanziata* differenzia il ricercare che nasce dalla diretta pratica delle situazioni trasformazionali in atto dalla semplice osservazione a distanza del sociologo o dello psicologo sociale in certe situazioni collettive. Essa deve necessariamente dare attenzione anche alla condizione degli operatori-partecipi, anche essi immersi, in buona parte, in una condizione di esclusione lavorativa e sociale. Ma qui il risultato è atteso eppur sorprendente: il ritorno della gioia del lavoro e del senso di completamente prassico ed esistente sono i risultati più costanti e meglio descrivibili nell'orizzonte proprio di questa ricerca.

In primo luogo si constata in questa ricerca sull'abitare una trasformazione di mentalità degli attori coinvolti con la sofferenza mentale: abitanti delle case e famiglie, operatori dei centri di salute mentale e delle compagini sociali collaboranti, «reti informali» del territorio, Comune e altre istituzioni locali, medici di medicina generale e altri servizi della Asl, Giudice Tutelare. Si favorisce un atteggiamento critico nei confronti di ruoli sociali, gerarchie, competenze professionali tradizionali, promuovendo lo sviluppo di una coscienza realmente rispettosa dei soggetti deboli. Si mette in discussione la nozione di «presa in carico del malato» da parte del servizio, lavorando per il riconoscimento anche non professionale della sofferenza mentale e intaccando *ipso facto* lo stigma ad essa le-

gato. Si conclude che consentire alla persone psichiatrizzate di abitare davvero una casa è un beneficio per l'intera collettività.

In sintesi l'intero progetto si è basato ad Aversa sulla costruzione di un'alternativa istituzionale significativa in uno dei settori più critici del lavoro territoriale di salute mentale. L'inizio della pratica attiva, che ancora non è consapevolmente ricerca, comportò subito:

- a. un mutamento culturale del gruppo nell'interreazione progettuale dei componenti;
- b. un mutamento operativo lento, ma progressivo ed inesorabile.

Il successivo rapporto con il gruppo di studio allargato (*Scuola diadromico-trasformativa*) che precedette l'inizio ufficiale della Ricerca «*Prassi trasformazionali...*» (L.R. n. 5) contribuì ad accelerare il proposito di trasformare la *coscienza della prassi in atto* in una conoscenza comunicabile atta a determinare altre prassi, *cioè in una ricerca*.

Nel caso del Gruppo 2 *Abitare* il progetto di lavoro si muta in ricerca, la ricerca specifica amplia, trasforma e rende comunicazione sociale le prassi successive.

### 3. CONSIDERAZIONI FINALI

Due ordini di considerazioni:

*Primo.* Raccontare *la storia* di una persona non è osservare in modo diligente un fenomeno da parte di un ricercatore. Ciò darebbe luogo a una lettura scotomizzata, dove manca sempre un pezzo. Nel nostro campo, ci si perderebbe ineluttabilmente nella scrittura di storie trasformate in cartelle cliniche o di cartelle cliniche in forma di storie. Chi scrive la storia (il «ricercatore») e la persona di cui si dovrebbe raccontare (il «soggetto sperimentale») sono coinvolti, piuttosto, in una circolarità: il primo è latore di un'istanza di conoscenza meramente iniziale, perché ben presto si verifica una situazione dove le informazioni scientificamente rilevanti scaturiscono da una relazione tra soggetti e non da oggetti di studio isolati. Ciò è vero tanto più per chi si è vista negare la possibilità di *narrarsi ed essere narrato*.

*Secondo.* Il campo dell'*abitare* è quello in cui, come la storia del manicomio insegna, si sono consumate le negazioni più assolute dei diritti delle persone coinvolte con la psichiatria. *Pare perciò di fondamentale importanza poter distinguere una struttura psichiatrica da una casa, per le persone con sofferenza psichica. E l'esperienza dice che la questione non può essere trattata che in termini di diritti.* Ma oggi il tema dei diritti sembra aver perso rilevanza teorica, politica, etica. Si considerino le argomentazioni che il potere politico utilizza, anche in quelli che la scienza politica chiama Stati di Diritto, per legittimare le guerre da esso scatenate. Si pensi ai discorsi dei maggiori Statisti occidentali contemporanei, dove sempre si fa riferimento alla necessità di difendere presunti *valori* fondanti la propria civiltà, invece che diritti! Dal canto suo, l'*azienda* sanitaria italiana sembra interessata a produrre servizi misurabili su indicatori, nel contesto di un acritico ossequio al valore economicistico dell'efficacia/efficienza, più che ad assicurare il diritto alla cura ai suoi assistiti. Dato il contesto descritto e dato l'attuale assetto della sanità pubblica e della nostra regione in particolare, abbiamo ragione di temere che i diritti relativi all'*abitare* delle persone con sofferenza psichica siano trattati alla stregua di prestazioni e diventino qualcosa di reversibile.

## B. DOCUMENTI DELLA RICERCA

### 1. IL PROBLEMA DELLA MIA CASA, di Giovanna Corvino (*borsista*)

22/12/05. *Il problema della mia casa.* Volevo tramite la ricerca farvi capire che certe cose si devono chiarire prima alle persone. Poi lavorarci e poi risolverle. Io non parlo della casa del Centro accoglienza che viene offerta a chiunque, fino a che si ritrova bene.

Ho accennato che non è piaciuto il curatore e altri interessati a me e pure ad altri. Lui era un privato che voleva delegare ammalati tramite l'Asl CE. Io mi sentivo bene per me stessa, potevo procedere, volevo da loro consigli e delle assistenze piccole che mi aspettavano. Fino a che arrivassi al punto della mia casa. Loro dovevano aprirle diverse volte, perché è chiusa e bloccata, dovevano ripulire, imbiancare l'interno. Mettermi degli utensili per dormire e starci, vivere dentro, con porte chiuse da noi. Invece hanno prolungato il problema dal 2003. Poi hanno chiesto il materiale già da tempo, io dovevo solo tramite loro iniziare. Chiedo perché sono rimasta triste, infelice, non ho più 30 anni ma 50. Voglio un aiuto legale. Come promesso e se mi sbaglio, non ho più da vedere. I libretti INPS, il libretto di mamma e altro che stanno in mano loro. Con queste somme avrei dopo di loro compiuto qualcosa di più. E loro sarebbero pure soddisfatti, perché tutti questi anni, l'ho dedicato alla sede dell'Asl S. Cipriano, ho fatto il volontariato, i corsi preparativi, la B. L.<sup>2</sup> Ma adesso che mi ricava a me. Ogni Natale e feste risento triste e infelice. Sono un essere umano e non un malato di cui devono approfittarsi per sempre. Sono curato e faccio ciò dovuto. La loro mensa è quella di tutti non devo perderci niente, come pure l'accoglienza e assistenza. Desidero da ora stessa vivere come Dio mi vuol fare. A loro interessa il lavoro personale e lo stipendio. Della Morale e altro, della dignità se ne passano sopra e poi aiutano. Io non li capisco più. Sono informata del mio problema da chiunque è legale. Non hanno nessuna ragione di procurare a me il tempo perso e

<sup>2</sup> Borsa formazione-lavoro, un incentivo che il DSM ha stanziato per gli utenti che intraprendono un tirocinio formativo-professionale [*n. d. portavoce*].

trattarmi come ammalata fallita. Tutti più gravi quelli che erano carcerati per follia, l'hanno risolto. Io non ho ucciso e credo che promettono niente e mi rovinano. Vorrei sapere come curatore e Avv. e Giudici svolgono il loro dovere? Non sono legale. Ma ora ci vuole per me chi mi apre la via. La casa in affitto per dei mesi e risolvere il lavoro, non è vero. Ciao.

Che esperienza ho avuto precedente ad oggi. L'accoglienza. La situazione come ti fa sentire.

Il primo punto è relativo ad una esperienza modesta. Per cui come altri per cause personali e famigliari, ho avuto un controllo medico. La Sede Asl di S. Cipriano mi ha promesso di aiutarmi per legge. Il punto d'esperienza è stato quello di chiedere dopo stata bene poter vivere a casa io e mio fratello, con la divisione dei beni trasmessi da nostro padre. Per legge n. 4 e altre ci spettava ed erano disposti a farlo. Dopo la loro morte, avevano già iniziato a farlo ma ancora oggi è senza completare. Da oggi in poi desidero che ciò arrivasse al termine per diritto di vivere. Per giunta ho avuto un'esperienza abilitativa preparata dal centro per chi voleva partecipare. Ci sono andata come archivista, cose artistiche, e aiuto volontaria al negozio dei fiori e altro. Quando non ho visto risolto il punto divisione della casa, ho pensato a un abuso del legale per la salute e della nostra vita. Perché non ci hanno reso ancora autonomi e poter vivere a casa, con la nostra modesta esperienza. Per legge la nostra casa è utile per vivere e morire. Invece oggi tramite la precedente accoglienza, potevano risolvere il problema. Ci hanno spinto ad affittare una casa ma non è possibile. La legge ammette di andarcene e vivere autonomi, io sento ancora dentro forza di volontà di farlo. Sono arrivata a dire che nel 2006 devo ringraziare solo per l'accoglienza ricevuta, mentre per esperienza personale devo considerare abusivo il personale legale e interessato a me e ad altri.

Se sono stata contenta per un poco da una parte, da un'altra mi sento fregata, infelice di discuterne. La risposta non dovrebbe essere ancora negativa ma positiva anche per la nostra vita. Devono mettere alla prova qualsiasi soluzione utile. Non solo in prova le mie attitudini e quelle degli altri ma le loro. Dobbiamo stare attenti che il centro non ci rende schiavi del legale dei medicinali e accoglienza continua, allora vorrei ringraziare chi ci aiuta seriamente, in momenti di bisogni. Io e altri malcapitati dobbiamo denunciare i fatti che vanno controllati.

Febbraio 2006. Come risolvere il mio problema *casa* nella Salute Mentale. Credo di poterci aiutare perchè è un problema utile a vivere al quale non si può rinunciare.

Sono una collaboratrice, ai corsi formazione e preparazione varie. Ho lavorato per prima come archivista e poi aiutante a costruire oggetti di svago e di lavoro-vendita. Poi ho fatto la volontaria e una cura per cause familiari presso il Centro Salute Mentale di S. Cipriano di Aversa (CE). All'interno mi trattengo sempre, con tutti i componenti, con le ragazze che parlano sempre e io cerco di rispondere con pazienza alle loro domande. Ho partecipato dall'inizio a parecchi incontri e riunioni tra malati e medici, famiglie e altre componenti con la dirett. G. Del Giudice e altre dottoresse e psichiatri. Ho chiesto per la mia casa che tenevo dai genitori. Si sono rilevati disponibili a un prelievo per rifinire la casa non ancora disponibile. Perché al momento opportuno si chiudono nel lavoro e non danno più informazioni, certo dovremmo cercarle da soli, a secondo la forza che sentiamo (psichicamente e fisicamente). Non c'è che dire.

Tramite il III Forum sulla salute mentale, Milano, ho avuto l'occasione di partecipare con altri colleghi all'ascolto di tante persone provenienti dall'Italia sui problemi Asl dai più grandi ai più piccoli. Mi ha fatto piacere schiarirmi le idee su tanti punti relativi a leggi e art. non sempre rispettati. Anzi abbandonati del tutto e non dichiarati a nessuno dei più piccoli e né ai familiari. I Comuni delle zone che potevano aiutare di più il malcapitato come è successo a me e mio fratello (Luigi e Giovanna) non sono messi a disposizione dell'Asl e a distanza dal malato, come sempre per aiutarlo a vivere. Quasi volessero dirti vai là dentro, chi ti conosce? Conteggiano solo i medicinali che costano e fanno male.

Dal 2002-2003 ad oggi mi hanno dimostrato di farlo aggiustando un tetto rotto e una pulizia interna. Hanno mandato nell'immondizia i vecchi mobili, che dovevano fissarli loro. Hanno aggiustato un pò il funzionamento dell'acqua e luce. Noi ci siamo andati dentro per alcuni mesi e all'improvviso si è rotta tutta la casa. In inverno ci piove dentro e d'estate ci sono gli insetti. Si sono scoraggiati loro e noi. Ho capito che l'aiuto non era consistente, ci hanno prestato una delle loro casette fissate al Centro S. Mentale per diverso tempo. Io sapevo che con le istituzioni Nuove, ci avrebbero completato il problema. Oltretutto se ci hanno offerto accoglienza, devo ringraziare perché lo Stato lo offre a tutti senza distinzione. Non per restare esclusa dalla casa. Perché più tempo passato e loro non hanno messo piede nella casa e ricercare, tramite il comune, come meglio rimediare? Cosa avreste fatto voi più capaci la posto mio? Il dott., gli infermieri, i componenti, sanno tutto e non fanno più niente. Nella casa posso sempre andarci perché i genitori la passarono di padre in figli, però

secondo il giudice è abusiva una casa così mal ridotta e disabitata. Noi siamo solo due io e Luigi (fratelli Corvino). Richiedendo e informandomi senza possibilità, mi ha fatto sfiduciarli. Ora che sento il bisogno di aggiustarla io stesso, per dormire serena e vivere per il resto della vita come Dio vuole. Tramite quelli precedenti e quelli di ora. Non riescono di farlo, non ci sono le somme richieste. Deve intercedere il Giudice, altrimenti loro stessi quelli dell'Asl invece di aiutare impediscono noi di procedere avanti. Come faccio se sono considerata un'accusata da loro e dai parenti? Sono sicura che loro stanno meglio. Mentre io e mio fratello per una volta che siamo capitati sotto la cura, ora ci sentiamo esclusi. Loro se dicono di farlo, il tempo è arrivato alla lunga per noi. Ci sentiamo tristi controllati come se fossero prigionieri.

Chiedo all'illustrissimo ministro sanità Asl di prendere, sistemare e risolvere questi problemi da ora in avanti. Affinché per il malcapitato non deve ripagare con la sua vita. La base economica e comunitaria come la fanno funzionare male, questi dirigenti. Mettono al loro posto solo le cartelle dei malati, dei medicinali e delle visite. Voglio credere ancora a loro ma come? Io sto per perdere l'affitto di casa che posso guadagnare mese per mese, e farmi costruire delle case giù anche per aiutare ad affittare quelli malcapitati non aiutati più da nessuno. Solo dai privati e da cooperazioni, caritas, religiosi come sempre. Mi nominano ogni mese il tutore e il Giudice, mentre l'Ass. Sociale ci dà 50 euro. a me e mio fratello a settimana e li prende lei per trattenerci da loro. Nel bisogno e nella cura è giusto ma viene anche Primavera, perché disperdere il denaro così. Al ministro sanitario Asl chiedo quello che spetta, un aiuto possibile e indispensabile.

Gent. Prof. Piro, il problema di base di tutto nei Centri Nuovi è «la mente». Lo sappiamo tutti. Siccome nuovi sono per loro, sono una cosa più particolare, alla quale molti vorrebbero presentarsi con entusiasmo. Tramite Baget<sup>3</sup> di cura loro diventano disponibili, però c'è sempre chi guarda senza interesse. I lavori da loro fatti per la vendita a tutti per questo natale, sono piaciuti e molto scelti dai compratori. Le associazioni hanno messo giù un Negozio al quale tutti entrano ad osservare. «*Ammacattà*». Un titolo scelto pure essendo in dialetto, viene compreso<sup>4</sup>. Genitori, giovani, bambini ecc. vengono a conoscerlo.

<sup>3</sup> *Budget*.

<sup>4</sup> *Ammacattà*: dobbiamo comprare.

È stato positivo anche con un bel po' di pazienza. Parlando della mente, l'uomo stesso e i psicologi dott. ecc. sono stati scelti per interpretarla. Perché il punto è lungo e profondo, varia continuamente. Non basta un dott. e un farmaco a curarli in tutto. Si sentono invasi e sperduti per essa (come motivo di vita). So che molti fanno parte di un circolo chiuso e non sanno che fare. Il Centro è abbastanza appariscente, parliamo quello di S. Cipriano e paesi intorno. Ci è chi è più debole o più forte. Come si vuol dire, non solo di pane vive l'uomo ma di tutto ciò che viene dalla bocca di Dio, ci sono molti curanti guariti, che nessuno conosce però se vogliono solo il bene, la salute e la vita dell'umanità. Peccato che il progresso li illude e poi li abbandona. C'è sempre chi resta sveglio e attivo. Solo di medicinali non possono guarire. Quando sto anch'io vicino a loro mi sento una piccola madre. Quante domande mi rivolgono, quanti problemi da raccontare, e chiedono spiegazioni un po' a tutti. Io faccio il mio meglio, con meraviglia e pazienza mi accorgo di quante cose possono dire, che persona normale non ascolta, si scoccia e li chiude in casa al sicuro fino ad innervosirli.

Vorrei seguirli dal più piccolo al più grande, perché vedo come soffrono e poi diventano allegri con gli altri. Lo faccio ma ci vuole pure interesse dei Superiori se mi trascinano via. Soffro pure io con loro.

Questa è la riflessione, semplice... Non mi prolungo, tutto si trasforma e continua.

Grazie. Saluti da Giovanna e Luigi Corvino<sup>5</sup>.

## 2. IL RUOLO DELLA COOPERAZIONE NEL PROCESSO DI DEISTITUZIONALIZZAZIONE, di Maria Letizia e Giuseppe Pagano

Nel sistema organizzativo del dipartimento di salute mentale si è cercato di ridefinire quello che doveva essere il ruolo della cooperazione sociale nell'iter di cambiamento da un sistema che tendeva all'istituzionalizzazione delle persone con sofferenza mentale ad uno che puntava sul recupero delle abilità e dei diritti. Un progetto, questo, che presentava macroscopiche difficoltà, legate al fatto che bisognava lottare contro l'idea che fare cooperazione altro non era che uno dei tanti modi per fare impresa: idea che avrebbe validità solo a patto di mantenere come elemento prioritario lo scopo istituzionale, vale a dire la «causa mutualistica» e il bene comune dei soci. Da questo deriva che se una normale so-

<sup>5</sup> Fratello dell'autrice [*n. d. portavoce*].

cietà di capitali per sua natura *deve* tendere a massimizzare i profitti, una cooperativa *deve* puntare invece a minimizzare i profitti dell'ente avvantaggiandone i soci. Ed è qui che nasce la rivoluzione affidata alla cooperazione sociale. Chi è il socio? Cosa si intende per vantaggio? Sono domande, queste, che ogni giorno dovrebbero portare ad un capovolgimento dell'approccio di un socio nei confronti di un altro. L'«investitura» che è stata data dall'Asl CE/2 alle cooperative sociali puntava tutto sul ribaltamento dei ruoli e sul conseguente incremento del potere contrattuale dei beneficiari dei servizi rispetto agli erogatori. Il vincolo di iscrivere nel *libro soci* i fruitori del servizio che con il budget di cura è stato dato alle cooperative è stato uno dei primi passi.

Avevamo costituito una cooperativa sociale qualche anno prima con l'entusiasmo giovanile di chi vuole cambiare le cose, di chi vuol far capire al mondo che l'aveva istituzionalizzata che la malattia mentale poteva avere un suo riscatto sociale anche in un territorio difficile come il nostro. Fummo invitati ad un incontro dove non capimmo bene qual'era l'ordine del giorno. Eravamo stati invitati dall'Asl CE/2 per l'attivazione di un progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) per Giorgio, un ragazzo di 30 anni con diagnosi di schizofrenia e 15 anni di sofferenza alle spalle, con una passione per il culturismo, per la distruzione minuziosa di vetri e di ogni tipo di arredamento, incline all'aggressione fisica di chi gli stava intorno, soprattutto di quelli a cui voleva bene. Un collezionista di TSO, insomma: un esempio di matto da cui è consigliabile stare alla larga. C'erano anche le cooperative che avevano fatto la storia del nostro territorio, quelle che avevano monopolizzato il «sociale» e avevano praticato un'idea di servizio che non ci piaceva. Per Giorgio si chiedeva l'inserimento in un gruppo appartamento. Lo psichiatra che lo seguiva fu minuzioso nel presentare le sue «abitudini», tanto che l'effetto sortito fu che le cooperative invitate si alzarono dal consesso e scapparono. A questo punto ci guardammo in faccia e in pochi secondi prendemmo la decisione di portare avanti un discorso che durò mesi e dura ancora, nonostante tutto. «Questo è il lavoro che vogliamo fare? Sì, però... hai sentito che scassa tutto? E allora? Sì, ma è un culturista! E allora?... ha buttato la mamma dalle scale! E allora?». Ci dicemmo queste cose con due o tre sguardi, dopodiché demmo la nostra disponibilità per la cogestione di questo PTRI.

Ricordo le perplessità dei fratelli e della mamma in particolare, quando con il dottore di Giorgio furono convocati presso il centro di salute mentale di Aversa per l'accettazione per progetto. Non ci credevano in questa strategia del dottore: il pazzo era lui a non voler ricoverare per sempre Giorgio. Il primo incontro fu drammatico: la mamma in lacrime ven-

ne portata via da un fratello maggiore diffidente e da quello minore che aveva il terrore di vedere Giorgio di nuovo a casa. Con caparbità noi e il dottore decidemmo che un altro tentativo andava fatto, non si poteva abbandonare così il progetto... e il 24 luglio del 2003 Giorgio venne da noi. Nessuno ci avrebbe scommesso un solo centesimo che di lì a poco una grande rivoluzione ci sarebbe stata!

«*Che fai con il frigorifero aperto? Chiudilo! Papà mi ha detto: spegni la televisione! E apri il frigorifero!*» Ma suo padre non c'era più... era morto. Si è manifestato così l'esordio della malattia di Giorgio, 34 anni, tre fratelli e una madre troppo anziana per starli vicino. L'infanzia di Giorgio si è consumata in un clima di incertezza, principalmente per quanto riguarda i punti di riferimento della sua vita. All'età di 15 anni ha cominciato a presentare disturbi, in particolare una profonda diffidenza e una chiusura che, giorno dopo giorno, lo hanno portato dopo la morte del padre a ritirarsi dal mondo. Il suo rifiuto del vivere quotidiano lo aveva portato a chiudersi in casa, nella sua camera da letto, e a rifiutare qualsiasi contatto con la realtà esterna, anche l'uscire per alimentarsi e l'andare in bagno. Era dura per lui fare i conti con la realtà. Ora che suo padre non c'era nessuno riusciva più a capirlo, a comunicare con lui. La «normalità» dei suoi fratelli lo aveva sospinto a vivere una condizione estrema di solitudine. Spaccava tutto, Giorgio, rompeva qualsiasi cosa gli capitasse davanti, senza freni o inibizione. Ricordiamo perfettamente la scena di quando andammo a trovarlo a casa sua per la prima volta: un cerotto per le ferite manteneva il televisore, scaraventato a terra da Giorgio in una delle sue crisi, e le porte con dei buchi enormi ad altezza d'uomo, che Giorgio aveva fatto con un gesto d'ira verso la madre. Parliamo di una mamma sofferente, che con uno spintone una volta fu gettata giù dalle scale dal figlio. Di una mamma che vedeva nei servizi non il sostegno, non la sicurezza di un intervento, ma l'assenza, l'indifferenza rispetto ad un problema che c'era e che solo lei sapeva quanto era grande. Le crisi di Giorgio si svolgevano tra le mura domestiche, e si esprimevano in plateali distruzioni di tutto ciò che gli stava intorno. Nel frattempo, i servizi dove erano? Erano pronti ad intervenire, ad esempio, quando Giorgio, invece di scaraventare il televisore addosso alla madre, per un banale errore si ritrovava a gettarlo dalla finestra, giù dal terzo piano. Nel 90% dei casi, l'esito dell'intervento era un trattamento sanitario obbligatorio. Giorgio si agitava molto quando vedeva gli infermieri e i medici, muniti di tante buone medicine da propinargli ma pronti a scappare alla sua prima minaccia di aggressione. Se l'approccio al problema da parte del servizio era palesemente inadeguato, era comprensibile anche l'atteggiamento della famiglia, che per non urtare la suscettibilità di Giorgio preferiva una presenza non continuativa e non invasiva del servizio, accettando che il dramma si consumasse pri-

vatamente nella solitudine di Giorgio e propria. Nel corso degli anni, di ricoveri presso cliniche private e case di cura Giorgio ne ha collezionato un'infinità: era più semplice ricoverarlo che tenerlo a casa; era più facile andarlo a trovare, magari vederlo non reattivo perché imbottito di farmaci, che gestire la sua malattia da soli. Ecco la famiglia che esclude quando i servizi escludono. Questa era l'idea di Giorgio che era arrivata a noi: un ragazzo grande come una montagna, con la passione per il *body-building*, traditore e pronto a nuocere a chi gli stesse accanto, senza preavviso. Un giorno chiedemmo di Giorgio ad uno degli operatori della salute mentale dei suoi atteggiamenti violenti. «*Fa tutto all'improvviso*» – ci disse – «è un traditore... *Senti... ti do un consiglio: se ti capita ti stare in macchina con lui e lo vedi nervoso, non pensare a nulla, ferma la macchina e scappa!*». I bambini del vicinato scrivevano sul muro di fronte alla finestra della sua camera da letto: «Giorgio il pazzo», e quella scritta Giorgio era costretto a guardarla ogni mattina, tutte le volte che per non andare in bagno e non incontrarsi con i fratelli e la mamma nel corridoio di casa sua si affacciava da quella finestra per riporre sul davanzale la busta con i suoi escrementi. Nessuno si è mai preoccupato di cancellare quella scritta, neanche adesso che Giorgio lì non c'è più. E per il vicinato Giorgio è ancora «il pazzo», quello che deve essere guardato da lontano perché può colpirti alle spalle.

A noi pare che la violenza di Giorgio sia l'effetto non della pazzia ma dell'esclusione. Pochi sanno che quello stesso Giorgio fa una cosa bellissima: *sa pensare*, e pensa tanto bene da riuscire a formulare giudizi acuti sulle persone. «Siete un ciclone», disse Giorgio con entusiasmo alla direttrice del DSM quando venne a visitare il gruppo appartamento in cui lui viveva, («per le innovazioni che aveva portato in ospedale, al SPDC», ci disse). Fu allora che capimmo cosa Giorgio faceva quando ti guardava e in silenzio girava le spalle: studiava e pensava. Allora il suo silenzio aveva un senso, le urla avevano un senso, ogni atteggiamento di Giorgio aveva un senso: erano gli altri che non volevano capirlo.

L'idea che una cooperativa giovane potesse entrare nel circuito dei servizi alle persone ha da sempre rappresentato una grande utopia nel nostro territorio. Le cooperative più grandi hanno per anni monopolizzato il mercato. Chi con vocazione decide di fare questo lavoro deve inevitabilmente scontrarsi con la logica del servilismo. Aderire ad un consorzio, ricevere in subappalto servizi, spartire posti di lavoro soffocando la propria identità solo al fine di poter lavorare: ebbene, questi compromessi non li abbiamo voluti accettare. Un giorno del 2002 sentimmo parlare di *accre-*

*ditamento per la cogestione dei budget di cura.* Ci dissero – ma che non si sapesse in giro! – che se ci fossimo accreditati, forse «qualcosa» avremmo potuto fare da soli, senza scendere a compromessi, perché erano venuti «quelli di Trieste». Ma chi erano questi? Ci ricordammo dell'incontro con l'allora Direttore Generale della Asl, quello che tutti definivano *il pazzo di Trieste*, perché aveva strane idee in mente. Ma che ne sanno loro, lui e i collaboratori che si è portato dietro, della disastrosa situazione che stavamo vivendo noi? Perché lasciare Trieste, la città di Basaglia, per Caserta, il territorio della camorra? Non riuscivamo a capirlo... Ma ci piacevano, perché parlavano di un sistema così interessante, le cui potenzialità erano così evidenti. Fu così che ci accreditammo, senza perdere tempo, e questo rappresentò per noi il punto di partenza per un cammino che stiamo ancora percorrendo. Sembrava che qualcosa fosse davvero cambiato. Tante persone autorevoli, che avevano fatto la storia delle lotte anti-istituzionali, sedevano nelle stanze della direzione dell'Asl: uomini e donne che aveva lottato per la restituzione dei diritti ai più deboli e che ora, con il nuovo sistema, li restituivano anche a noi! Le necessità dei più deboli, i diritti restituiti, il lavoro svolto bene, l'idea che l'arbitrarietà e le concessioni erano altro e non potevano regolare i servizi pubblici: tutte queste cose con la direzione Rotelli stavano prendendo piede sempre di più. Quel famoso potere contrattuale dei «grandi» pian piano stava sfumando. Rotelli aveva creato un «mostro»: una rete di piccole cooperative, in grado di gestire bene in servizi, di mantenere il principio che anzitutto si stava lavorando con persone. Queste idee misero capo a un'innovazione che avrebbe portato l'Asl Ce2 a diventare prima in Campania.

Ma, se le favole insegnano bene, un «mostro» che si rispetti *deve* essere annientato e il compito veniva affidato con mandato formale alla nuova direzione generale dell'Asl, quella del 2004. E il 2004 è stato per la cooperazione un anno di distruzione generalizzata, motivata da esigenze di «razionalizzazione della spesa». In realtà, ridurre gli sprechi, tagliare, stornare i costi altro non era che un modo di dire: «arrangiatevi!» Il primo segnale dato dalla nuova direzione anti-spreco è stato camuffato da un cambio di procedure amministrative. Il ritardo nei pagamenti è diventato la regola, i debiti si sono accumulati, gli interlocutori della direzione aziendale sono spariti. In un solo anno la nuova direzione Asl è riuscita a fare fuori tantissime cooperative: quelle sane, quelle nate in un territorio difficile grazie all'intelligenza di tanti giovani onesti e intraprendenti, quelle nate da realtà parrocchiali o da consolidate esperienze di volontariato, quelle che non avevano colore politico o politicanti-protettori di riferimento.

Le risorse economiche che avevamo da parte cominciarono ad esaurirsi. Riflettemmo su come avremmo potuto far presente questo disastro ai nostri collaboratori, che avevano a casa moglie e figli e ai quali dei nuovi

problemi burocratici non poteva fregargliene di meno. Allora ci sentimmo impotenti. Pensammo di abbandonare, ci venivano sempre più spesso alla mente le raccomandazioni «fraterne» di chi in questa cosa non ci avrebbe scommesso un centesimo: «... ma cercati un lavoro sicuro, un lavoro stabile: ti devi sposare, no?» Convocammo una riunione con i nostri collaboratori, fu spiegata la situazione e illustrato il dissesto economico al quale stavamo andando incontro, ma i nostri calcoli si mostrarono sbagliati: non avevamo previsto che, oltre ai *triestini* e a noi, *matti* erano tutti quelli che stavano lavorando in questo progetto. Dicemmo loro che forse per loro era meglio lasciare il lavoro presso la nostra cooperativa e cercarsene un altro con una retribuzione regolare. «No!» - ci dissero - «noi non stiamo lavorando *ad* un progetto, ma *per* un progetto, lo abbiamo sposato e condiviso, le difficoltà le affronteremo insieme!» Questo era il «mostro» che i triestini avevano creato, *il capitale sociale* di Rotelli: qualcosa che non si lasciava distruggere.

Una corretta nozione del concetto di servizio pubblico è quella di sistema volto a garantire *il godimento dei diritti delle persone, costituzionalmente tutelati, alla vita, alla salute, all'assistenza, alla previdenza*. Principi fondamentali in materia di erogazione di pubblici servizi sono: l'uguaglianza dei diritti degli utenti e la conseguente illiceità di ogni discriminazione ingiustificata; l'obiettività, la giustizia e l'imparzialità nel comportamento dei soggetti erogatori del servizio nei confronti degli utenti; la continuità nell'erogazione del servizio; il diritto alla scelta da parte degli utenti tra i soggetti che erogano il servizio; la partecipazione dei cittadini alla prestazione. È da sottolineare che le normative vigenti prevedono anche strumenti per attuare *in concreto* questi servizi, quali: l'adozione di standard di qualità e quantità; una disciplina dei rapporti con gli utenti improntata al rispetto e alla cortesia; pratiche volte all'agevolazione degli utenti nell'esercizio dei diritti e nell'adempimento degli obblighi. Ma questa idea di servizio pubblico, «doveroso, universale e accessibile», nelle pratiche comuni sembra essere caduta in desuetudine. Sempre più spesso ci troviamo di fronte al perpetrarsi di favoritismi. È *reversibile*, secondo noi, quel diritto che viene conferito e poi negato, facendone perdere al titolare il potere di esercizio. Come può sentirsi tutelata una cittadina che si vede *concessa* una minima forma di assistenza materiale al marito cieco, affetto da parkinsonismo e con morbo di Alzheimer in fase iniziale, se allo scadere del progetto terapeutico-riabilitativo con

budget di cura di cui suo marito era titolare si sente dire che non vedrà rinnovato questo servizio perché «non ne esistono più i presupposti»? È vero che nel frattempo i presupposti erano cambiati, ma si trattava di presupposti *politico-partitici*: era cambiata, infatti, l'amministrazione comunale e il non aver votato per la fazione vincente da parte del cittadino malato si è dimostrata condizione necessaria e sufficiente per la sospensione del servizio. Ecco un esempio di *diritto reversibile*: quel diritto che viene conferito e poi negato, facendone perdere al titolare il potere di esercizio.

### 3. L'ESPERIENZA DEI COORDINATORI DEI PROGETTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI INDIVIDUALI NEL PASSAGGIO DALLE STRUTTURE ALLE CASE, di Genoveffa Corvino

Ho la grande fortuna di vivere in casa mia, dove abito da tanti anni e che potrei percorrere da cima a fondo a occhi chiusi. Vivo tra le cose che mi sono da anni familiari...

*Noberto Bobbio*, La Repubblica, 29 novembre 1998

Nel Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl Caserta/2 il processo trasformativo verso lo sviluppo della cultura dei diritti ha avuto come momento centrale la chiusura delle Strutture Intermedie Residenziali (SIR) e l'introduzione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI) rivolti alla persona. I PTRI servono tra l'altro a garantire i diritti dell'individuo così come definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso l'ICF<sup>6</sup>: casa/habitat, socialità/affettività e formazione/lavoro. La metodologia del PTRI ha un impatto trasformativo di grande portata nel campo della salute mentale. I PTRI sono co-gestiti dall'Asl insieme al «terzo settore» e sono finalizzati a consentire percorsi di emancipazione. Essi si realizzano anche attraverso la possibilità di associare i destinatari del progetto – in qualità di *soci fruitori* e, in alcuni casi, dopo un periodo di

<sup>6</sup> ICF è acronimo di *International Classification of Functioning, Disability and Health* (Cfr. World Health Organization, 2001).

formazione, di *soci lavoratori* – alla compagine *cogestrice*. Lo *status* di socio permette di superare la passività della condizione di assistito e di riappropriarsi del potere contrattuale perduto con l'istituzionalizzazione o mai acquisito.

Partendo dalla consapevolezza del rischio che *la casa poteva trasformarsi in una struttura*, sia pure dalle dimensioni ridotte, il DSM ha introdotto una nuova figura professionale, quella del Coordinatore dei PTRI, con l'intento di evitare una delega al privato sociale e con le finalità di:

Restituire dignità alla persona mediante il conferimento e la riappropriazione dei diritti.

Passare da una cultura assistenzialistica ad una di promozione dei processi di emancipazione

Individuare nella comunità di appartenenza le risorse da attivare per favorire processi di «normalizzazione» e di superamento della malattia.

Il coordinatore è una figura che connette diversi attori quali i residenti nel gruppo di convivenza, gli operatori della Cooperativa cogestrice dei PTRI, le famiglie, il CSM, le «reti informali» (vicinato, gruppi e associazioni di volontariato) e quelle «formali» (Comune, Asl, Giudice tutelare, Medici di medicina generale) del territorio. Tutte le componenti citate sono oggetto della nostra ricerca, che intende descrivere l'impatto trasformativo della proposta di un abitare in luogo della «residenza psichiatrica».

La ricerca parte dal lavoro svolto dai coordinatori dei PTRI nell'arco di tempo che va dall'agosto del 2003 all'agosto del 2004<sup>7</sup>. Non tutti i gruppi di convivenza creati nel territorio dell'Asl sono stati coinvolti nella ricerca, né i gruppi coinvolti ne rappresentano un campione statistico rappresentativo. Si è cercato di dare piuttosto uno spaccato di tipo qualitativo. I gruppi di convivenza presi in considerazione sono quattro, quelli con cui hanno lavorato i coordinatori che partecipano alla ricerca. Comprendono un gruppo di sei signori residenti in San Marcelino, uno di sei signore in Casal di Principe, uno di tre signore e uno di cinque signori residenti in Villa Literno. Tutti hanno

<sup>7</sup> I coordinatori dei PTRI appartengono, o meglio appartenevano, alla ormai ampia categoria dei lavoratori cosiddetti «atipici». Alla scadenza del loro contratto a tempo determinato, infatti, la Direzione Generale dell'Asl CE/2 insediata nel 2004 non ha ritenuto opportuno rinnovarlo, lasciando in uno stato di «sospensione» tutte le pratiche riguardanti i gruppi di convivenza.

un'età che va dai 42 ai 70 anni e una lunga esperienza di istituzionalizzazione alle spalle: diciassette sono stati chiusi in manicomio, due in manicomio giudiziario e uno in clinica privata. Tutti, tranne due, sono interdetti.

Gli operatori che aiutano i residenti lavorano per una cooperativa che in precedenza ha gestito i servizi offerti alla SIR da cui questi ultimi provengono. Vivono una grave condizione di precarietà lavorativa e di asservimento psicologico nei confronti dei dirigenti della cooperativa. Hanno contratti di breve durata, svolgono turni di 12 ore, ricevono lo stipendio dopo molti mesi di lavoro, usufruiscono di ferie fittizie o forzate, non possono rivendicare miglioramenti salariali o delle condizioni lavorative perché verrebbero licenziati, sono costretti a sottostare a richieste che possono anche esulare dalle loro mansioni.

Il lavoro di ricerca utilizza il metodo, dell'*osservazione partecipata non distanziata*. Tanto significa essere consapevoli che è impossibile scindere gli osservatori dagli osservati. I ricercatori sono coloro che entrano nel campo di ricerca, creano una relazione, e con la loro partecipazione cambiano il contesto. Per cui i «soggetti sperimentali» sono il frutto di una interazione.

In ogni PTRI si prende in considerazione un insieme di indicatori, al fine di valutare l'efficacia, l'efficienza e la qualità delle iniziative messe in atto:

- L'accesso a servizi e la fruizione di beni cui normalmente non si ha accesso.
- La possibilità di svolgere una attività utile per la persona.
- L'identificazione di ciò di cui uno è capace, qualunque cosa sia.
- L'acquisizione di una abilità prima non posseduta, il suo sviluppo e la garanzia a poterla svolgere.
- Il miglioramento dell'*habitat* di vita.
- Il possedere beni e oggetti di proprietà privata.
- Il partecipare ad attività collettive per la soddisfazione di un bisogno comune.
- Nell'ambito di attività formative e/o lavorative, la qualità dei prodotti e delle relazioni, la bellezza dei luoghi, degli strumenti e delle metodologie della formazione e/o produzione.
- Il riconoscimento e il rispetto dell'identità di genere.
- Il riconoscimento e il rispetto di emozioni, affetti e sentimenti.

Successivamente, i ricercatori si sono proposti di indagare su aspetti quali:

- la coscienza del diritto di avere possesso sia sostanziale che formale di un'abitazione;

- la coscienza del diritto di avere la proprietà di abiti, oggetti personali, denaro;
- la coscienza del diritto di poter abitare tutti gli spazi della casa (ad esempio poter accedere alla dispensa o alla stanza da letto quando lo si desidera);
- la coscienza del diritto di ricostruire la storia della propria vita, con adeguata documentazione informativa (ad esempio cartella clinica del manicomio);
- la coscienza del diritto di vivere emozioni e sentimenti, in particolare quelli dolorosi e legati a lutti e perdite, e di esprimerli senza insabbiamenti da psicofarmaci o da pseudo-*setting* di varia natura;
- la coscienza del diritto di frequentare luoghi di vita pubblici, a cominciare dal quartiere in cui si trova la propria casa.

La prima fase di lavoro è stata caratterizzata dall'osservazione dello svolgersi delle attività quotidiane degli abitanti della casa, nonché delle risposte comportamentali degli operatori alle necessità dei residenti. Si è potuto osservare che i signori e le signore trascorrevano passivamente la maggior parte del tempo, guardando la televisione e rimanendo poco interessati a ciò che accadeva in casa. Gli operatori tendevano a sostituirsi ai signori in ogni loro azione, sia nella cura di se stessi che della casa. La mancanza di diritti si è evidenziata in numerose situazioni, tra cui: chiedere permesso per prendere il cibo dalla dispensa; alzarsi per essere lavati alle sette del mattino perché questo è un compito dell'operatore che ha lo «smonto»; non disporre di soldi propri perché – nella maggior parte dei casi – si è interdetti e le pensioni sono riscosse dai familiari; assumere psicofarmaci oltre l'ordinaria terapia perché un operatore ha notato che quella mattina sei più nervoso del solito; essere considerati completamente incapaci di esprimere gusti personali, scelte e di possedere sufficiente orientamento spazio-temporale per cui ti è impedito di fare un tragitto breve dalla casa al bar distante 100 metri. Da parte degli operatori venivano espresse una serie di resistenze riferibili al tema della «responsabilità», del tipo: che succede se lasciando il portone aperto X esce da solo, se si perde, se si fa male? È tanto più comodo non fare niente, rimanere tutto il tempo in casa con il televisore acceso 24 ore.

Ecco una descrizione delle azioni messe in atto da coordinatori/ricercatori e di alcuni cambiamenti prodotti.

- Conoscenza delle persone, delle loro storie personali e in particolare delle loro esperienze presso le istituzioni. La metodologia utilizzata ha compreso l'osservazione diretta e partecipata, i colloqui con coloro le cui condizioni lo permettevano, con gli operatori della cooperativa gestrice, con i familiari, con gli operatori del CSM che cono-

scevano i residenti all'epoca del loro internamento nel manicomio, la consultazione di cartelle cliniche. Questo lavoro è stato finalizzato a stabilire un rapporto e a raccogliere informazioni circa condizioni, abilità, competenze, aspettative, desideri. Dagli elementi raccolti si è partiti per elaborare i PTRI.

- Azioni volte a garantire e migliorare lo stato di salute dei signori. Accanto ai controlli routinari, si è proceduto ad attivare cure sanitarie specifiche (cure dentarie, neurologiche, pneumologiche, cardiologiche, etc).
- Azioni volte ad ampliare l'accesso a diritti elementari. Tra questi: possedere le chiavi di casa personali per alcuni di essi, accedere con più facilità alla dispensa, fare il caffè quando se ne ha voglia, gestire quotidianamente del denaro per consumare qualcosa al bar, accedere a luoghi e servizi mai frequentati in precedenza, recarsi dall'estetista per il pedicure, visitare scavi archeologici, fare gite fuori porta, pranzare fuori. Per favorire il processo di appropriazione della casa si è fatto in modo che tutti, ognuno secondo le proprie capacità, potesse prendersi cura degli spazi personali e comuni. Attualmente nell'appartamento di S. Marcellino, e in parte negli altri tre appartamenti, ogni coppia di residenti che condivide la camera da letto riesce a pulirla e rassettarla.
- Potendo sperimentare maggiore libertà di azione, si sono riuscite ad identificare alcune attività di cui essi si sono dimostrati capaci. In particolare: per alcuni signori, la scoperta di sapersi fare la barba, di riconoscere la strada di casa, di utilizzare tutte le posate; per alcune signore cucinare, riassetare, fare la spesa, ricevere ospiti in casa. Alcuni hanno imparato ex-novo a svolgere attività quali lavare i panni in lavatrice, scegliere capi di abbigliamento da indossare o da acquistare, stendere i panni, tagliarsi le unghie. Il possedere o il disporre di oggetti personali (sigarette, portafogli personale, tagliaunghie, profumo) e denaro è stato reso possibile da una maggior disponibilità economica contrattata e ottenuta dai familiari o dai tutori.
- Si è favorito – nel lungo periodo – un maggiore rispetto di emozioni, affetti e sentimenti espressi dai residenti.
- L'*habitat* di vita risulta migliorato, secondo il giudizio dei residenti stessi, dei familiari e degli operatori delle cooperative.
- Contatti periodici con le famiglie d'origine hanno consentito di far comprendere loro il senso del passaggio dalla SIR al gruppo di convivenza in appartamento; della «ricucitura» di alcuni rapporti interrotti, della ricostruzione degli affetti familiari, del maggior coinvolgimento della famiglia nel processo emancipativo dei congiunti. Beneficiari di questo contatto sono stati non solo i residen-

ti ma anche le famiglie d'origine, che attraverso il miglioramento delle condizioni di vita dei propri cari ha avuto la possibilità di vivere con minore pesantezza la condizione di avere un parente «malato di mente».

- La *riqualificazione* degli operatori delle case, avvenuta in fasi:
  - > in un primo momento si è proceduto con l'osservazione sistematica delle problematiche, delle risorse, delle abilità, delle competenze maturate dagli operatori, delle modalità relazionali tra operatori e signori;
  - > successivamente, una volta individuati i punti di «criticità» e le risorse in campo, si è proceduto ad attivare percorsi formativi, mediante riunioni quotidiane su singoli casi, sulle modalità di approccio e conoscenza, sulle attività abilitative e riabilitative da promuovere, sul rapporto con il contesto del paese;
  - > la finalità degli incontri di informazione e formazione è stata quella di favorire un cambiamento di mentalità in operatori con forte retaggio manicomiale e assistenzialistico, promuovendone la funzione di agevolatori dei processi di emancipazione personale dei residenti. Il cambiamento culturale è stato agevolato dall'introduzione di termini quali *padroni di casa, abilitazione e riabilitazione, emancipazione, civile abitazione, gruppo di convivenza*. Per favorire una maggiore responsabilizzazione in tali attività, è stato inoltre stabilito che ogni operatore fosse curatore dei PTRI di due persone.
- Al fine di coinvolgere ulteriormente gli operatori nel processo di cambiamento in atto, per promuovere una reale integrazione tra operatori dell'Asl e del Terzo Settore, è stata svolta opera di informazione e diffusione di pubblicazioni, documenti, deliberazioni dell'Asl sui temi della salute mentale, dei diritti degli individui, della promozione di percorsi emancipativi, della formazione-lavoro. Allo stesso scopo, gli operatori delle cooperative sono stati invitati a partecipare insieme agli operatori del DSM a momenti formativi organizzati.
- Rapporti di collaborazione, confronto e sollecitazione con la Cooperativa cogestrice su aspetti tecnici e logistici, che hanno consentito di migliorare le condizioni abitative dei residenti. Si è ottenuto un operatore diurno in più per favorire le uscite, anche in piccoli gruppi; l'allacciamento del metano per alimentare i riscaldamenti, prima funzionanti con la bombola a gas; la messa a disposizione di un mezzo di trasporto per le gite e per le visite mediche; la possibilità di coinvolgere i residenti nell'acquisto di prodotti alimentari e oggetti per la casa. Più in generale, si è favorito un atteggiamento collaborativo del-

le cooperative e una mentalità volta al raggiungimento di obiettivi comuni.

- Rapporti con i vicini di casa, i gestori dei bar frequentati abitualmente dai signori, il barbiere, l'estetista, promossi per sensibilizzare il loro ambiente di vita. Il «territorio» si è dimostrato sensibile e aperto al cambiamento. Dopo un primo momento di diffidenza («i malati che stanno in mezzo alla gente, che abitano comuni appartamenti»), si è riscontrato un generale atteggiamento di apertura e di collaborazione. I contatti con i vicini di casa sono stati positivi sin dal momento della conoscenza dei nuovi residenti, con momenti di serena discussione, inviti reciproci, feste, scambi di doni. Alcune associazioni del volontariato cattolico si preoccupano di visitare i residenti e di accompagnare quanti siano interessati ai servizi religiosi.
- I rapporti con alcune istituzioni, soprattutto il Comune e i Vigili urbani, sono stati curati in modo particolare a causa della iniziale diffidenza circa il fatto che i matti potessero vivere in gruppi di convivenza presso civili abitazioni. A causa di ostacoli burocratici incontrati per ottenere la residenza si è agito, oltre che fornendo spiegazioni verbali e facendo opera di informazione generale sui temi della salute mentale, attraverso comunicazioni formali agli enti competenti, grazie alle quali si è potuto ottenere il rispetto del diritto di residenza e il rilascio dei nuovi documenti di identità.
- È invalso l'uso di effettuare le visite mediche specialistiche presso gli ambulatori, piuttosto che presso le «strutture residenziali» o non effettuate affatto, così come era prima: per garantire una vita quanto più normale possibile ai residenti – tutti vanno dal dottore quando ne hanno bisogno! – e per contrastare la scarsa disponibilità di qualche medico a curare alcune persone sol perché anziane e con un passato manicomiale.
- Si sono stabiliti rapporti sistematici con il Giudice Tutelare per studiare i sistemi che potessero garantire quanto più possibile i diritti degli interdetti. In particolare, l'azione è stata rivolta ad acquisire maggior potere contrattuale nei confronti di quei tutori che gestiscono il denaro dei tutelati per il proprio interesse, cosa purtroppo - alquanto diffusa. La questione dell'interdizione merita una attenzione particolare. Gran parte delle difficoltà nel restituire i diritti negati nascono dal paradosso di lavorare con persone cui un sistema ha tolto formalmente tutti i diritti. Le persone di cui ci siamo occupati sono considerate dei bambini: come si fa a pretendere che possano disporre liberamente del denaro, o uscire senza essere accompagnati, mangiare o bere a proprio piacimento, se sono considerati incapaci intendere e di volere? Gli stessi opera-

tori delle cooperative hanno riferito di temere di incorrere in gravi sanzioni: se ad esempio lasciano che i residenti vadano a fare una passeggiata da soli e «succede qualcosa», di chi è la responsabilità? Ma questa «sollecitudine» è, precisamente, ciò che impedisce alla persona interdetta di poter acquisire momenti di autonomia ed emancipazione. Tutto il nostro lavoro di coordinatori si è svolto in questo spazio di contraddizione, di paradosso. *Meta-comunicare* su questo paradosso può essere utile per gettar luce sulle vere funzioni dell'istituto dell'interdizione. La sfida più grande per i prossimi anni sarà l'abolizione dell'interdizione e un passo in tal senso è stato fatto con le norme che introducono la figura dell'amministratore di sostegno.

Secondo la nostra esperienza il vivere in una casa, in un appartamento, ha avviato di per sé un cambiamento nella direzione dell'acquisizione di maggiore dignità e diritti per persone in precedenza istituzionalizzate. Tale cambiamento si riflette anche nel linguaggio. Se nella SIR la persona era definita «ospite», nella nuova condizione ci si è resi subito conto che non c'è un vocabolo che definisca un privato cittadino che abita in una casa: e questo ci è sembrato un aspetto *sano* della nuova condizione di vita. I coordinatori dei PTRI hanno utilizzato spesso, nelle loro relazioni periodiche inviate alla Direzione del DSM, il termine *padrone di casa*. Tuttavia tale condizione non ci sembra ancora essersi realizzata appieno. Essa presuppone un cambiamento nella direzione dell'appropriazione e della consapevolezza dei propri diritti, che si accompagna anche alla possibilità di diventare formalmente titolari del contratto di locazione della casa in cui si abita.

Il lavoro svolto dai coordinatori non consente di affermare che allo stato attuale si è al riparo da un ripristino di logiche e pratiche segregazionali e neo-istituzionalizzanti. Ma permette di distinguere le pratiche *conferitrici* da quelle *negatrici* di diritti, e dunque di individuare un potenziale antidoto contro tali tendenze. Traccia il solco entro il quale lavorare, ammonendo affinché la tendenza all'esclusione, insita nella struttura delle società occidentali, non sia mai sottovalutata (cfr. anche Piro S. 2002a).

#### 4. DALLO PSICHIATRIZZATO, RICETTACOLO DI SCELTE E VALORI NON PROPRI, ALLA PERSONA, di Francesco Diana

In filosofia il termine «valore» indica tutto ciò che è oggetto di preferenza o di scelta. La «cura» rischia di diventare in qualsiasi momento mera cura fisica, può conferire a una persona una sorta di dignità sociale ma può privare un essere umano della dignità più intima, quella dignità dell'essere quella persona, con quelle caratteristiche, con quei modi, con quei pensieri. Una persona che non sceglie, che non esprime preferenze, che vede la propria vita omologata ad un sistema e svilita di ogni pur bizzarra colorazione non è libera. Il concetto di scelta è una delle determinazioni fondamentali del concetto di libertà.

La filosofia dell'esistenza di Kierkegaard ha sottolineato il valore della scelta per ciò che concerne la personalità stessa dell'uomo e la sua esistenza. Libero, in questo senso, non è chi è *causa sui* o s'identifica con una totalità che è *causa sui*, ma chi possiede in grado o misura determinata *possibilità determinante*. Parliamo di persone con notevoli disagi psichici, persone che hanno vissuto o vivono gran parte della loro vita in un'istituzione. Queste, anche avendo una struttura mentale in grado di operare delle seppur residuali scelte, non possono farlo perché tale processo viene bloccato da una mancanza di potere determinata dall'istituzione e dai conseguenti continui fallimenti delle strategie da essi messe in atto. Abbiamo a che fare, quindi, con persone che pur avendo una libertà di volere non hanno accesso ad una libertà di fare.

È questa la situazione che ho sperimentato nel contesto della mia attività lavorativa, contesto dove protagonisti sono i cosiddetti «lungodegenti». In tale situazione favorire l'acquisizione di potere, ovvero accrescere la possibilità dei singoli e dei gruppi di controllare attivamente la propria vita è, secondo me, la chiave di volta al trattamento delle persone con gravi difficoltà psichiche. Il cosiddetto processo di *empowerment*, così come concepito da Levine e Perkins, è un aumentato accesso alle risorse per le persone in questione; o, secondo la concezione di Kieffer, un processo che include lo sviluppo di un più potente senso di sé in rapporto con il mondo, la costruzione di una comprensione più critica delle forze sociali che impattano il proprio mondo quotidiano, l'elaborazione di strategie funzionali e di reperimento di risorse per raggiungere scopi.

Le persone che vengono in contatto con le istituzioni prima e con i suoi operatori poi rimangono imbrigliate in questi contra-

stanti e confusi vissuti emotivi, e di fronte ad essi si chiudono vedendo minacciata la propria integrità. A una tale chiusura segue necessariamente la negazione del «potere di fare». La persona allora è libera di volere ma non è ancora libera di fare, perché questa competenza viene loro sottratta. Chi detiene questo potere è il *care giver*, l'operatore di cura più vicino al recupero funzionale delle persone in questione (il termine «vicino» va inteso in un senso soprattutto fisico). Questo tipo di esclusione, forse il più grave, l'esclusione dalla propria vita, è quella che si osserva «oggettivamente». I lungodegenti, al contrario delle persone con disturbi nevrotici le quali vengono a contatto con diversi operatori della salute mentale e per periodi limitati, sono in contatto con una gamma ristretta di operatori, molte volte non coordinati fra loro e per periodi dalla durata incalcolabile ma sicuramente lunga!

L'incremento della disoccupazione e la crescente richiesta da parte del mercato del lavoro di figure assistenziali nei servizi socio-sanitari hanno contribuito all'ingresso in questo settore di persone con competenze sempre più scarse in materia, accentuando questo fenomeno. La logica del *tutto e subito* dilagante in questi anni impone tempi strettissimi e poco è compatibile con un'adeguata formazione.

Paolo, un uomo di mezza età, con una vita passata di istituzione in istituzione, un giorno esprimeva delle sue fantasie omosessuali. L'operatore a cui era «assegnato» gli rispondeva che doveva abbandonare tali fantasie perché in quanto uomo avrebbe dovuto provare attrazione verso le donne. Prontamente, poi, l'operatore mi comunicava che Paolo manifestava questa fantasia già da un paio di giorni e dunque bisognava rivedere la terapia farmacologica. Questo è solo un esempio della modalità di cui sopra, che induce a ricordare Dewey, che mette in luce il tratto più autentico della scelta umana, quando dice che *la scelta non è l'emergere di una preferenza dall'indifferenza, ma di una preferenza unificata da un insieme di preferenze competitive*.

L'esperimento promosso dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl Caserta/2, di un sistema di cura basato sulla relazione, sull'*empowerment*, sulla valorizzazione dell'individualità, ha dato e non può non dare più risultati, più dignità, più vita rispetto ai sistemi custodialistici. I gruppi in appartamento, i gruppi di convivenza in questo senso sono l'invenzione più naturale per garantire quei valori necessari alla determinazione di un essere vivente. Gruppi di convivenza democratici, con l'aiuto di qualche

persona che dovrebbe fungere da mero facilitatore/catalizzatore, mantenendosi in una zona neutra, senza assumere «posizioni» precostituite, permettendo il libero fluire di tutte quelle istanze che anche il più disturbato degli psicotici possiede.

Lo stile di vita partecipativo e la costante riflessione sui fenomeni e le dinamiche relazionali che si sviluppano costituiscono le direttrici terapeutiche fondamentali, al di là dei diversi strumenti teorico-metodologici che ogni singola comunità può privilegiare. Le richieste e le pressioni, spesso emotivamente intense e a volte contraddittorie, richiedono capacità di elaborazione personale e collettiva da parte di tutta l'*équipe*, per dar senso alle risposte e formulare ipotesi di lavoro fondate sulla flessibilità e la ricerca del significato di ciò che accade, più che sulla fedeltà a procedure rigidamente prestabilite.

Garantire l'abitare, quindi: anzi, garantire la possibilità di scegliere l'abitare, l'essere cittadini di una comunità che non sia il circuito della salute mentale. L'abitare rappresenta molte volte il primo passo dell'essere una persona, l'abitare in un luogo come libera espressione di se stesso nel vestire, nel parlare, nel delirare. L'abitare con, l'abitare vicino a, l'abitare lontano da...

Il garantire la possibilità di esprimersi secondo i più svariati gusti personali e senza la presunzione di dover correggere questo o quel comportamento; l'accettare i propri limiti, la frustrazione e il proprio senso di impotenza di fronte a determinate situazioni; il riuscire a provare soddisfazione e non smarrimento quando una persona con una diagnosi severa fa un passo, grande o piccolo che sia: sono momenti certamente significativi nella trasformazione della «cura» verso «l'inclusione sociale» di persone che parlano una lingua a noi per molti versi ancora sconosciuta.

## 5. QUALE RICONOSCIMENTO NELLA FOLLIA di Giuseppina Diana

Si immagini ora un uomo, a cui, insieme con le persone amate, vengono tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, poiché accade facilmente a chi ha perso tutto, di perdere se stesso.

*Primo Levi*, Se questo è un uomo

Il lavoro che segue nasce da osservazioni e riflessioni su un anno di lavoro svolto in qualità di coordinatrice di progetti terapeutici individuali con un gruppo di pazienti «psichiatrizzati», dimessi dalla SIR e collocati in gruppo convivenza di 6 persone presso un appartamento. Ma perché questa sperimentazione della convivenza in gruppo appartamento?

Franco Rotelli ha parlato di un contesto di assistenza strutturato su rapporti che diminuiscano l'incertezza e la sfiducia in se stessi e negli altri, accrescano il proprio valore personale e capitalizzino il piacere che si trae dalle cose che si fanno, che facciamo noi, che fanno gli altri e che si fanno in comune. Realizzare l'abitare vuol dire creare quella condizione dove vivere *il luogo* significa poter esprimere se stessi e sperimentare la continuità del senso di sé nell'appartenenza e nella familiarità; dove la follia trova lo spazio per essere trasformata in creatività, pensiero, emozioni, relazioni tra le persone; dove la quotidianità domestica diventa teatro di relazioni affettive e di continue mediazioni tra «il mondo dei folli» e «il mondo della normalità». Peppe Dell'Acqua chiama questo processo «operazione di ingegneria istituzionale», non solo perché lo scopo della deistituzionalizzazione è quello di trasferire nel territorio cultura, saperi e pratiche che non sono quelle di tipo manicomiale, ma perché è possibile attivare, promuovere e consolidare una lineare trasformazione culturale che comporti la critica dei ruoli, delle gerarchie, della formazione psichiatrica, della funzione della psichiatria e della nozione di presa in carico (Dell'Acqua P., 2003). Ma tutto questo rischia di non realizzarsi in un contesto ambientale e sociale, quale quello dell'agro aversano, dove è fortemente radicata una cultura della follia come espressione demoniaca dell'individuo, che va pertanto isolata e rinchiusa in un luogo che anzitutto ha la funzione di internare e poi, forse, di guarire. Questo spiega perché molte persone sono cresciute, invecchiate e morte nel manicomio.

Ricordo vivamente il primo incontro, che fu per me di grande impatto emotivo. Ricordo le espressioni di curiosità dei signori, ma anche quelle di timore nel vedere gente nuova che entrava in quella che tutti dicevano essere «la loro nuova casa». La diffidenza era tanta, era quella di chi vuol capire chi sei e perché sei lì, se può fidarsi di te o sei tra quelli che li trattano come bambocci da lavare, imbracare, a cui far da mangiare e imboccare. Ricordo Vincenzo, che fu l'unico ad avvicinarsi e a chiedermi: come ti chiami? da dove vieni? quanti anni hai? come si chiama tuo padre? e tua madre?

Nell'entrare in quella casa subito saltano agli occhi distinti e separati «il mondo della normalità» e «il mondo dei folli», due categorie di persone che convivono nell'appartamento: chi gestisce, ossia «i normali», gli operatori che fanno gruppo a sé, con i loro discorsi, le faccende da svolgere durante la giornata, le attività che riguardano chi «gestisce»; e quelli che dovrebbero essere gli effettivi padroni della casa, che invece girovagano per la casa, intorno allo tavolo, dietro le sedie su cui sono seduti «i normali», chiedendo da bere, sigarette, biscotti. Ah! Mi sembra di trovarmi di fronte ad un piccolo manicomio, dove per manicomio non si intende solo quel luogo angusto, segregante e chiuso dietro le mura dell'edificio, ma ogni luogo in cui può ricrearsi la dimensione della chiusura e dell'esclusione. Gli operatori puliscono la casa, cucinano, lavano i panni, fanno la spesa per la casa, comprano cose che servono ai signori, e se proprio capita qualcuno di loro esce con l'operatore per fargli compagnia.

Mi chiedo: cosa fa la differenza? Ma soprattutto, *chi* fa la differenza? E, dato il contesto in cui ci troviamo, cosa vuol dire per noi operatori prendersi cura della salute mentale dei pazienti? Graziano Valent parla di sfida della *contraddizione*, cioè del fare psichiatria ai confini della psichiatria. Egli intende la presa in carico in modo ampio, rivolta all'intera *esistenza sofferente* della persona, alle sue contraddizioni, al suo mondo di relazioni, dove l'operatore impara a rinunciare alla fissità del suo ruolo e all'autorevolezza dell'abito scientifico per potersi inserire nel luogo delle possibili trasformazioni. Secondo Valent, la pratica della contraddizione è quella che si svolge tra controllo e cura, distanza e vicinanza, tra il potenziamento crescente dell'autonomia del singolo e il progressivo consolidarsi della interdipendenza pratica; tra la valorizzazione incondizionata del soggetto, la costante promozione della soggettività di chi soffre, e la sua contemporanea necessaria oggettivazione nel confronto con quelle regole di base entro le quali si svolgono tutte le relazioni interumane (Piro S. 2005 p. 11).

Ma tutto ciò può realizzarsi solo se c'è la messa in discussione della cultura della propria pratica e un cambiamento di prospettiva nel considerare la sofferenza mentale. La sofferenza del singolo è una condizione legata alla sua società e alla sua storia ed è dotata di senso, la ricerca del quale prevale nei contesti dove si ritiene che ognuno debba poter sviluppare tutte le potenzialità di cui

è dotato. Come ricorda Sergio Piro, «la cura della sofferenza non può essere estirpazione, amputazione chirurgica del sintomo, ma sbocco della crisi e della sofferenza in un assetto esistenziale e progettuale diverso» (Piro S. 2005 p. 332).

Ricordo Giuseppe, 50 anni, uno dei sei componenti del gruppo di convivenza. Si sa poco di lui ed è il fratello Franco che ne parla, la memoria storica della vita di Giuseppe. Ci racconta che suo fratello era una persona molto generosa, un bel ragazzo, e che fino all'età di 20 anni viveva normalmente la sua vita a casa dei genitori, contribuendo alle risorse economiche della famiglia, all'epoca davvero povera, svolgendo lavori manuali quali muratore e calzolaio. Franco racconta che Giuseppe iniziò a dare segni preoccupanti in seguito all'arruolamento militare, all'età di 20 anni. Dopo qualche mese fu riaccompagnato a casa in uno stato di forte agitazione. Franco ricorda in particolare un'iniezione dopo la quale Giuseppe non si è più ripreso. In quello stesso periodo Giuseppe fece una consulenza all'ospedale psichiatrico e dopo qualche mese fu ammesso come ricoverato, rimanendoci per circa trenta anni.

Ma ecco un fatto significativo. Una volta trasferitosi nel gruppo appartamento, Giuseppe vuole visitare la tomba dei genitori, della cui morte sa ben poco. Non lo aveva mai fatto. Gli era stato impedito di andare ai funerali per timore che non avrebbe retto «emotivamente parlando». Ci si prepara per andare al cimitero. Giuseppe, da quando sa che sarà accompagnato, è in evidente stato di agitazione e si rifiuta di mangiare. Gli operatori si lamentano, vorrebbero che gli venissero aumentate le dosi degli psicofarmaci, ma Giuseppe in questo momento ha solo bisogno di comprensione, contenimento e di presenze amiche. Arriva l'atteso giorno. Giuseppe è pronto e silenzioso. Non risponde alle domande che gli vengono fatte, vuole essere lasciato in pace. Il silenzio e un cenno di dolore accompagna il nostro viaggio. Arrivati al cimitero acquistiamo dei ceri, ma bisogna cercare le tombe. Ci rivolgiamo al vecchio camposantiere, che riconosce in Giuseppe un suo paesano. Come tutti, anche lui sapeva di Giuseppe, sapeva che era stato rinchiuso in manicomio. Gli chiede dove abiti ora, mentre ci guida verso le due tombe. Giuseppe è silenzioso e contenuto nel suo dolore. Giunti sulla tomba, appoggia le grosse mani sul freddo marmo, con la testa china: è in preghiera e qualche lacrima gli segna il viso rugoso. Noi ci allontiniamo ed aspettiamo che Giuseppe sia pronto per andare via. Dopo un po' ci raggiunge e silenziosamente ci avviamo all'uscita. Questa volta è lo spazzino del cimitero a riconoscerlo. Giuseppe si ferma a parlare con lui, qualche antico ricordo viene rievocato. Un nodo di tristezza accompagna il nostro viaggio di rientro. Il silenzio continua. Nei giorni che seguono Giuseppe è

nervoso, fuma tantissimo, è aggressivo. È in piena crisi e a molti operatori sembra che l'unica soluzione sia quella di aumentare la dose degli psicofarmaci. Ma la crisi di Giuseppe rappresenta il momento in cui egli *risignifica* la propria vita e la propria storia, attraverso il contatto e il riconoscimento della dimensione del dolore: «Ogni sentimento o emozione fortemente angosciante può essere distrutta o sedata da una dose appropriata e massiccia di psicofarmaci, ma questo impedisce senza dubbio di dare l'occasione per un rapporto di comprensione situazionale che possa dare al vissuto terribile un senso necessario nell'andamento e nel destino di quella esistenza» (Piro S. 2002a p. 74).

Non è possibile comprendere il silenzio né le grida di uno straniero, se non si conosce la sua lingua: ecco perché è importante la rivisitazione dei *tempi* e dei *luoghi* della cura, in cui bisogna apprendere un nuovo linguaggio, che non ci appartiene solo perché è dell'altro che ci è estraneo. Il passaggio dall'enorme e fatiscente struttura del manicomio alla Struttura intermedia residenziale e da questa al piccolo appartamento con poche persone comporta la rivisitazione della propria pratica del «prendersi cura»; ma soprattutto della propria capacità di mettersi con l'altro in una relazione all'interno della quale questi possa essere ascoltato, riconosciuto e valorizzato. L'ascolto, la storia delle persone, l'attenzione alla narrazione, all'espressione della gioia e del dolore, porteranno alla scoperta del senso, del valore, della comprensibilità delle esperienze, anche di quelle più estreme. Il riconoscimento nella follia significa, allora, riconoscimento di quella vulnerabilità dell'esistenza stessa e dell'essere umano, dove rivisitare il luogo e il tempo significa consentire al folle di essere una persona che soffre, restituendogliene il diritto conculcato.

## 6. RANNICCHIARSI IN UNA TANA GLACIALE, SU UN LETTO DI SASSI, NON È ABITARE, di Filomena Vella

L'uomo non ha una natura, ma una storia.  
L'uomo non è una cosa ma un dramma.  
La sua vita è qualcosa che necessita la scelta,  
la costruzione mentre avviene,  
e un umano è plasmato da queste scelte e questa costruzione.

*José Ortega y Gasset*

Accostarsi alle persone con sofferenza psichica è stato un viaggio. Un'avventura che ha permesso di entrare in contatto con un mondo sconosciuto, fatto di storie mai ascoltate, di pensieri che cozzano con la nostra razionalità, di linguaggi con sfumature nuove, diverse e originali. Gestì a volte eclatanti e grossolani, a volte delicati e soffici, di un popolo senza diritti, gli «incapaci di intendere e di volere», gli «interdetti». Persone, in altre parole,

- che non possono decidere perché non capaci di prevedere il dopo
- che non possono uscire perché non capaci di orientarsi
- che non possono scegliere perché non capaci di distinguere
- che non possono raccontare perché non hanno memoria storica
- che non possono amare perché sono *pazzi*...

L'incontro con queste persone è stato incontro con «l'invisibilità sociale». Parto dall'esperienza di lavoro, dove il mio ruolo era definito formalmente come «coordinatrice dei progetti terapeutici riabilitativi individuali» (PTRI) e aveva come compito quello di attivare e stimolare risorse per l'attivazione e il monitoraggio di tali programmi, individuali ma anche per piccoli gruppi. Ho operato nel gruppo di convivenza di Villa Literno, dove abitano persone che hanno vissuto un lungo periodo della loro vita nell'ospedale psichiatrico di Aversa.

Inizio con una riflessione sul senso della *storia* per persone con sofferenza psichica. Per abitare la vita, sulla quale abbiamo il diritto di fare progetti e identificarci con essi, c'è bisogno di comporre continuamente il mosaico dell'esistenza, per riscoprirvi un senso ulteriore che dia ragione delle scelte fatte, degli sforzi, dei tentativi, anche di quelli che appaiono negativi. Raccogliamo la nostra storia, la descriviamo e proviamo l'emozione di *essere* quella storia... Raccontare una storia, che è *la storia* di una persona, non è osservare in modo dettagliato un fenomeno. Inevitabilmente, ci si perderebbe nella scrittura di storie trasformate in cartelle cliniche, in diagnosi sintetiche o cartelle cliniche malamente adattate in forma di storie. Si escluderebbero incontri, emozioni, lutti e si evidenzerebbero le date, i ricoveri, le malattie, operazioni chirurgiche, in totale sintonia con la cornice che definisce e legittima la storia diagnostica... Raccontare una storia significa porre attenzione su segmenti che per anni non hanno trovato significa-

to nelle diagnosi. La storia rappresenta la costruzione dell'esperienza, degli eventi, delle relazioni e dei sogni. È la costruzione dell'insieme della vita di una persona. Narrare la storia significa ricostruire, mettere insieme pezzi di un mosaico perduto o apparentemente senza forma, consentire di leggere la propria esistenza nelle coordinate spazio-temporali.

«Persone dementi possono riaversi, rimontare, rimettersi a parlare di sé, di te, di tutti noi, rimettersi a guardare oltre il muro dietro cui la psichiatria aveva sepolto le loro storie» (Del'Acqua P. 2004): così è stato grazie alla ritrovata storia di una persona che ha lasciato un'impronta importante nella vita di molti. Si tratta del signor Luigi, con cui decidiamo un giorno di andare a casa del nipote, suo tutore legale, per incontrare lui e la madre, sua cognata.

Luigi fa ritorno in quella casa dopo una decina d'anni. È uomo di pochissime parole ma di una gentilezza estrema. Sorride, quando varchiamo la soglia del portone, di un sorriso che non lascia indifferenti. Ci accomodiamo nel salotto, Luigi si gira attorno e sembra riconoscere quella casa, con quelle foto ingiallite con scene di matrimoni e bambini piccoli. Aspettiamo la cognata che per via dell'età avanza lentamente, e già da lontano si ascoltano espressioni di gioia e di commozione. Non rivedeva il cognato da tanti anni. Dopo l'abbraccio partecipato da parte di Luigi, si siedono e tutti prendiamo un caffè. La signora si rivolge a Luigi e gli chiede tra le lacrime se si ricorda di questo o quell'altro parente. Racconta poi che alcuni parenti avevano incontrato Luigi il giorno della commemorazione dei morti, e che vedendolo dopo tanti anni stare davanti alla tomba dei genitori, fecero subito fare alla notizia il giro del paese. La signora lentamente incomincia a raccontare: l'inizio della pazzia, dell'internamento nel manicomio e man mano, con le domande, si scioglie e la narrazione si amplia. Luigi è nato da genitori di Lucignano. È il quarto figlio di sei, oggi tutti defunti. La signora ne descrive la famiglia come medio-borghese, di proprietari terrieri. Disegna lui come un giovane tranquillo, che usciva con gli amici in piazza, pur definendolo «caratterialmente riservato, molto chiuso». All'età di 25 anni Luigi partecipò ad un litigio tra suo padre e il conduttore della terra. Luigi da allora incominciò a delirare e ad avere allucinazioni, che però non attirarono subito l'attenzione della famiglia. La signora ricorda vagamente anche una storia d'amore che Luigi aveva con una ragazza del paese, nello stesso periodo del litigio, ma che finì improvvisamente, lasciando intendere che questi eventi siano state il motivo del «trauma su-

bito alla persona più intelligente della famiglia». Luigi era stato iscritto al corso di ingegneria navale dell'Università di Napoli, superando parecchi esami, dei quali ricorda ancora i voti. Usciva con gli amici e frequentava «posti di una certa importanza», data la sua posizione sociale. All'età di 26 anni iniziarono i pellegrinaggi dagli specialisti, e quando i deliri divennero più frequenti i genitori consultarono il direttore del Manicomio di Aversa. La signora racconta tra le lacrime che gli fu fatto l'elettroshock, «senza miglioria». Fino a 30 anni Luigi rimase in casa sempre più isolato, non frequentando più l'università né gli amici del paese, e all'età di 34 fu internato in manicomio. Dopo il 1980, Luigi usciva dal manicomio di mattina e ci ritornava la sera «facendo tutta la strada da solo senza essere accompagnato». Nel 1982 ritornò per un paio di anni nella casa paterna a Lusciano, per poi ritornare in manicomio. Nel 1998 viene trasferito nella SIR di Frignano e nel 2003 va a vivere nel gruppo di convivenza di Villa Literno, dove è la persona più anziana. Muore d'infarto nel mese di febbraio del 2004 e viene trasportato nella casa di famiglia, dove è stato organizzato il rito funebre. I suoi compagni di convivenza sono stati i primi a vivere il dolore per la perdita del loro amico, «l'ingegnere che non parlava mai»...

«Rannicchiarsi in una tana glaciale, su un letto di sassi, non è abitare» si legge in un documento della campagna di *W Nairobi W*<sup>8</sup>. Ma diritto alla casa e diritto all'abitare non sono sinonimi. Ogni persona ha diritto ad uno spazio fisico proprio, dove può esprimere la propria identità e soddisfare il proprio bisogno di appartenenza. La casa in cui c'è *l'abitare* è un progetto di intimità, è invaso di oggetti nei quali si riflette la presenza delle persone che vi abitano, gli odori, l'organizzazione delle attività domestiche, con una precisa scansione temporale propria di quella casa e non di altre. Nell'organizzazione della casa, la scelta degli arredi, gli oggetti che posizionati qui e là denotano e descrivono l'identità della persona che la abitano. *Abitare* è condivisione affettiva con gli altri di uno spazio in cui si respira e si crea intimità, calore e appartenenza, in tedesco *gemütlichkeit*. La casa è *esternalizzazione* dell'identità dell'uomo, spazio impregnato di storicità soggettiva e individuale che genera significato e valori. Ogni angolo, odore, oggetto ha ragione di esistere nella casa in quanto proiezione dell'emotività e dei vissuti. Foto esposte, immagini sacre,

<sup>8</sup> *W Nairobi W* è la campagna nata nel 2004 per contrastare gli ordini di sgombero riguardanti più di 300.000 persone residenti nella città.

bomboniere: la *casa abitata* è uno scrigno prezioso per la memoria, la tiene in vita e dispensa senso all'esistenza. Una casa è tale se c'è la fruibilità del tempo, degli spazi, degli oggetti e se presentifica la complessità delle relazioni con gli altri abitanti della casa.

Ma se l'identità della persona è espressa nella storia che si racconta e che lei stessa racconta, e dunque possiede un *potere emancipativo*, è lecito pensare che anche *l'abitare una casa* ne abbia? Il solo spazio fisico non basta. La casa può far sperimentare anche il *non potere*, che può voler dire *non poter essere*. Si pensi all'essere internati nel manicomio, all'essere ospite di *strutture* come ospizi o anche alcune strutture residenziali per pazienti psichiatrici, luoghi in cui si perde la concezione del tempo, dove le persone sono costrette a ritmi che non sono i loro, con scansioni temporali e azioni aliene e stereotipate. E viene in mente quanto scrive Heidegger in *Costruire, abitare, pensare*:

«... molte costruzioni albergano l'uomo, ma può succedere che egli non abiti in esse se per abitare un luogo si intende non solo l'avervi un proprio alloggio... La casa, intesa come spazio vissuto, rappresenta il conosciuto contrapposto all'ignoto. È il massimo della sicurezza spaziale, il punto da cui ogni uomo prende posizione come essere razionale nello spazio per raggiungere col passare degli anni nuovi centri, nuovi luoghi d'azione» (Heidegger M. 1954, tr. it. 1976 p. 99)

La casa è spazio di individuazione, luogo attraverso cui la persona si definisce e si dà dei confini. Perché «abitare significa sentirsi a casa, ospitati da uno spazio che non ci ignora, tra le cose che dicono il nostro vissuto, tra volti che non c'è bisogno di riconoscere perché nel loro sguardo ci sono le tracce dell'ultimo congedo...» (Galimberti U. 1979).

*La persona al centro delle pratiche di salute mentale*, in un territorio che diffida profondamente di tutti i cambiamenti: l'applicazione del principio ha determinato conquiste concrete, la più visibile delle quali è quella di case dove si è attenti alla dimensione estetica, dove si può cogliere bellezza e familiarità. Aiutare ad abitare gli spazi e ad inserirvi oggetti che parleranno dell'appartenenza a quel luogo e dell'averlo vissuto; ad averne di personali e ad avere segreti che siano rispettati in quanto tali; ad estendere le

proprie relazioni al contesto più ampio, al vicinato, ai circoli, alla piazza del paese, al bar; ad esercitare il diritto ad esistere dentro quel contratto sociale da cui si è stati radicalmente espulsi: tutto questo è parte della fondamentale scommessa della riscoperta dei desideri e delle capacità. Ma è anche la restituzione di ciò che l'istituzionalizzazione, prima con il manicomio e poi con le SIR, aveva negato: il diritto dei «normali» di vivere le relazioni con le persone con sofferenza mentale.

## C. APPENDICE

[*La complessa vicenda di lavoro, vita, apprendimento e ricerca narrata nel Rapporto di ricerca e nei Documenti della Ricerca non risulterebbe del tutto comprensibile senza una cornice storica e senza un inquadramento operativo dell'attività del Dipartimento di salute mentale in cui gli eventi sono accaduti. Terra di Lavoro, l'area casertana, è stato uno dei luoghi sud-italiani di concentrazione di malati mentali con una lunga tradizione dunque di manicomio civili e giudiziari e con una tendenza recente, negli anni novanta, a interpretare il bisogno di case dei pazienti psichiatrici in fase di de-istituzionalizzazione, «sistemandoli» in strutture istituzionali territoriali più piccole dei vecchi manicomio ma dense delle stesse pratiche carcerarie. In questa stessa area, come è sovente avvenuto nei luoghi meridionali della follia (vedi Nocera Superiore ed Inferiore negli anni '60 ed ora), vi è stata un'esperienza importante di de-istituzionalizzazione in cui l'abitare case invece di essere reclusi nelle strutture intermedie residenziali costituisce un fulcro importante nelle prassi di alternativa e di autonomizzazione degli psichiatrizzati. Per questo motivo il coordinamento di questa ricerca ha chiesto ad Alessio Maione di raccontare la storia manicomiale di Terra di Lavoro e a Giovanna del Giudice, responsabile del Dipartimento di salute mentale, di inquadrare Abitare nel più vasto disegno di trasformazione delle attività di salute mentale nella Asl Caserta 2 della Campania. Sergio Piro].*

### 1. TERRA DI LAVORO, TERRA DI MANICOMI di Alessio Maione

... quindi io ripeterò sempre che i Matti non istanno bene in Aversa, e che la Statistica di queste Case sarà sempre la necrologia degli Individui che le compongono (Luglio 1817: *Lettera* dell'Abate Linguiti, Rettore della «Real Casa de' Matti» di Aversa, al Ministro dell'Interno del Regno delle Due Sicilie).

L'*abitare* è stato terreno di fine indagine linguistico-filosofica per i ricercatori ad indirizzo fenomenologico. Ed è stato oggetto di riflessione teorica e prassi trasformative durante quella straordinaria stagione di lotte anti-istituzionali degli anni '70 del secolo scorso, che in Italia esitò tra l'altro nelle fondamentali leggi di riforma sanitaria del 1978. Attualmente, la tematica informa di sé

tutte le pratiche psichiatriche e di salute mentale: le decisioni degli psichiatri circa i ricoveri (presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura degli ospedali, gli spazi di accoglienza anche notturna allestiti presso alcuni Centri di Salute Mentale, le cliniche, le case di cura e gli altri spazi privati non ufficialmente connotati come sanitari), le terapie psicologiche e farmacologiche, i rapporti con i familiari, la progettazione sociale e sanitaria. Taglia trasversalmente e influenza, insomma, l'intera l'operatività dei servizi nati dalla «legge Basaglia». Da ciò, la scelta del tema dell'*abitare* per un'indagine sul tema delle prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica. Il contesto è quello di Aversa e dintorni, luoghi dove i ricercatori hanno operato nel campo psichiatrico.

Sembra utile affrontare la questione in una prospettiva *diacronica*. Perché la questione dell'*abitare* è fortemente embricata con l'intera *storia* delle istituzioni, delle ideologie e delle pratiche psichiatriche. Gli assetti ideologico/organizzativi dell'assistenza psichiatrica locale sono multiformi e pluri-determinati, infatti, *anche* perché il percorso storico-sociale attraverso cui si sono invernati è antico e non lineare. La *durata medio-lunga* – come insegnano gli storici delle *Annales* – getta una luce potenzialmente nuova sui processi di mutamento in corso, e in particolare sui campi oggetto di prassi trasformazionali che incontrano forti resistenze. Inquadrare le azioni del presente in un processo storico-sociale di ampio spessore cronologico consente di inscrivere le prassi in un assetto antropico-organizzativo di cui si sia stato possibile descrivere adeguatamente il contesto doxico-ideologico<sup>9</sup>. Un'interessante periodizzazione riguardante il Mezzogiorno d'Italia è stata elaborata da Vittorio Donato Catapano<sup>10</sup>. In un importante articolo (Catapano V. D., 1991) l'autore distingue:

<sup>9</sup> Sull'importanza del contesto doxico-ideologico per l'analisi dei servizi di salute mentale, cfr. Antonio Mancini: «Ciascun servizio sarà un miscuglio irripetibile e mutevole nel tempo di linee traversanti, di comportamenti, di emozioni, di ideologie ed esprimerà una risultante statistica che sarà o verso il mutamento del noto e il suo superamento o verso l'arretramento e l'immobilizzazione... la risultante sarà sempre riconoscibile e descrivibile» (Mancini A. 2002 pp. 68-69)

<sup>10</sup> Vittorio Donato Catapano (1925-2001) diventa direttore dell'Ospedale Psichiatrico «Santa Maria Maddalena» di Aversa nel 1967. Ne avvia silenziosamente l'opera di riforma subito dopo uno scandalo – cui la stampa nazionale dà ampio risalto – scoppiato nel febbraio del 1967 in seguito a un'ispezione ministeriale che riscontra nel ma-

- i. un *periodo pre-manicomiale*, che va dal 1519 (data della fondazione dell'«Ospedale degl'Incurabili» di Napoli) al 1813 (data della fondazione del manicomio di Aversa);
- ii. un *periodo manicomiale*, che coincide con l'esistenza della grande istituzione aversana e che termina con il 1978;
- iii. un *periodo post-manicomiale*, in cui si assiste al problematico sviluppo di quelle che sono definite «nuove modalità di assistenza psichiatrica, basate sulla territorializzazione e sulla deistituzionalizzazione».

i. *Periodo pre-manicomiale*. Il ritrovamento di un manoscritto del XIX secolo, che riproduce un regolamento del secolo precedente, permette a Catapano di ricostruire importanti aspetti dell'assistenza psichiatrica così come si svolgeva nel grande ospedale napoletano. Nel saggio *Matti agli 'Incurabili' di Napoli* si documenta che nel 1759 (è la statistica più antica di cui si disponga) ci sono 159 matti internati nella cosiddetta «pazzeria» su un totale di 700 ricoverati nell'ospedale. E vi si descrive, tra l'altro: lo svolgimento dei «servizi tipici» da svolgersi da parte dei matti (la «ruota dell'acqua», la «carrea» del pane, la dispensa del vino, i «servizi luridi»); la presenza di «matti a pagamento» (appartenenti alle classi sociali elevate); la pratica di metodi terapeutici tipici, come la cura basata sull'inedia (una dieta estremamente tenue e rigorosa che porta il malato di mente quasi in punto di morte, con la finalità di mobilitare in lui istinti vitali<sup>11</sup>). L'attenzione terapeutica per la follia riscontrata a Napoli, da considerarsi eccezionale per l'Europa di quel perio-

nicomio gravissime irregolarità: tra queste, inaccettabili condizioni di igiene, sovraffollamento (oltre 1700 ricoverati per una capienza di non più di 1000 posti), cartelle cliniche insufficientemente compilate anche per fini meramente statistici, stipendi di medici e infermieri incredibilmente gonfiati grazie ad anni e anni di straordinari ingiustificati. Nel 1977 si dimette dalla carica – in molti rimangono increduli circa il fatto che si possa abbandonare una posizione di potere come la sua – denunciando l'impossibilità di continuare la realizzazione del suo programma di miglioramento assistenziale, basato sul tentativo di limitare al massimo gli aspetti custodialistici della vita dell'istituzione, a suo dire a causa dell'ostilità delle retroguardie burocratiche e mediche preoccupate che si intacchino inveterate prassi fondate sul sopruso e l'illegalità. Da quel momento, Catapano si dà agli studi storici a tempo pieno.

<sup>11</sup> «... a poco a poco crescendo la *dosa* del cibo, tornano in carne; e smaltiti i cattivi umori, e mutato tutto il sangue, credo, che alcuni d'essi restino *col capo sano*» (Ludivico Antonio Muratori in Catapano V. D. 1995 p. 104).

do, è forse da ricondurre all'influenza di quella cultura araba da sempre attenta alla cura del folle, che giunge a Napoli grazie all'opera della catalana Maria Lorenza Longo (fondatrice degli Incurabili nel 1519) e più in generale agli strettissimi rapporti esistenti in età moderna tra la Spagna e l'Italia meridionale<sup>12</sup>.

L'accentramento di funzioni che la città di Napoli assumerà rispetto al Mezzogiorno d'Italia, nel corso del plurisecolare processo che attraversa l'intera età moderna, riguarda quindi anche le istituzioni e le prassi medicali, comprese quelle *proto-psichiatriche*. Gli Incurabili (il termine ha che fare con la povertà e la conseguente impossibilità di pagare le cure, non con la guaribilità delle malattie) finiranno per diventare l'unico polo di attrazione, nell'arco di tre secoli, per i folli dell'Italia meridionale peninsulare. È accertato che tra i ricoverati presso la «pazzeria» ci fossero anche persone provenienti da città e comunità abruzzesi, pugliesi, lucane. Con gli Incurabili nasce quindi quella che sarà una peculiarità del Mezzogiorno d'Italia: la prassi di spedire il folle a distanze notevolissime, lontano dalla propria terra, cultura, gente, famiglia. Ma il processo assumerà dimensioni e modalità ben più tragiche nel corso della fase successiva.

ii. *Periodo manicomiale*. Le complesse vicende storico-culturali che hanno determinato la nascita del manicomio in Europa<sup>13</sup> non fanno che confermare in sostanza la validità del modello sincronico-sociologico dell'*istituzione totale* di Erving Goffmann, approfondito poi per lo specifico psichiatrico dai coniugi Franco Basaglia e Franca Ongaro. Nella sua forma tardo-settecentesca e ottocentesca, il manicomio nasce dall'ambigua commistione di

<sup>12</sup> Nella penisola iberica la cultura araba era infatti vivissima fino alla fine XV secolo. In proposito, ricorda Foucault: « ... sembra infatti che abbastanza presto si siano fondati nel mondo arabo veri e propri ospedali destinati ai folli: forse a Fez fin dal VII secolo, forse anche a Bagdad verso la fine del XII, certamente al Cairo nel corso del secolo seguente ... vi si pratica una specie di cura dello spirito in cui intervengono la musica, la danza, gli spettacoli e l'audizione di racconti meravigliosi ... Non è forse un caso se i primi ospedali di insensati in Europa sono stati fondati proprio in Spagna verso l'inizio del XV secolo. È anche significativo che siano stati i Frères de la Merci, molto in contatto con il modo arabo in quanto praticavano il riscatto dei prigionieri, ad aprire l'ospedale di Valenza...» (Foucault M. 1963 p. 175 tr. it.).

<sup>13</sup> Cfr. Foucault M. 1963; e Dörner K. 1969.

un mandato sociale custodialistico e di uno curativo, improntando di sé la nascente scienza psichiatrica, grazie alle *affinità elettive* esistenti tra le proprie finalità, la moderna concezione mercantilistica dell'*homo aeconomicus* e la nuova sensibilità sociale riguardo ai temi della povertà e della follia, in una società tendenzialmente distruttiva di rapporti sociali paternalistici e *Weltanschauungen* tradizionalistiche. Ben presto, il manicomio subordina le proprie istanze filantropiche e poi medicali (di matrice rispettivamente illuministica e positivistica) alle esigenze di un'istituzione che risponde all'imperativo primario della propria sopravvivenza in quanto spazio concentrazioneario di mera custodia per individui a vario titolo indesiderati. Prima istituzione del genere in Italia, la *Real Casa de' Matti* nasce nel 1813 sotto l'impulso riformatore, modernizzante e laicizzante del governo murattiano. Per ragioni contingenti, la sede viene fissata presso l'antico convento di «S. Maria Maddalena» in Aversa: nella Provincia di Terra di Lavoro, ma nelle immediate vicinanze della popolosissima capitale del Regno delle Due Sicilie.

Il manicomio è figlio della cultura illuministico-giacobina. Dalla Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo a quelli dell'*uomo malato* e a quelli del *malato di mente* il passo è breve, anche nella arretrata «provincia italiana» dell'Impero Francese (che erediterà e diffonderà quella cultura). Nello statuto si fa riferimento al diritto alla cura per tutti i «cittadini-sudditi» del Regno, anche i più poveri, e non alla pericolosità sociale dei folli. L'istituzione comincia a funzionare riscuotendo il plauso di tutti gli innovatori, diventando agli occhi della nascente «opinione pubblica» un modello di esperienza avanzata, imitato e studiato anche all'estero. Dopo il 1815, sarà un fiore all'occhiello per il restaurato governo borbonico, che si guarderà bene dall'esautorarne la direzione, fatalmente collusa con il governo giacobino.

A differenza di quanto avveniva nelle istituzioni dell'età moderna di cui parla Foucault<sup>14</sup>, ad Aversa si tentano pratiche cura-

<sup>14</sup> Gli ex-lebbrosari riutilizzati in Europa a partire dal XVII secolo in seguito alla necessità di gestire il «grande internamento», ossia la progressiva esclusione dalla società (in via di sviluppo mercantilistico, ma fondamentalmente ancora di *ancien-régime*) di tutti i tipi di devianti: vagabondi, criminali, prostitute, dementi, blasfemi o semplici eccentrici, ormai obsoleti, dati i nuovi imperativi dell'economia e della morale del tempo.

tive basate sul *trattamento morale*. Loro scopo è il recupero della persona – definita senza più ambiguità «malata», ovvero degna di interesse scientifico – a un trattamento medico-sanitario. Una limitazione degli aspetti di punizione/contenzione e una grande attenzione ai nuovi metodi di cura, già teorizzati – più che praticati – nella Francia rivoluzionaria da Pinel, saranno i *desiderata* espliciti del primo direttore: l'abate Giovanni Maria Linguiti, forse non a caso un religioso e non un medico.

Ma già a partire dagli anni '20 del XIX secolo, l'istituzione avversana si allontana rapidamente e irrevocabilmente dalle finalità ufficiali per cui era stata creata. Di giorno in giorno aumenteranno al suo interno le ristrettezze, le miserie, gli abbandoni, i maltrattamenti e gli orrori, come documenta puntualmente Catapano. Una delle sue specificità sarà l'*intoccabilità*, nonostante le perplessità relative all'ubicazione manifestate già nel 1817 da Linguiti, dovuta *in primis* alla sua funzione di centro di potere gerarchicamente organizzato e luogo strategico di erogazione di denaro pubblico<sup>15</sup>. Il tratto fondamentale che la connoterà sarà «l'impossibilità – o meglio l'incapacità – dell'istituzione a correggere se stessa»<sup>16</sup>.

Ogni istituzione nasce e sopravvive anche grazie alla costruzione di un mito di sé, in cui il momento fondativo riveste un'importanza decisiva. Il mito – spesso collegato a una originale *nomina-zione* o a un motto<sup>17</sup> – ha la funzione di rinforzare la coesione degli attori sociali coinvolti al suo interno e quella di confermare la *necessità* dell'istituzione, nella sua forma e nei suoi modi di funzionamento attuali, presso la comunità che la circonda e la società più ampia. Nei regolamenti, nei documenti, nella stampa della fase iniziale è riscontrabile il *mito* della *casa dei folli* avversana: la «gran-

<sup>15</sup> È una delle tesi sostenute da Catapano nella monografia sul manicomio di Aversa (Catapano V. D. 1986)

<sup>16</sup> *Ibidem* p. 346.

<sup>17</sup> Sul tema vedi Valentino N., *Istituzioni post-manicomiali. Dispositivi totalizzanti e risorse di sopravvivenza nelle strutture intermedie residenziali*, non pubblicato. L'autore ci ricorda a mo' d'esempio la scritta che figurava all'ingresso del carcere di Santo Stefano, istituito nel 1764: «Fino a che la santa legge tiene tanti scellerati in catene, sta sicuro lo Stato e la proprietà»; e quella che oggi campeggia presso il campo di concentramento statunitense di Guantanamo dove il governo tiene rinchiusi quelli che definisce «nemici combattenti»: «Onore in difesa della libertà».

de famiglia de' matti», saggiamente governata dai suoi paterni direttori, in cui il folle ritroverebbe la salute anche grazie a un senso di ritrovata appartenenza. E vi si affaccia quello *proto-scientista* dell'infallibile e onnipotente competenza clinica dell'istituzione<sup>18</sup>.

Nella realtà, il manicomio funzionerà ottemperando a un ben diverso mandato: quello della *deportazione*. Per statuto la Maddalena è tenuta ad accogliere i matti provenienti da tutte le province del Regno (eccetto i siciliani, che dal 1827 afferranno alla filiale di Palermo). La prassi di spedire sistematicamente il folle a centinaia di chilometri di distanza dalla sua terra, lontano dal contesto in cui la sofferenza si è generata, caratterizzerà il periodo manicomiale; e configurerà la più violenta e totale negazione del diritto all'abitare, inteso come irrinunciabile istanza di appartenenza a una *Gemeinschaft*<sup>19</sup>, a un contesto antropico. *L'utopia asilare ottocentesca fallisce sul nascere*: l'idea di conferire ai matti lo *status* di soggetti di diritto – il diritto alla cura – confinandoli in un luogo *altro* per definizione, sia pure a loro ora destinato in esclusiva e sempre negato in precedenza, si dimostra tragicamente fuorviante. L'internamento, motivato dalle necessità di un'oggettiva osservazione scientifica e dai principi della giovane clinica psichiatrica, diventa violenta costrizione all'esperienza dell'*Unheimliches*<sup>20</sup>. E, alla luce del

<sup>18</sup> «... sapran bene colà [ad Aversa, *n. d. a.*] cosa fare!» e: «... perciò siam d'avviso d'inviarsi nella Casa dei Matti in Aversa, ove non mancano dei presidii curativi per debbellare la descritta malattia»: è quanto si dice, ad esempio, in due relazioni mediche – tra le tantissime che motiveranno gli internamenti a vita – degli anni '40 del XIX secolo (citate in Catapano V. D. 1986), provenienti da due paesi del profondo Mezzogiorno.

<sup>19</sup> Il termine è tradotto in genere con «comunità». Ma bisogna considerare la contrapposizione tra *Gemeinschaft* e *Gesellschaft* («società»), che ha influenzato l'intero pensiero sociologico europeo otto-novecentesco (a partire da Ferdinand Tönnies) e lo struttural-funzionalismo americano del XX secolo (ad es. Talcott Parsons). I rapporti antropici che connotano la prima sono paternalistici, affettivamente connotati, subìti, anche a causa del destino esistenziale che presumibilmente accomunerà i membri del gruppo. I rapporti *gesellschaftlich* presuppongono invece lo sviluppo dell'urbanesimo, dell'individualismo, dell'utilitarismo e la possibilità della mobilità sociale: in una parola, della *civiltà capitalistica*.

<sup>20</sup> La radice del termine indica assenza di casa (*un-heim*), di familiarità. Freud e altri ricercatori a orientamento fenomenologico hanno indicato con questo termine il vissuto di radicale estraneità al mondo presente in alcuni stati psichici da loro studiati e descritti: ma esso sembra poter essere utilizzato anche per indicare il vissuto di *non appartenenza* – sociologicamente *sovradeterminato* – destinato ai condannati all'istituzione totale.

giudizio storiografico, prassi *ideologica nel senso volgare* e cioè *mistificatoria*: sortisce infatti l'effetto di legittimare pratiche *negatrici* di diritti, a causa di quel paradossale capovolgimento – tipico delle fasi di mutamento sociale tumultuose e complesse – che particolari configurazioni del rapporto «azione sociale/orientamento ideologico all'azione sociale»<sup>21</sup> possono assumere di fronte ai propri esiti. Le pratiche psichiatriche andranno a soddisfare istanze di controllo sociale della devianza, già presenti in età moderna ma divenute più pressanti in società sempre più dominate da quei molteplici e diffusi «poteri disciplinari» che si affiancano a quelli tradizionali e li sostituiscono<sup>22</sup>. Alla logica *proto-psichiatrica* dell'interdizione come motivazione all'internamento – scaturita *in primis* da istanze di tutela patrimoniale della famiglia – si sostituirà nel corso del XIX secolo quella del prevalente invio da parte di un *apparato scientifico-statuale*, che reciderà i legami del folle con la famiglia<sup>23</sup> e lo sradicherà ulteriormente da ogni contesto antropico. Il processo esiterà in Italia nella legge del 1904 che, imitativa e più retriva di quella francese del 1838, subordinerà la cura agli aspetti di «pubblica tutela» dalla presunta pericolosità sociale del malato di mente e avrà vigore fino al 1978.

La storia manicomio di Aversa è dunque monotonamente storia di violenta negazione di diritti, per quanto riguarda l'*abitare*.

<sup>21</sup> La terminologia è di Max Weber e descrive la complessità del rapporto tra «senso soggettivo» ed esiti oggettivi dell'azione sociale. Weber definisce queste paradossali regolarità storico-sociali «eterogenesi dei fini».

<sup>22</sup> Cfr. Foucault M. 2003. Nelle lezioni del 21 e 28 novembre 1973 (pp. 47-92 tr. it.) l'autore illustra la genealogia di quello che chiama «potere di disciplina». E vi descrive esempi storici (mondo monastico, esercito, università, scuole di formazione ai mestieri) che illustrano le modalità attraverso cui le società moderne si dotano di dispositivi normalizzanti, basati su procedure (scritture, controlli centralizzati, sanzioni, regolamentazioni) che definiscono il proprio bersaglio in ultima istanza nel *corpo dell'individuo*. Ogni forma di potere disciplinare avrà un proprio *residuo* irriducibile – la devianza – che darà luogo a specifici correttivi *ortopedizzanti*. La forma precedente – con cui il potere disciplinare è stato storicamente interecciato – è definita «potere di sovranità» ed è basata su scambi asimmetrici tra sovrano e *gruppi* (ma non individui). Le pratiche psichiatriche rappresentano il dispositivo disciplinare competente sulla più aspecifica e radicale delle devianze: *la malattia mentale*, da intendere come una sorta di *residuo dei residui*.

<sup>23</sup> Sulla antitetività del modello di potere vigente nella famiglia rispetto a quello manicomiale, cfr. ancora Foucault M. 2003, pp. 93-117 tr. it.

La prassi della deportazione sarà bisecolare<sup>24</sup>. Le dimissioni avverranno prevalentemente in seguito alle morti per malattia: pensiamo alle ultime grandi epidemie di colera (1836-37 e 1881), che dimezzarono la «famiglia» dei matti; o al gran numero di morti causate dalle malattie da raffreddamento, dovute al fatto che molti matti giravano nudi o quasi per i padiglioni e i cortili del manicomio anche d'inverno. Inoltre, come denuncia nel 1875 il direttore Gaspare Virgilio, molte persone continueranno ad arrivare così malconce ad Aversa da morire spessissimo pochi giorni dopo l'ammissione in manicomio. Durante il biennio più difficile della Seconda Guerra Mondiale (1943/1944), vi moriranno prevalentemente per fame 1.365 internati su 3.113, per cui si è potuto dire che al *grande internamento* dell'età classica è succeduto in età contemporanea un *grande interramento*<sup>25</sup>.

Ma se i campi di sterminio non sopravvissero alla guerra, non si può dire lo stesso dei manicomi. L'Ospedale Psichiatrico di Aversa si riavrà ben presto. Nonostante si siano creati nel sud numerosi Ospedali Provinciali (ultimo quello di Potenza nel 1959), il massimo del sovraffollamento nella Maddalena si raggiungerà alla fine degli anni '50 con circa 2.700 internati, in sintonia con il pluri-decennale *trend* nazionale<sup>26</sup>, collegato quest'ultimo al generale processo di incremento demografico interrotto durante la guerra e ripreso negli anni successivi ma anche – in una prospettiva di più lungo periodo – all'ulteriore estensione delle funzioni e dei *dispositivi disciplinari* psichiatrici.

La nascita dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario va messa in relazione alla crisi del neonato Stato Unitario – oltre che alle difficoltà incontrate dai direttori dei manicomi «civili» nella gestio-

<sup>24</sup> La legge del 20 marzo 1865 assegnava ad ogni amministrazione provinciale l'onere di provvedere all'assistenza dei propri malati di mente. Ma ancora nel 1950 era fortissima ad Aversa la presenza di internati extra-campani. Nel 1974 il manicomio di Nocera Inferiore internava, secondo un documento stilato dai suoi operatori, ben 757 malati di Cosenza, 225 di Campobasso e 145 di Isernia. Meri provvedimenti legislativi non possono, evidentemente, invertire le tendenze connesse alle funzioni più autentiche dell'istituzione: nella fattispecie la deportazione e l'accentramento dei malati di mente.

<sup>25</sup> Cfr. Catapano V. D. 1978.

<sup>26</sup> Secondo alcune fonti (riportate in Pantozzi G. 1994), in Italia si passa dai circa 12.000 internati nei manicomi nel 1870 ai 96.000 nel 1940.

ne dei «folli delinquenti» –, la cui esistenza fu seriamente messa in discussione da possenti spinte centrifughe nate nella società civile italiana, una delle cui principali espressioni fu un diffuso ribellismo dai tratti di *Ancient-Régime* e dalle ambigue finalità politico-ideologiche. La rivolta contadina, il brigantaggio, l'anarchismo politico furono affrontati tra l'altro con l'internamento degli attori sociali devianti nei nuovi manicomi criminali<sup>27</sup>.

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa, istituito nel 1876 e primo in Italia, reclude oggi oltre 200 persone provenienti da tutta Italia, avendo superato indenne le serrate critiche del movimento anti-istituzionale. Al momento, la maggior parte dei servizi territoriali di salute mentale sembra scontare le oggettive difficoltà – oltre all'incapacità – di favorire la dimissione dei «pazzi criminali» e la loro reintegrazione nelle comunità.

iii. *Periodo post-manicomiale*. Bisognerà aspettare gli anni '90 e le decisioni del primo Governo Berlusconi, motivate da esigenze meramente finanziarie oltre che da quella di favorire la sanità privata, perché i manicomi si svuotino davvero e sia finalmente attuata l'operazione simbolicamente più significativa della 180. La legge regionale campana per la salute mentale (n. 1 del 1983, attuativa della 180), prevede la creazione di Strutture Intermedie Residenziali (SIR), con venti posti al massimo, per ospitare le persone provenienti dai manicomi. L'aggettivo «intermedia» ha due connotazioni: una cronologica (i ricoveri devono essere transitori, perché bisognerà restituire prima o poi alle persone psichiatrizzate il diritto di abitare fuori dal circuito psichiatrico) e una organizzativo-culturale (le strutture residenziali devono avere una caratterizzazione gestionale intermedia tra il «sanitario» e il «sociale», e non più sbilanciata a favore del primo). Sembrerebbe che

<sup>27</sup> L'organizzazione dei moti anarchici in Terra di Lavoro fu significativa, anche grazie alla presenza nel territorio di teorici di spicco quali Michail Bakunin ed Errico Malatesta (nativo di S. Maria Capua Vetere). Ma valga ad esempio, per illustrare il carattere *politico* del controllo sociale esercitato dai manicomi criminali, una cronaca del 1923 relativa alla visita di un giornalista, accompagnato personalmente dal direttore Filippo Saporito, al Manicomio Giudiziario di Aversa: «I detenuti sono usciti nel cortile: alcuni con chitarra e mandolino suonano cheti in un angolo: uno zuffola un'arietta. Chiediamo una marcia reale: ubbidienti ci assecondano: ma dal piano di sopra *sferza vituperii un anarchico* ... Lo visitiamo, ma la sua logica è inafferrabile ... » ("Roma", 23 maggio 1923).

presso le SIR non debbano mai effettuarsi ricoveri definitivi: questo è il codice gestionale esplicito e simbolico che dovrebbe regolarne il funzionamento. E ciò in vista di una restituzione delle persone ai loro gruppi e comunità di appartenenza, ove possibile; in vista di un progetto riabilitativo che tenga comunque conto di elementari istanze a un *abitare* e contribuisca a rilanciare alla vita, ove ormai inesistente ogni contesto di appartenenza.

Ma cosa accade realmente dopo il 1978 in Aversa e dintorni? Il solitario tentativo di Catapano di operare trasformazioni organizzative e culturali per rendere il manicomio una *comunità assistenziale* enorme ma decorosa, soprattutto rispetto all'*abitare*, non può che fallire miseramente, costringendolo nel 1977 alle dimissioni. Da quel momento in poi – ma ancora di più dopo l'approvazione della 180 e della 833 – la Maddalena diventerà e rimarrà fino alla morte una sorta di «terra di nessuno», essendo all'*establishment* medico locale ben chiaro che il manicomio dovrà prima o poi essere dismesso e che il centro di gestione del potere psichiatrico si sposterà nelle Unità Sanitarie Locali. La qualità degli *habitat* e in generale della vita all'interno dell'istituzione toccheranno dopo il 1978 – a detta di molte persone psichiatrizzate<sup>28</sup> – i livelli più bassi che siano mai stati visti dopo il 1945. Padiglioni e strutture diventano di anno in anno sempre più cadenti, gli internati sempre più abbandonati a sé stessi, lo sfruttamento *ergoterapico* e le pratiche basate su soprusi e maltrattamenti lungo la tradizionale linea gerarchica (medici – infermieri – ispettori – sorveglianti – malati) sempre più annichilenti.

<sup>28</sup> Il controverso uso del termine *persona psichiatrizzata* è giustificato dal fatto che molti utilizzatori dei servizi psichiatrici che si sono visti attribuire una diagnosi psichiatrica severa erano e sono a rischio di entrare in un circuito mortificante, i cui principali elementi costitutivi sono: a) l'etero-attribuzione di uno stigma negativo, poi interiorizzato, legato ai diffusi pregiudizi di cui è oggetto la malattia mentale; b) la riduzione di capacità e autostima, legata a un uso improprio – spesso massiccio e sistematico anche quando evitabile – di psicofarmaci di tutte le «generazioni»; c) la frequentazione non ragionata e *sine die* – spesso tale in quanto volta a soddisfare istanze di quelli che dovrebbero essere i curanti – dei centri di riabilitazione psichiatrica, dove generalmente si svolgono attività ripetitive, insensate o francamente squallide e non il doveroso rilancio alla vita (cosa possibilissima, date le intelligenze, i talenti, le creatività, le capacità empatiche non ancora intaccate di tanti utenti e operatori) delle persone con sofferenza psichica, necessariamente lontano dai servizi psichiatrici. Il termine, inoltre, presenta il vantaggio di poter includere nel campo di indagine gli operatori, essi stessi a vario titolo soggetti a dinamiche di esclusione.

La «domanda di residenzialità» – ma sarebbe sociologicamente più corretto parlare di *istanze di internamento* –, una volta soddisfatta dalla collocazione in manicomio, si sposta e si trasforma. Nella forma tradizionale del *ricovero*, si dirige ora in parte verso le cliniche private<sup>29</sup> e in parte verso le «case albergo», molto diffuse sul litorale domizio<sup>30</sup>. Si determina poi un ricorso massiccio ai ricoveri presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) degli ospedali generali e un notevole incremento del flusso diurno di utenti presso i neonati servizi territoriali, che svolgono attività ambulatoriali e di intrattenimento.

Le Unità Operative di Salute Mentale (UOSM), i servizi territoriali previsti dalla legge 1/83 e che in Aversa e dintorni stenteranno molto a partire, fino al 1995 si limiteranno a prelevare dal manicomio gli operatori migliori<sup>31</sup>. L'operato della Commissione Regionale istituita nel 1994 per predisporre la dimissione dei pazienti

<sup>29</sup> Almeno fino al 2002, anno di istituzione del Dipartimento di Salute Mentale della ASL CE/2, era imperante – causa la disattenzione o la complicità di alcuni medici delle Unità Operative di Salute Mentale – la prassi da parte di molte cliniche private di chiedere l'autorizzazione alla proroga dei ricoveri (che spesso diventavano incredibilmente lunghi), che per legge si sarebbe dovuta ottenere dal servizio pubblico, non ai servizi competenti sul territorio e sul contesto di appartenenza dei ricoverati, ma a quelli competenti sul territorio in cui insistevano le cliniche. Questi servizi, ovviamente, non conoscevano gli utenti: e quindi mai avrebbero potuto lavorare a qualcosa che somigliasse anche lontanamente a un progetto terapeutico-riabilitativo e di cui il ricovero potesse rappresentare solo un momento.

<sup>30</sup> Chi scrive ha svolto nel 1998 un'indagine sulla psichiatrizzazione del territorio comunale di Castelvoturno, mostro demografico (i circa 5.000 residenti del 1980 diventano ufficialmente 18.000 nel 2001, ma almeno 35.000 secondo la stima di autorevoli operatori del volontariato lì impegnati in attività di accoglienza) e sociologico, esteso approdo di una *deriva sociale* composita e inarrestabile: «terremotati» del 1980 e del bradisismo di Pozzuoli; sfollati dalle aree metropolitane e sub-metropolitane campane affamati di alloggi a basso prezzo; pluri-etnici e pluri-cromatici flussi di stranieri occupati in lavori agricoli sottopagati o in lavori domestici; «extracomunitari» vittime e carnefici di organizzazioni criminali campane e straniere, dediti alla pratica e allo sfruttamento della prostituzione, al consumo e allo spaccio e di droghe, alla manovalanza criminale. A Castelvoturno si è riscontrata la presenza di una quindicina di «case-albergo» – in realtà squallidi ospizi privati retti spesso da gente di mal'affare con la collaborazione di medici, alcuni dei quali prestano servizio presso una UOSM dell'entroterra napoletano – in cui erano rinchiusi più di duecento persone provenienti dall'intera regione, tra cui una settantina con storie e *carriere* prevalentemente psichiatriche.

<sup>31</sup> Molte delle informazioni relative alla dismissione del manicomio sono state fornite dal Dr. Perrino, all'epoca Direttore dell'Unità Operativa di Dismissione dell'Ospedale Psichiatrico, che ha rilasciato a chi scrive un'intervista.

rappresenterà il punto di svolta. Ma le motivazioni del suo insediamento – così come quelle delle indagini da essa svolte sulle condizioni socio-economiche dei pazienti – avranno a che fare con i nuovi criteri economicistici di gestione del Servizio Sanitario Nazionale, e in particolare con le penalizzazioni che i Direttori delle neonate Aziende Sanitarie Locali avrebbero subito se non avessero attuato nei tempi previsti la dismissione del manicomio. La *territorializzazione* (l'individuazione, mai certa, delle UOSM che avrebbero dovuto farsi carico delle persone da dimettere) e la divisione in tre fasce degli internati (persone a prevalente problematica geriatrica, relativa ad handicap e psichiatrica), rispondente a una elementare istanza di distinzione delle problematiche e di individualizzazione dei progetti di dimissione, si risolverà per lo più in una conflittuale contrattazione – orientata spesso da interessi localistici e privatistici – tra i direttori dei manicomi e quelli delle UOSM, sullo sfondo della quale compariranno i proprietari delle numerose case-albergo, pronti a proporre ai dirigenti del servizio pubblico vantaggiose e rapide soluzioni «chiavi in mano» per la sistemazione dei matti che per legge non possono più stare in manicomio. Neanche volendo, infatti, i *managers* delle ASL campane avrebbero potuto – dopo anni di disinteresse pubblico per la questione – individuare rapidamente strutture risorse e personale adeguati per l'apertura delle SIR. L'attenzione prevalente che in questa fase si dedica alla questione dell'*abitare* da parte dei vertici dell'azienda e della salute mentale aversani è per l'acquisto di nuovi arredi per il *dismettendo* manicomio, consentito dal Direttore della ASL solo dietro promessa da parte dei responsabili della salute mentale che essi sarebbero stati poi riutilizzati nelle SIR.

Oltre 100 persone – circa un terzo degli internati alla Madalena – saranno prese in carico tra il 1997 e il 1998 dalle cinque UOSM (Aversa, Capua, Santa Maria Capua Vetere, Sessa Aurunca, Villa di Briano) in cui il bacino di utenza della ASL CE/2 (circa 470.000 abitanti, più di metà della popolazione della provincia di Caserta) è stato ripartito. Gli altri provengono perlopiù dai territori di competenza delle ASL NA/1 (la città di Napoli) e CE/1 (la rimanente parte della provincia di Caserta, comprensiva della città capoluogo). L'alto numero di napoletani si spiega tra l'altro con la vicenda del grande manicomio pri-

vato napoletano “Villa Russo”: molti internati e operatori ad esso afferenti erano stati fatti confluire alla Maddalena affinché non cessasse completamente di funzionare come centro di potere e gestione di risorse.

L’oggettiva complessità della vicenda amministrativa e l’interesse di singoli o gruppuscoli di dirigenti dei servizi psichiatrici a mantenere sfere di influenza e potere – fatte di controllo del destino di malati e loro famiglie, di infermieri e altro personale, di appalti e concorsi, di carriere proprie e altrui – faranno sì che la dismissione del manicomio di Aversa finisca per configurare il lavoro di dimissione dei pazienti come essenzialmente burocratico. L’obbligo di *collocare* in qualche modo le persone fuori dalla Maddalena distoglierà gli operatori – molti dei quali hanno più che altro *subìto* la chiusura del manicomio, anche perché non hanno vissuto il clima culturale e non hanno compreso le ragioni profonde delle lotte anti-istituzionali degli anni ’70 – da un lavoro che avrebbe potuto essere *trasformativo in quanto re-stitutivo di diritti*: progettare e realizzare, sfidando indubbe difficoltà tecnico/amministrative e diffusi stigmi sulla malattia mentale, situazioni residenziali e di vita che dessero adeguata soddisfazione alle istanze emancipative e più in generale di *apertura al mondo* (espressive, estetiche, erotiche, abilitative, professionali e quant’altro) degli ex-internati, che costituissero un valido esempio di cura per le persone con sofferenza psichica cui la Storia avrebbe risparmiato l’esperienza manicomiale, che trasformassero le comunità introducendovi nuove prassi e culture di inclusione sociale.

## 2. LA COSTRUZIONE DI UN DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, di Giovanna Del Giudice

La testimonianza è fondamentale... determina una situazione di trasformazione difficile da recuperare... è molto difficile recuperare la pratica, mentre è molto facile recuperare l’ideologia. Allora dobbiamo stare attenti a ciò che consideriamo rivoluzionario, che non è creare ideologie ma riflettere sulle cose che in pratica trasformiamo.

*Franco Basaglia, Conferenze brasiliane*

## a. *L'Azienda sanitaria locale Caserta 2*

Questo testo vuole essere la testimonianza di un'esperienza di lavoro svolta negli anni 2002-2004 nel contesto di una Azienda sanitaria locale dove, all'interno di una generale azione di ricostruzione e qualificazione del sistema sanitario pubblico e nell'avvio di pratiche di *welfare* comunitario, si è attuata una trasformazione significativa nella rete dei servizi per la salute mentale.

L'Azienda sanitaria locale Caserta/2 copre un territorio di circa 70 km. in lunghezza e poco meno in larghezza, che va dai monti dell'Appennino al mare, dal golfo di Napoli al golfo di Gaeta. Una grande Asl, 473.000 abitanti e 43 Comuni con storia, cultura, influenze differenti e che ha il suo centro principale nella città di Aversa, città dai due manicomi: il manicomio civile istituito nel 1813 e definitivamente chiuso nel 1998; l'ospedale psichiatrico giudiziario, primo manicomio criminale italiano del 1876, attualmente con circa 200 internati. Oltre ad Aversa, le città di Capua, S. Maria Capua Vetere, Sessa Aurunca, numerosi altri paesi e popolose comunità.

Un elemento che caratterizza l'area dell'Asl Caserta/2 è la scarsità o assenza dell'intervento dello Stato, il predominare dell'interesse privato sull'interesse collettivo, l'arte dell'arrangiarsi, il clientelismo e l'assistenzialismo. Alla debolezza dei servizi pubblici corrisponde la grande sfiducia dei cittadini e degli stessi operatori verso le istituzioni, in un rapporto che si conferma ed implementa: quanto più c'è sfiducia nelle istituzioni tanto più le istituzioni sono deboli, quanto più le istituzioni pubbliche sono evanescenti e deboli tanto maggiore è la sfiducia delle persone e degli operatori stessi, insieme alla convinzione che sia impossibile qualsiasi cambiamento. Esiste, per compenso, un privato forte, punto di riferimento a volte unico per i/le cittadini/e, momento di delega e de-responsabilizzazione per il pubblico. E in un rapporto complementare con l'assenza dell'intervento dello Stato, forte è la presenza, e l'infiltrazione fin nelle istituzioni delle organizzazioni criminali insieme ad una cultura e ad atteggiamenti di tipo camorristico, violenti, di intimidazione, basati sullo scambio di affari e benefici che informa i rapporti.

Il degrado ambientale è diffuso ed evidente, in particolare nell'agro aversano. Interi campi pieni di spazzatura, cumuli enormi di immondizie ai cigli delle strade, anche sulla grande viabilità. Periodicamente esplose la questione dei rifiuti e del loro smaltimento. È un degrado ambientale determinato e sostenuto dagli interessi della camorra, mantenuto e riprodotto dalle culture locali.

Drammatica è la questione dell'occupazione. La Campania ha il 22% di disoccupati (la media italiana è l'8%) e raggiunge il 38% se si aggiun-

ge il lavoro precario e flessibile. I dati ISTAT indicano che la regione ha il più alto tasso di analfabetismo e che alta è la dispersione scolastica. Questi elementi per indicare che ci sono grandi fasce di popolazione senza accesso ai diritti minimi.

Alta è la mortalità per patologie tumorali. Elevato il tasso di parti cesarei, la Campania raggiunge il tasso del 70% di parti cesarei, seconda nel mondo solo al Brasile. Nella Asl Caserta/2 fino al 2002 negli ospedali pubblici non erano effettuate interruzioni volontarie o terapeutiche di gravidanza ai sensi della legge 194 del '78.

Da ultimo, la questione delle relazioni e della famiglia. Esiste il grande valore della relazione, del rapporto con l'altro, quindi un'umanizzazione importante nello scambio sociale: ma questo alla fine diventa, o è utilizzato, come modo per leggere il mondo, oltre i contenuti, oltre le pratiche, e permette in nome della relazione di non assumere posizioni su linee operative o contenuti. L'intreccio tra rapporti istituzionali e privati inquina spesso le pratiche. Le reti familiari rappresentano sicuramente un valore aggiunto, anche nei percorsi di salute, che va riconosciuto e valorizzato da parte dei servizi pubblici: ma di contro vanno contrastati i fenomeni di invasione acritica dei servizi da parte della famiglia allargata, per es. nel Pronto Soccorso, che necessitano fino all'intervento di guardie giurate, così come lo «scaricare» da parte dei servizi sulla famiglia troppo carico e responsabilità, pena la sofferenza e la marginalizzazione sociale delle donne, su cui maggiormente poggia il lavoro di cura.

#### b. *I servizi di salute mentale nella Asl Caserta 2*

Diamo conto ora di come erano organizzati ed apparivano i servizi di salute mentale nel febbraio 2002 nell'Asl della Caserta/2, allorché si andava a costituire il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e iniziava il lavoro trasformativo dei dispositivi organizzativo-istituzionali e dell'agire terapeutico. Va precisato che nel dicembre 2001, con delibera di Giunta regionale, la Regione Campania emanava le «linee guida per l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale», acquisendo il lavoro della Commissione regionale per la tutela della salute mentale,<sup>32</sup> e istituiva i Dipartimenti Strutturali, a direzione uni-

<sup>32</sup> La Commissione, formata ad aprile del 2001 con l'obiettivo di redigere il Progetto Obiettivo Regionale Tutela Salute Mentale, è costituita dai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale, da esperti designati dalla Giunta, dall'Università, dai rap-

ca, con budget assegnato pari al 5% della spesa sanitaria, con autonomia tecnico-gestionale ed un regolamento di base.

Nell'Asl Caserta/2 il DSM è istituito l'8 febbraio del 2002, con la nomina del Direttore. A quella data nel DSM sono funzionanti cinque Unità Operative di Salute Mentale (UOSM)<sup>33</sup>, derivanti dalle vecchie Unità Sanitari Locali, che operano in maniera totalmente non coordinata, con differente organizzazione e diversa etica, spesso in maniera autoreferenziale. Alle unità operative di Aversa e di Sessa Aurunca afferiscono i Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura (SPDC), allocati nei rispettivi ospedali generali. Gli operatori presenti nel DSM al 31/12/2001 sono 298: 48 medici, 5 psicologi, 3 sociologi, 5 assistenti sociali, 207 infermieri, 3 terapisti della riabilitazione, 3 educatori, 20 operatori ausiliari, 4 amministrativi<sup>34</sup>.

Si rileva nei servizi una diffusa carenza di responsabilità degli operatori nei confronti del territorio e della domanda di salute. Pur in presenza di molti professionisti qualificati e di esperienze di buone pratiche, tutto sembra immesso in un sistema organizzativo frammentato e parcellizzante che non tutela i bisogni-diritti dell'utenza e non valorizza, alla fine, gli operatori. Sono presenti situazioni di chiaro abbandono e violazione dei diritti umani nei confronti delle persone con disturbo mentale e dei loro familiari.

In generale i Centri di Salute Mentale (CSM), uno per ogni UOSM, appaiono squallidi, quando non degradati, con *habitat* fatiscenti, vuoti o con persone in attesa di visita in disadornate sale di attesa. L'organizzazione della presenza medica è riferita essenzialmente alla risposta all'emergenza e a quella ambulatoriale. Un medico nelle ore diurne è «di guardia» per rispondere alle numerose chiamate di emergenza attuate dal 118, dalle forze dell'ordine, dalle famiglie, dai passanti, dai vicini... Quando gli operatori psichiatri arrivano sul luogo dell'intervento, se sono già presen-

presentanti delle associazioni scientifiche, dalle più rappresentative associazioni dei familiari. Il Presidente è Franco Rotelli, Direttore Generale della Asl Caserta/2.

<sup>33</sup> Le cinque UU.OO.SS.MM. sono quelle di Aversa (ab. 137mila), Villa di Briano (ab. 126mila), S. Maria Capua Vetere (ab. 60mila), Capua (ab. 90mila), Sessa Aurunca (ab. 60mila).

<sup>34</sup> Vanno aggiunti gli operatori delle cooperative sociali che operano nelle strutture residenziali e nei centri diurni.

ti i servizi dell'emergenza questi rapidamente si allontanano come se quel paziente, quella situazione non li riguardasse, confermando così il «doppio binario», anche nella risposta alla crisi, per i pazienti psichiatrici. L'esito dell'intervento è di norma il Trattamento sanitario Obbligatorio (TSO) presso i SPDC aziendali o di altre Asl. La risposta ambulatoriale rappresenta il modello organizzativo di base del servizio territoriale. L'accettazione dell'utenza è burocratica e fatta da operatori rigidamente separati dalle persone da un tavolo, un muro, un vetro. Il lavoro domiciliare per lo più si declina come ripetitiva somministrazione farmacologica fatta dagli infermieri a un gruppo di utenti sempre uguale. Importante l'uso di farmaci *depot*. Alto il numero dei TSO<sup>35</sup>. I posti di «centro crisi» nei CSM istituiti ma non utilizzati<sup>36</sup>. Il lavoro con i familiari è assente, spesso le relazioni con i familiari sono di non rispetto quando non violente. Forte è il rimando da parte del servizio pubblico al privato delle persone con le problematiche più gravi con ricoveri presso le cliniche psichiatriche della regione<sup>37</sup> e del vicino Lazio quando non l'abbandono nelle famiglie.

I CSM nel DSM della Caserta/2, come in tutta la regione, sono organizzati sulle 24 ore, ma solo relativamente alla risposta all'emergenza, rimanendo il modello quello della «psichiatria di attesa». Si determina quindi un notevole spreco di risorse: basti pensare che in ogni CSM nel turno notturno sono presenti le unità infermieristiche di un turno (fino a 6), più due infermieri e un medico in reperibilità per le chiamate di emergenza dal territorio o dal Pronto Soccorso ospedaliero<sup>38</sup>.

Totale è la separatezza dei CSM dalla comunità locale, nonostante le periodiche manifestazioni organizzate nel territorio dai CSM, dovuta alla non *attraversabilità* dei servizi da parte della co-

<sup>35</sup> Nel 2001 i TSO sono 131, ma scenderanno a 56 nel 2003.

<sup>36</sup> I posti di centro crisi sono stati istituiti con la Legge Regionale n. 1 del 1983, attuativa della legge 180. Va precisato che la UOSM di Capua è l'unica che ha attivi 5 posti di «centro-crisi» per l'accoglienza di persone anche in TSO, e che nell'Unità Operativa di Aversa da alcuni mesi si è attivato 1 posto di accoglienza.

<sup>37</sup> In regione sono presenti ben 872 posti nelle cliniche private provvisoriamente accreditate. Nel 2001 il numero delle giornate di ricovero nelle cliniche autorizzate dalle 5 UOSM del DSM è di 4.690, ma scenderà a 763 nel 2004.

<sup>38</sup> Nell'Asl della Caserta/2 ci sono 4 presidi ospedalieri: ad Aversa, S. Maria Capua Vetere, Capua, Sessa Aurunca.

munità e alla non ricerca attiva da parte dei servizi di incontro, confronto, azioni comuni. L'organizzazione del lavoro è fortemente gerarchizzata, netta la divisione del lavoro tra i diversi ruoli professionali. Non esiste lavoro di *équipe*, rari i momenti di confronto e di discussione tra tutte le componenti del gruppo di lavoro. I SPDC operano con le porte chiuse e l'utilizzo routinario dei mezzi di contenzione. Nel SPDC di Aversa, particolarmente degradato, è ricoverato da più di 22 anni, dal giorno della apertura del SPDC, un giovane lì entrato all'età di 13 anni.

In ogni UOSM, nei CSM o nelle Strutture Residenziali, sono attivi Centri Diurni per attività espressive e di piccolo laboratorio, per lo più attività di intrattenimento svolte da generici operatori di cooperative sociali, di norma non qualificate, rivolte a gruppi di utenti sempre uguali. In alcune UOSM si sperimentano attività di tipo produttivo, agricole, di artigianato, che però non si confrontano con il mercato e non producono reddito per i pazienti.

Le Strutture Intermedie Residenziali (SIR)<sup>39</sup>, fino a 20 posti letto, non sono integrate nei contesti urbani, quando non assolutamente separate dalla comunità. Alcune si presentano con pesanti teli scuri di plastica che ricoprono le inferriate dei cortili e i cancelli in modo da impedire che si possa guardare dentro. Le residenze sono gestite da operatori del DSM, infermieri sulle 24 ore, un medico ed altri operatori sanitari a tempo pieno o parziale, insieme ad operatori di cooperative sociali di tipo «A». Nei fatti, tranne che per le attività di tipo strettamente sanitario, per lo più le residenze sono gestite totalmente dalle cooperative, lasciate sole nella programmazione ed operatività. Sono piccole istituzioni chiuse, totalmente separate dagli altri servizi della UOSM in cui insistono, con regole istituzionali, programmi di riabilitazione poco emancipativi, non attraversate dall'esterno e chiuse agli «ospiti» che non possono uscire autonomamente. Nella UOSM di Capua sono stati costituiti due appartamenti per giovani utenti, che però fanno riferimento più che al territorio alla vicina struttura residenziale a 15 posti.

<sup>39</sup> Istituite nel 1998, ne sono attive 6 ed ospitano ciascuna dai 15 ai 20 ex-lungodegenti dell'Ospedale Psichiatrico insieme ad alcuni utenti dei CSM, per un totale di circa 100 persone.

Va ricordato infine che nel 1998, alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Aversa, 40 ex-lungodegenti sono stati ricoverati in due Case Albergo, nell'area territoriale di Castel Volturno, gestite dal privato *profit*. Sono strutture di tipo manicomiale, ex-alberghi, isolate e totalmente separate dai servizi del DSM, che nel tempo sono andate ad accogliere anche alcuni giovani utenti, lì abbandonati dai servizi.

### *c. I principi guida del lavoro di costruzione del Dipartimento*

I principi guida su cui si è organizzato il lavoro di costruzione del Dipartimento, definiti nel programma triennale 2002-2004, si possono così sintetizzare:

- i. il DSM in un territorio definito si fa carico di tutta la domanda di salute mentale, senza selezionare o rimandare ma accompagnando la domanda impropria verso i servizi di competenza, con particolare attenzione alle persone con minor potere contrattuale, che fanno fatica ad accedere ai servizi, che sono a rischio di esclusione sociale;
- ii. in qualunque punto del sistema DSM l'utente deve trovare risposte omogenee, nel senso di una qualità di base garantita;
- iii. i servizi organizzano la loro operatività mettendo al centro la persona, e non la malattia, nella sua unicità e complessità, con la sua storia, gli affetti, le aspettative, le reti, il contesto;
- iv. il principio che guida il servizio pubblico, di contro a quello privato, è che chi ha meno più deve avere, la pratica terapeutica deve supportare in primo luogo le persone con maggiore disabilità, a rischio di esclusione e con minor potere contrattuale per il raggiungimento di pari opportunità nell'accesso ai diritti;
- v. alla base dell'agire terapeutico sono le pratiche di libertà e di liberazione. La libertà è il prerequisito della cura, non può esistere un rapporto di cura se non nel riconoscimento dell'altro/a, se non all'interno di un rapporto di reciprocità;
- vi. i servizi devono riconoscere le criticità, stabilire priorità e su queste indirizzare gli sforzi e le risorse, umane e materiali;
- vii. l'estetica dei luoghi, la qualità delle prestazioni, delle relazioni, dei prodotti va promossa, perseguita e mantenuta;

viii. va sviluppata l'*etica* del lavoro e la responsabilità nei confronti della salute di un territorio.

d. *Ventidue anni nel servizio di diagnosi e cura di Aversa*

Nel dare avvio alla costruzione del DSM siamo partiti dai luoghi e dalle pratiche dove maggiore era l'abolizione del diritto, mettendo al centro il processo di *de-istituzionalizzazione*<sup>40</sup>, andando a contrastare i processi di non riconoscimento e de-responsabilizzazione degli operatori presenti ogni qualvolta non si è attenti al sistema/circuito complessivo dei servizi e si lavora valorizzando solo uno specifico campo, uno specifico luogo, una specifica risposta, una tecnica. Al febbraio 2002 il luogo di maggiore criticità nel DSM è certamente il SPDC di Aversa, servizio centrale nell'organizzazione dipartimentale – non riconosciuto e disprezzato, ma utilizzato da tutte le UOSM – e anche nell'ospedale generale per il carico di domanda multiproblematica che arriva al Pronto Soccorso, allo svincolo di un territorio contraddittorio e conflittuale con una densità di popolazione tra le più alte d'Europa.

Così si presenta il SPDC di Aversa all'inizio del 2002. Porte chiuse, sporcizia, degrado. Si entra nel reparto attraverso un corridoio squallido e una porta di ferro chiusa a chiave. Un atrio sporco, buio, con sedie fissate l'una all'altra, quelle proprie dell'istituzione, alcune rotte. Sulla destra la porta, chiusa, della stanza del medico di guardia, di fronte una grande vetrata chiusa a chiave, frequentemente spaccata dai ricoverati. Appena dopo la vetrata, sulla sinistra, un grande stanzone squallido, la «mensa», con due o tre tavoli e i vetri dipinti per non fare guardare dentro da fuori. Poi un corridoio con camere a destra e a sinistra. Sulla sinistra le stanze di degenza con letti rotti, materassi distrutti, guanciali senza federe, senza armadi, bagni con i muri scrostati, mattonelle rotte, servizi igienici scheggiati in più parti, sporchi. Sui muri del reparto grossi buchi, come sulle porte. Una stanza per la contenzione con la porta di ferro, un'altra stanza con la por-

<sup>40</sup> Da intendersi come «processo pratico critico, che riorienta istituzioni e servizi, energie e saperi, strategie e interventi verso l'esistente sofferenza del paziente nel suo rapporto con il corpo sociale» (Rotelli F., 1994).

ta di ferro e il letto cementato nel pavimento. Sulla destra le stanze degli operatori, chiuse, quella del caposala l'unica dignitosa. Alla fine del corridoio una vetrata che separa le stanze delle donne che si affacciano su uno spazio esterno dove sono disposti macchinari che producono un rumore assordante ed insopportabile. La vetrata è chiusa a chiave durante la notte.

I buchi sui muri e le porte sono stati procurati dalle testate di un ragazzo, F., lì ricoverato (non si sa in quale forma di ricovero) da ventidue anni, entrato a tredici anni e mezzo il primo giorno di apertura di quel Diagnosi e Cura. Cammina F. in maniera inquietante nel corridoio, scansato da tutti, vestito malamente, con i «laccetti da passeggio», le mani legate l'una contro l'altra, che gli hanno anche procurato irreversibili limitazioni funzionali (saprà che era portato così legato anche nella città di Aversa e che questo aveva determinato una richiesta di legittimità fatta da alcuni cittadini al giudice tutelare). Ha passato negli anni molto tempo legato al letto di contenzione. La sua stanza è squallida, come e più delle altre, con la porta di ferro e il letto cementato al pavimento, così come il lavandino nel bagno. Gli operatori raccontano che F. è molto violento, e così suo padre, che ha spaccato costole a molti medici e infermieri. Il padre e la madre sono presenti quotidianamente nel reparto ad assistere F., a lavarlo, vestirlo, dargli da mangiare e a «controllare» gli operatori, in particolare ad impedire che F. venga mandato lontano in un «istituto», cosa che più volte è stata tentata dai medici del reparto ed impedita con forza dai genitori, che lo portano a casa quasi ogni pomeriggio. Il rapporto tra loro e gli operatori è molto conflittuale e di reciproco non riconoscimento e svalutazione. F. con la sua storia di istituzionalizzazione, l'abbandono in cui versa, l'assenza di progetto, rappresenta la massima contraddizione dei servizi, da tutti dimenticata o considerata non di propria competenza. Quindi il primo obiettivo del DSM non può essere se non fare uscire F. da quel *lager* e avere per lui un progetto terapeutico e di vita. A partire solo dalla sua dimissione, dalla soluzione della massima contraddizione che ci sia nel Dipartimento, sarà possibile un processo di trasformazione delle pratiche nel Servizio di Diagnosi e Cura e nei servizi del Dipartimento tutto. Il progetto di dimissione di F. si fonda sull'assunzione della responsabilità della cura di F. e della sua

famiglia, nella libertà e nella normalità del quotidiano. Si ricostruisce la sua storia, storia di una istituzionalizzazione iniziata dai primi anni di vita, si cerca la disponibilità di operatori ad occuparsi di lui. L'aver posto attenzione su F. l'ha fatto tornare ad essere considerato una persona, intorno a lui si sono attivate disponibilità ed attenzioni.

#### *e. La ricerca di una casa*

La ricerca di una casa per F., vicina a quella della famiglia di origine, è complessa e per molti mesi senza esito, dal momento che quando un proprietario di casa viene a sapere a chi è destinata – il «mostro»<sup>41</sup> – non la dà in affitto. Allora ci si è «inventata» una casa. Viene organizzato un piccolo appartamento per F., indipendente, al piano terra di una struttura residenziale a 20 posti letto, sita in una località vicina alla casa dei genitori. Vengono individuati gli operatori che si occuperanno di lui, un medico referente del CSM di competenza e quattro operatori ausiliari del SPDC che hanno scelto di fare con lui questa esperienza di cura e di libertà nel territorio. Viene cercata una cooperativa disponibile a rischiare in questo progetto. Viene proposta alla Direzione Generale una delibera che per la prima volta parte da un progetto terapeutico-riabilitativo individuale e non da una struttura, che impegna per l'assistenza residenziale di F. risorse maggiori di quelle messe in campo per gli altri ospiti delle residenze, in base al principio che chi ha più bisogno più deve avere. Il 22 luglio del 2002 F., dopo soli alcuni mesi dall'avvio del progetto, va a vivere nella casa, assistito sull'arco delle 24 ore dagli operatori usciti dal SPDC e da quelli di una cooperativa. Quando si preparava il piccolo appartamento per F. gli operatori del SPDC disponibili ad assisterlo avevano chiesto di ricoprire le pareti della nuova casa con il linoleum onde attutire i colpi delle testate di F., di cementificare almeno il lavabo del bagno e mettere nella stanza da letto di F. solo un letto. In quel momento abbiamo ca-

<sup>41</sup> Lo stigma nei confronti di F. è proporzionale alla qualità della risposta istituzionale agita nei suoi confronti.

pito che era in gioco una scelta importante che indicava la linea che avrebbe guidato l'intervento: ricercare i percorsi della cura nella «normalità» o ricostruire istituzioni, camuffate da case, nel territorio. Abbiamo scelto la prima. Per molti mesi dalle dimissioni di F. abbiamo lasciato un letto in SPDC libero per lui, consapevoli delle difficoltà e delle preoccupazioni di ognuno dei soggetti in gioco. Non è stato mai necessario usarlo. F. da allora vive la sua casa, ha una stanza da letto con l'armadio e il comodino, ha imparato a usare lo sciacquone del bagno, si lava e si fa fare la barba non solo dal padre, dice alcune parole, ama stare sul dondolo in terrazza, si veste con vestiti dignitosi e completi, esce a passeggio nelle strade di Aversa, gioca nel parco cittadino. Non ha più avuto problemi di comportamento gravi, tranne che una volta ha dato una testata sul muro, nella notte del primo Capodanno in libertà perché si è preso una grande paura per i «botti». F. è guarito? Per lui non è in gioco la guarigione, ma la possibilità di essere persona, di esistere, di sperimentare possibilità ed opportunità. Soffre di un disturbo di tipo autistico fin dall'infanzia, ha un deficit intellettivo, presenta disabilità e limitazioni nell'autonomia, anche se attualmente mostra di saper fare alcune cose e di aver voglia di sperimentarsi in altre. Non parla, anche se ormai articola alcune parole e riesce a farsi capire in ciò che vuole. Presenta e ha sviluppato problemi comportamentali certamente acuiti dalla risposta istituzionale, ora non ha più comportamenti etero o auto-aggressivi e si mostra capace di rapporto con gli altri. La mutata risposta istituzionale ha restituito a F. umanità, dignità e possibilità di abilitazione alla vita.

Il processo va avanti. Dal gennaio 2004 F. sta sperimentando la convivenza, assistito sulle 24 ore, con un altro utente in una casa *vera*, una villetta nel paese dei suoi genitori. Il progetto prevede la costituzione di un gruppo di quattro ragazzi. Se è stato necessario costruire un luogo-casa in qualche modo artificiale al momento della dimissione dal SPDC, oggi per F. è divenuto possibile un habitat di vita nelle relazioni e nello scambio. La sua abilitazione è stata l'abilitazione del gruppo curante. Il lavoro di liberazione di F. ha dato speranza agli operatori e in genere alla comunità di Aversa. È stato dimostrato che «l'impossibile è diventato possibile», come diceva Franco Basaglia.

## *f. Il nuovo servizio ospedaliero di diagnosi e cura*

Dopo la dimissione di F. dal SPDC è stato possibile porre l'obiettivo successivo: l'abolizione dei mezzi di contenzione e l'apertura delle porte nel SPDC di Aversa, quindi la possibilità di cura nella libertà e nell'esercizio dei diritti per tutti, anche nelle situazioni di crisi. Il percorso è stato complesso ed ha necessitato di una forte intenzionalità e di una importante assunzione di responsabilità. Ha comportato la nomina di un nuovo dirigente medico come responsabile del servizio<sup>42</sup> che direttamente fa riferimento al Direttore del DSM; la programmazione di una nuova sede per il SPDC, da ristrutturare con l'intervento qualificato di un consulente per l'habitat; la definizione di obiettivi strategici aziendali per i dirigenti, estesi ai dirigenti del SPDC di Sessa Aurunca, quali l'abolizione dei mezzi di contenzione<sup>43</sup> e l'apertura delle porte<sup>44</sup>; l'organizzazione periodica di riunioni nel reparto, in particolare con il personale infermieristico, e lo sviluppo di una comunicazione costante tra tutti gli operatori; il coinvolgimento nel progetto e la responsabilizzazione del coordinatore infermieristico; un rapporto con il Pronto Soccorso fondato sul riconoscimento delle reciproche professionalità e sul diritto alla cura della persona con disturbo mentale con patologia organica nei reparti di competenza; ma tanto più l'istituzione e la messa a regime dal dicembre 2002 nei sei<sup>45</sup> CSM di quattro posti letto per l'accoglienza diurna/notturna e l'implementazione di un lavoro più attento, in particolare con le persone con problemi rilevanti di salute mentale, di presa in carico e seguimiento domiciliare nella continuità terapeutica onde contrastare ricadute ed «arrivare prima» a sostenere la persona in crisi.

Vogliamo sottolineare come la qualificazione del lavoro territoriale e l'apertura di CSM sulle 24 ore, dotati di posti di acco-

<sup>42</sup> Va precisato che tutti gli altri operatori, medici ed infermieri, non sono stati cambiati.

<sup>43</sup> Si istituisce anche un registro per le contenzioni, con l'obbligo di segnalare alla Direzione le situazioni in cui è stato necessario il ricorso ai mezzi di contenzione.

<sup>44</sup> L'indicatore assunto è il numero di ore o di giorni in cui è stata chiusa la porta del reparto, ma è necessario indicare la motivazione per la quale questo si è reso necessario.

<sup>45</sup> Nel novembre 2002 si è aperto un secondo CSM nella UOSM di Villa di Briano, a S. Cipriano d'Aversa.

glienza, che forniscono risposte alla domanda di cura nei luoghi di vita delle persone, anche nelle situazioni di crisi, oltre che permettere di riconoscere e accogliere la domanda complessa e differenziata che arriva ai servizi, fornisce risposte più articolate su tutto l'arco dei bisogni-diritti, facilita l'accesso e la possibilità di incontro nella quotidianità dei rapporti, favorisce la permeabilità all'incontro con la comunità locale, la trasparenza delle pratiche e l'integrazione sociale, determina una possibilità di riconoscimento precoce delle situazioni di difficoltà e di crisi della persona e del contesto, e allenta la pressione della domanda di ricovero nel SPDC, oltre che mutare la forma con cui le persone chiedono aiuto. Quando il SPDC rimane in un DSM l'unico luogo di accoglienza delle persone in crisi e in esso si determina la compresenza di molte persone in crisi acuta, la risposta non può che essere violenta e lesiva dei diritti umani.

La nuova organizzazione prevede che i due SPDC divengano unità operative autonome e quindi non afferiscano più ai CSM del territorio in cui insistono, che abbiano un responsabile che fa riferimento al Direttore del DSM<sup>46</sup>. Già nel vecchio reparto di Aversa, e contemporaneamente in quello di Sessa Aurunca, dal gennaio 2003 con la nomina di un nuovo responsabile di reparto si cominciano a tenere aperte le porte, quella di entrata al reparto e le porte di separazione interne. Il medico di guardia incomincia ad essere presente nel reparto, e non più chiuso nella sua stanza, per gestire le contraddizioni che i mutamenti organizzativi e di pratiche determinano. Se in una istituzione si apre la porta, prima chiusa, succede sempre qualcosa, alcuni operatori si arrabbiano, qualcuno scappa, un altro operatore si rifiuta di controllare chi sta più male, qualcuno spacca... e bisogna essere lì ad agire gli eventi, ad attraversare i processi utilizzando il proprio corpo, il proprio essere, la propria professionalità al posto di mezzi meccanici come le porte chiuse e la contenzione. Il nuovo SPDC di Aversa è aperto nel luglio 2003 ed opera fin dall'inizio con il sistema porte aperte e con l'abolizione dei mezzi di contenzione<sup>47</sup>. Il reparto,

<sup>46</sup> Gli SPDC diventeranno Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale.

<sup>47</sup> Le cinghie di contenzione vengono «regalate» dal coordinatore infermieristico alla Direttore del Dipartimento.

con 8 posti letto, si presenta come uno spazio accogliente, amichevole, luminoso e colorato. Gli arredi adeguati e non di tipo ospedaliero, si mangia nei piatti di ceramica e con i bicchieri di vetro, non esiste una cucina per il personale. Ci sono spazi per le persone ricoverate, privati e collettivi e una piccola terrazza con piante e fiori. L'organizzazione dello spazio, gli arredi favoriscono la vicinanza, il rispetto, l'ascolto, relazioni pacate e non violente. A distanza di mesi gli infermieri dicono «che i malati sono cambiati», non è più necessario l'uso della forza, si sta meglio tutti. È proprio vero che il manicomio è nelle teste degli operatori.

## f. Conclusioni

A conclusione descriviamo come si è andato organizzando il DSM nella Caserta/2. Il DSM ha attivato periodiche riunioni dei responsabili di tutte le Unità operative, di norma a cadenza settimanale, oltre che il Comitato di dipartimento e l'assemblea annuale per tutti gli operatori. Sono stati attivati e formalizzati con determina gruppi di lavoro di operatori afferenti alle diverse UOSM per sviluppare confronto e consolidare una cultura e una pratica dipartimentale su tematiche quali: residenzialità, sistema informativo, percorsi di deistituzionalizzazione dall'ospedale psichiatrico giudiziario, percorsi di formazione e inserimento lavorativo, rapporti con i medici di medicina generale, lavoro con i familiari. Sono attive 5 UOSM con 6 CSM che operano per sette giorni sulle 24 ore, ognuno dotato di quattro posti letto per l'accoglienza diurna e notturna. Sono attivi due SPDC, ognuno con 8 posti letto, che operano con il sistema porte aperte e senza l'uso dei mezzi di contenzione. Gli operatori psichiatrici intervengono nelle chiamate di emergenza di norma con un utente già seguito dal servizio direttamente o presso il Pronto Soccorso dei quattro ospedali del territorio dopo l'intervento dei servizi dell'emergenza. È stato qualificato il lavoro di accoglienza dell'utenza, posta attenzione alle persone ad alta priorità<sup>48</sup>, incrementato e qualifica-

<sup>48</sup> Si intende per utente ad alta priorità la persona che presenta un disturbo di tipo psicotico, che ha un contesto familiare conflittuale e multiproblematico o non ha contesto familiare, che produce frequenti allarmi nel sociale.

to il lavoro domiciliare, aumentate e complessificate le risposte alla domanda di salute. Sono stati attivati programmi di informazione e sostegno alle famiglie. Sono stati qualificati e diversificati i percorsi di abilitazione per l'utenza e attivati percorsi di formazione al lavoro per 56 persone. È stato formulato un programma di intesa tra il DSM e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa. Al 2004 sono stati dimessi 15 internati dall'OPG e presi in carico dai CSM altri 5 utenti.

Le strutture residenziali a venti posti letto sono state superate con la costituzione di piccoli gruppi di convivenza di 5-6 persone per ognuno dei quali è stato formulato un programma terapeutico-riabilitativo individuale<sup>49</sup>, in case di civile abitazione, co-gestite insieme a cooperative sociali di tipo misto. Al dicembre 2004 sono costituite 31 case per i gruppi di convivenza, mentre permangono 2 SIR in fase di superamento e trasformazione operativa, in cui risiedono le persone già ospiti delle SIR ed altre dimesse da strutture private e prese in carico.

I cambiamenti organizzativi e culturali brevemente descritti sono diventati possibili all'interno di un percorso complessivo di ricerca e tensione trasformativa, non privo di scontri, conflittualità, crisi. La forza e la possibilità stessa di questa esperienza, sviluppatasi in maniera così ampia e in tempi così limitati, è dovuta anche alla forte tensione etica al cambiamento presente in quegli anni nella Asl Caserta<sup>2</sup>, che ha permesso alle professionalità presenti di esprimersi al meglio, ridando speranza e fiducia nelle istituzioni, sottraendo all'abbandono e all'isolamento gli operatori, le persone con sofferenza, la comunità tutta.

<sup>49</sup> Attuato con il sistema del *budget* di cura.

## Cap. III: GRUPPO TRE QUELLI DELLA SINDROME ROMANTICA

### A. Rapporto di ricerca di

Ileana Ambrosio, Francesco Blasi (*portavoce*), Simone Petrella,  
Gennaro Varchetta, Gianpiero Zappatori (*borsista*).

#### 1. METODOLOGIA

##### a. *Premessa*

Il Gruppo è composto da Ileana Ambrosio (psicologa), Francesco Blasi (*portavoce*), Simone Petrella (attore), Gennaro Varchetta (infermiere), Gianpiero Zappatori (*borsista*).

Fin dall'inizio il Gruppo di ricerca ha realizzato il suo lavoro con le seguenti procedure:

1. la partecipazione al gruppo Tre della Ricerca «*Prassi trasformazionali...*» (L.R. n. 5) è necessariamente volontaria;
2. il gruppo Tre (*Quelli della sindrome romantica*) opera affiancato all'associazione onlus *Il cielo in una stanza*, prende parte alle attività del centro diurno dell'unità operativa di salute mentale di Monte di Dio (distretto 44 della Asl Napoli 1);
3. la sofferenza prevalente nelle persone psichiatrizzate del gruppo 3 è quella convenzionalmente detta «di natura psicotica» e di «intensità medio-grave»;
4. la maggioranza dei partecipanti è seguita dall'unità operativa di salute mentale (distretto 44 della Asl Napoli 1) da molti anni, ed assume nella maggioranza dei casi neurolettici di vecchia o nuova generazione, nonostante l'impegno costante e tuttora in atto del gruppo verso la riduzione delle dosi, attraverso l'incremento dell'impegno e il raffinamento delle metodologie.

## b. *Procedure*

Il gruppo Tre utilizza una procedura di tipo informale, ed è composto da 10-15 persone psichiatrizzate, due registi cinematografici con una collaboratrice, un operatore cinematografico, un infermiere della Uosm, due psichiatri (dunque il gruppo operativo non corrisponde al cerchio più ristretto dei ricercatori, i quali hanno stabilità di impegno e obbligo di redazione dei protocolli). Il gruppo operativo è focalizzato su un obiettivo (la composizione di una sceneggiatura per un eventuale film su pellicola), e qualsiasi intento «psicoterapeutico» – nel senso tecnologico proprio che ha questa espressione – è esplicitamente bandito. Non esistono quindi preoccupazioni di *setting*, anche se un assetto spontaneo stabile e riproducibile si è venuto a creare tra i ricercatori, gli operatori dell'unità operativa di salute mentale e i partecipanti psichiatrizzati. I registi<sup>1</sup> conducono il gruppo, l'infermiere ha un ruolo di mediatore tra i pazienti e i registi, gli psichiatri osservano, astenendosi solitamente da interpretazioni, intervenendo sobriamente alla composizione delle scene, come tutti gli altri. I partecipanti, invitati a presentare una qualsiasi composizione scritta, o a proporre una storia, dopo diversi incontri hanno scelto uno schema narrativo, che accogliesse in tutto o in parte i suggerimenti dei singoli: l'aspetto tecnico, sia pure ridotto, ha mantenuto una valenza comunque fondamentale. La conduzione collettiva del gruppo valorizza il protagonismo dei singoli partecipanti e alcune situazioni significative sono videoregistrate. L'atteggiamento di fondo dei ricercatori comprende sia un approccio teorico-confermativo, che mira a confermare degli assunti di base, sia un'attitudine pratico-esplorativa, che tende piuttosto a farsi suggerire dai dati le risposte ai propri interrogativi. In una ricerca di questo tipo, è fondamentale una *forma mentis* che armonizzi entrambe le disposizioni.

<sup>1</sup> Si ringraziano i registi Adriano Casale e Alessandro Abate per la loro collaborazione alla discussione di gruppo e alla redazione del prodotto finale, cioè la sceneggiatura prodotta.

### c. *Raccolta dei dati*

I dati raccolti (sceneggiatura, videoregistrazioni, frammenti biografici, produzioni scritte dei partecipanti) sono stati interpretati sotto un profilo tecnico, creativo e trasformativo, fornendo così la base empirica ispezionabile. L'osservazione partecipante dei ricercatori ne fornisce invece la quota non ispezionabile che traspare solo, per nessi indiretti, nelle considerazioni e nelle conclusioni.

### d. *Obiettivi*

L'obiettivo generale della ricerca del Gruppo Tre, nel corpo di quella più generale «*Prassi trasformazionali...*» (L.R. n. 5), può essere così delineato:

- i. narrare la nascita, la crescita e lo sviluppo di un gruppo «non psicoterapeutico» (bensì psichiatrizzante, cioè mirato all'autonomia personale), focalizzato su un obiettivo;
- ii. produrre asserimenti (ipotesi) o nessi tra asserimenti (teorie, spiegazioni causali) riguardanti la cura della sofferenza oscura, valutando il loro grado di generalizzazione, nel quadro di un approccio esplicitamente intersoggettivo;
- iii. interpretare gli elementi di progressione della cura e i residui regressivi istituzionali;
- iv. analizzare i vissuti ed il significato dell'esperienza delle persone coinvolte;
- v. istigare alla creatività, all'ironia, alla socialità e all'altruismo quali elementi trasformativi;
- vi. favorire la coscienza dei propri diritti di cittadinanza;
- vii. sviluppare una cultura locale che favorisca criticamente il senso di appartenenza al gruppo.

## 2. RISULTATI

La trasformazione dei singoli e del gruppo non viene qui tipizzata. Si conferma infatti dalla sperimentazione condotta dal gruppo Tre:

- i. la decisiva centralità dell'*osservazione partecipante ravvicinata* (dalla presenza di tipologie esistenti intermedie come quella degli studenti, degli artisti, dei pazienti partecipanti, degli operatori di base);
- ii. il carattere non tecnicistico della trasformazione antropica determinata e la spinta verso obiettivi extra-istituzionali;
- iii. il decisivo superamento di qualunque forma di riabilitazione tradizionale, noiosa, istituzionalizzante, ripetitiva, ceramicoide.

In questo senso il piccolo gruppo sperimentale ha nettamente forzato il limite che la direzione del Dipartimento di salute mentale della Asl Napoli 1 ha posto in vario modo (e principalmente con la mancata erogazione delle necessarie risorse umane e finanziarie) al lavoro di auto-organizzazione e di spinta all'esterno in pazienti altrimenti destinati alla psichiatrizzazione e alla passività: una speranza pratica di ripresa anche in una delle realtà locali più regredite ed aspre del nostro paese, una conferma del legame inesorabile fra ricerca autentica rivelatrice e prassi alternativa di lavoro (cfr. sull'argomento in Cap. VII di questo rapporto).

Il nucleo più importante dei risultati ottenuti dal lavoro del gruppo Tre non può essere esplicitato come tipologia, ma deve essere estesamente narrato, ciò che avviene nel primo dei documenti che seguono in questo capitolo.

## B. Documenti della ricerca

1. CARTA BIANCA, di Ileana Ambrosio, Francesco Blasi, Simone Petrella, Gennaro Varchetta, Gianpiero Zappatori (*borsista*)

### a. *Premesse*

*Carta Bianca* è il diario di bordo di un percorso condiviso da un infermiere, uno psichiatra, una ventina di utenti del centro diurno dell'Unità Operativa di Salute Mentale del distretto 44 della Asl Na1 insieme a due operatori cinematografici e una psicologa. La nostra esperienza, durata circa otto mesi, nasce dall'idea di comporre una sceneggiatura e tentare di tradurla in un film insieme a un gruppo di persone psichiatrizzate, un lungometraggio da loro pensato, diretto e realizzato. Nel gruppo non c'è un vero e proprio conduttore: i cosiddetti tecnici trasmettono le informazioni necessarie a rendere il lavoro possibile, intervenendo sporadicamente per promuovere il coinvolgimento di tutti. Affidandosi al processo creativo del gruppo nascono situazioni sorprendenti, permettendo al laboratorio cinematografico di vivere e prosperare.

### b. *La costruzione di una storia e l'identità narrativa* (15/10/2004)

Un film nasce dalla voglia di raccontare una storia, e nell'ottobre del 2004 siamo andati a cercarla negli utenti della Asl. Questa ricerca ha creato un'attesa, aperta, creativa, fatta di silenzio, e di un fertile vuoto. Siamo rimasti per vari incontri in tale attesa, senza la fretta di dare una forma chiusa e definita ad una storia. Lungo il percorso sono cominciate ad emergere qua e là diverse voci, ognuna con il proprio stile e vari contenuti.

L'identità narrativa è alla base della «comprensione che ognuno ha di se stesso: non posso cogliere me stesso al di fuori del tempo e quindi al di fuori dal racconto» (Rovatti P. A. 1994 p. 132). Ma «se è vero che l'esperienza umana è un'esperienza temporale, è ancor più evidente che il tempo diventa tempo umano

solo quando viene raccontato. Il raccontare non è un'attività come un'altra, qualcosa di cui potremmo fare a meno, è una necessità transculturale.[...] Raccontare e scrivere sono operazioni costruttive che riorientano il flusso della vita; che ritornano sul mondo dell'agire e del sentire rigenerandone l'orizzonte» [Cavallo M. (a cura di) 2002 pp. 11-12]. Ma «mentre la narrazione di finzione ha un inizio e una fine, l'identità narrativa che si articola nel racconto di una vita è *aperta da entrambi i lati*» (Rovatti P. A. 1994 p. 134). Le storie nate durante questo percorso sono quelle di Luca, Angela, Silvana, Umberto, Valeria, Sonia, Nicola, Orazio, Enzo, Cristina, Antonio, Rosario, Daniela, Monica, Giuseppe, Emanuele, Sara, Ciro ed altri ancora. È così che è emerso, nel corso del laboratorio, molto materiale: pagine di diario, brevi racconti, aneddoti, barzellette, canzoni, giochi di parole, poesie, un'officina del racconto:

*Adriano:* In questi primi incontri cercheremo di individuare una storia...

    Può essere anche la storia di un personaggio storico... Che ne so, Masaniello... Per esempio la storia di Gesù è una storia vera che poi un regista.... quale ? non mi ricordo...

*Rino:* Zeffirelli

*Adriano:* Ecco sì, Zeffirelli ha deciso di raccontare...

*Angela:* Una storia di Edoardo De Filippo! Le sue storie sono state molto importanti per Napoli.

*Adriano:* Possiamo anche scegliere un film tratto da niente o meglio tratto da noi...

*Ciro:* Con questa storia dobbiamo esprimere qualcosa di nostro... Una storia che parla di qualcosa che ci è successo....

*Adriano:* Non è detto che deve essere per forza qualcosa di accaduto, può essere anche un sogno, un delirio, un'ossessione, una pagina di un libro... Tutti i film che vediamo sono delle storie. Anche quelli che non capiamo, quelli più astratti, sono delle storie.

*Ciro:* Una storia che parla di... di che?

*Rino:* Di qualcosa che ti piace? Che ne so? Di un personaggio... Che personaggio piace a te, Nicola?

*Nicola:* Un personaggio di musica...

*Ciro:* La musica non è un personaggio...

*Adriano:* Come no...

*Nicola:* (ripete sopra le altre voci) Un personaggio di musica...

*Angela:* Lucio Battisti.

*Rino:* Beethoven.

*Nicola:* (Dopo averci pensato su, con un voce decisa) Frank Sinatra.

*Adriano, Rino:* Frank Sinatra! Bello, bellissimo!

*Angela:* Io non so...Io ho molto a cuore la storia di Gesù perché sono religiosa...quindi non so, mi piacerebbe parlare di Gesù...

*Giuliano:* Per me i film sono delle balle! Io quando vedo i film scappo!

*Adriano:* Perché sono "finti"?

*Giuliano:* No, perché sono delle bugie, sono delle balle... perciò...

Trovare una storia è sempre difficile...

### *c. Un'avventura nichilista ed altre storie (22/10/2004)*

Rino ha portato una videocassetta del film *Il replicante*: guardiamo insieme la proiezione. Al termine della visione Adriano chiede al gruppo cosa pensi del film. A Silvana non è piaciuto in quanto lo ha trovato un film violento, mentre lei preferisce le storie d'amore...

*Adriano:* Ma secondo te lui era veramente un alieno?

*Enzo:* Sì.

*Adriano:* E la moglie pure?

*Enzo:* Sì.

*Adriano:* Insomma questo film parla di una storia di due personaggi che non erano due persone ma due alieni... noi invece che storia vogliamo raccontare? Qualcuno ci ha pensato un po'? Qualcuno ha portato qualche storia?

*Angela:* Io ho portato degli appunti.

*Adriano:* Va bene. E tu Nicola, ci hai pensato? Che cosa vorresti raccontare?

*Nicola:* Fantascienza.

*Adriano:* Umberto e tu? Prima fuori mi dicevi, dillo anche agli altri, che ti piacciono i film comici, vero?

*Umberto:* Sì, il film comico è più spontaneo.

*Adriano:* Allora tu per la prossima volta pensa ad un avvenimento, una storia comica e la proponi come spunto da cui possiamo trarne un film. Va bene?

*Umberto:* Va bene.

*Francesco:* Poi c'era anche quella ipotesi dell'altra volta della storia del Principe di San Severo.

*Adriano:* Angela ha degli appunti su questa storia?

*Angela:* No, oggi ho portato degli appunti sulla felicità.

*Adriano:* Cerchiamo di darci degli obiettivi. Anche se all'inizio è un po' difficile e non ne abbiamo voglia, anche quando non stiamo al massimo, se ci impegniamo, il darsi dà i suoi frutti... Va bene, Orazio, vogliamo cominciare a leggere.

Orazio legge i suoi appunti sulla rivoluzione americana, la rivoluzione francese, Luigi XIV.

*Francesco:* Scusa Orazio posso interromperti un momento? Però questa è una storia in un altro senso... Questa è proprio storia, questa è storia con la S maiuscola. È "la" storia, è storia vera... allora magari possiamo fare una storia un po' inventata un po' vera, ma tutta storia vera con la "s" maiuscola, forse... non so...

*Adriano:* Facciamo così, allora, Orazio, fatti una sintesi di questi avvenimenti. In modo che abbiamo la possibilità di ascoltare anche gli altri.

Orazio un po' racconta e ogni tanto ricomincia a leggere.

*Adriano:* Allora, Orazio ha cominciato a leggere un piccolo mattoncino di questa storia, che poi può essere raccontata in vari modi: come un documentario, può essere raccontata come la storia di Napoleone, come diceva Umberto, in una versione comica, o ancora in altri modi... Chi altro vuole leggere i propri appunti? Angela? Hai scritto anche tu qualcosa?

*Angela:* Sì, degli appunti.

*Adriano:* Vuoi leggerli?

*Angela legge:* È la storia legata alla vita che ognuno di noi fa e al suo carattere. Se si è ottimisti la felicità è più facile da raggiungere. Io sono stata molto felice da piccola, era una dimensione magica, tutto era perfetto e le persone che incontravo mi sembravano dei mondi magici da scoprire. La felicità poi forse scompare quando ci si fa più adulti perché le molte responsabilità fanno da contrappeso. Io cerco la felicità nelle piccole cose: nei fiori, negli alberi, nei prati, nei bambini, nello sguardo dei vecchi e nell'amicizia... L'amicizia è la cosa più importante nella vita. Qui al centro ho trovato tante persone uguali a me, che vivono i problemi con tanta semplicità. Mi è facile parlare con loro delle mie emozioni, non ho paura. È come se il tempo si fosse fermato, ho trovato un luogo dove poter esprimere la mia vita e non essere giudicata. Io sono molto instabile nell'umore: a volte pare che abbia tutto, a volte mi manca qualcosa, ma nei momenti belli riesco a percepire qualcosa di molto simile alla felicità. Ci sono altre cose che mi portano verso la felicità: c'è mio figlio, la musica, le passeggiate, la mia casa. Ma le amicizie sono la cosa più importante perché aiutano a vivere e a non chiudersi nel proprio mondo, a scambiare le opinioni e le sensazioni. Più si conoscono a fondo le persone, più si riesce a capire in fondo meglio se stessi. Spero che tutto questo mi aiuti sempre a trovare un equilibrio.

Sull'ultima frase Angela alza lo sguardo dal suo quaderno e lo rivolge prima ad Adriano e poi a tutto il gruppo con voce forte e chiara. Alla lettura di Angela segue un silenzio di qualche secondo. Qualcuno nel gruppo si complimenta con lei. Angela sorride un po' imbarazzata.

*Angela:* Mi sono espressa bene?

*Adriano:* Niente di meno...

*Silvana:* Come! Cavolo!

*Adriano:* Chiarissima, sei stata chiarissima, ma questa tua idea ha bisogno di essere sceneggiata. Per diventare un film, deve diventare una storia. Pensi di poterci lavorare?

*Angela:* Ci provo.

*Adriano:* Bene. C'era qualcun altro che voleva leggere? Chi ha portato una storia?

*Enzo:* Io. Leggo: questa è la storia di un malato mentale di circa 50 anni d'età di estrazione sociale medio-borghese. Dopo aver provato le più bestiali forme di alienazione con un'assuefazione alle droghe leggere (hashish in particolare) prese in dosi massicce, sceglie di uscirne fuori con l'aiuto degli psicofarmaci e della psicoterapia. Ma i danni provocati dalla sua pluridecennale malattia sono irrimediabili e hanno leso il suo cervello a livello neurologico tanto da renderlo un alienato schizofrenico. A monte della sua storia stava un'infanzia piuttosto normale.

*Angela (interrompendo):* Ma questo chi è? uno che conosci tu?

*Francesco:* No, non interromperlo...

*Adriano:* È una storia.

L'interruzione di Angela è come un coperchio che si alza per un'eccessiva pressione: dalla sua domanda si apre un chiacchiere di fondo che rompe il silenzio assoluto durato fino allora. Giuseppe si alza di scatto e si mette la giacca.

*Rino:* Che c'è Giuseppe? Sei un po' teso? Va be', ci vediamo la prossima volta...

*Giuseppe:* Eh, scusate, dottó, mi so' innervosito, mi so' innervosito un pochettino, niente di grave... ci vediamo la prossima volta... Buonasera!

*Rino, Francesco e tutti:* Buonasera! Ciao Giuseppe!

*Enzo riprende a leggere dall'inizio della frase:* A monte della sua storia stava un'infanzia piuttosto normale di cui non conserva che qualche pallido ricordo dei momenti più salienti della sua futura esperienza di vita. A questa infanzia, che fu come quella di tanti non malati mentali, seguì un'adolescenza sofferta. La sofferenza del protagonista scaturì in un uso di sostanze stupefacenti. Queste sostanze erano da lui ritenute quale rifugio dai problemi esistenziali irrisolti...

*Francesco:* Puoi alzare un po' la voce? Enzo, non si sente bene.

*Enzo si schiarisce la voce e senza alzare lo sguardo dal foglio continua:* Questi problemi che si stava iniziando a porre erano: la ricerca della verità spirituale, l'amore, l'amicizia, i rapporti interpersonali in genere e con la famiglia, lo studio, il lavoro ed altri ancora. Tutto ciò che vi è di più nobile e formativo per un adolescente della nostra società, si arenò nei paradisi artificiali delle droghe per il mio protagonista, come per molti altri. Molti dei suoi migliori amici trovarono la morte all'uscita del tunnel, lui trovò la follia. Ora gli si dava la possibilità di rivedere tutta quanta la sua vita in un film e l'idea lo eccitava enormemente: quella che era stava mera sofferenza individuale poteva trasformarsi in vita attraverso la progressiva catarsi del personaggio: infatti molti si potevano immedesimare nella sua avventura nichilista.

*Adriano:* Bene.

Continua ad esserci nella stanza del centro diurno un silenzio significativo. Umberto lo spezza con un intervento.

*Umberto:* Posso dire una poesia?

*Adriano:* Come no, vai.

*Umberto:* So' lunghi quindici mesi di grigio verde lontano da te/lontano dalla mia casa, dal mio paese, lontano da te. /So' lunghi quindici mesi, ma un bel giorno io tornerò /e allora bambina cara, ti stringo forte e non ti lascio più. /La sera suona il silenzio, socchiudo gli occhi pensando a te /guardando la camerata cerco qualcuno che sia come me/ma un nodo mi stringe in gola ed una lacrima mi scende giù /allora bambina cara ti stringo forte non ti lascio più. /Quella lacrima sei tu mio dolce fiore che non ti scorderò mai più.

Tutti applaudono.

*Angela:* Io ho scritto un'altra cosa, posso leggerla?

*Adriano:* Vai.

*Angela legge.* Sono nata a Napoli e sappiamo tutti che Napoli è una città povera, ma a parte questa definizione, Napoli è una città splendida proprio per tutto. Ci sono meglio due città in una: una ricca e l'altra povera che convivono pacificamente. Tutte le esperienze che si possono fare a Napoli sono quando si prendono i pullman<sup>2</sup> e lì s'incontra davvero tutto il mondo: ci sono persone ben vestite, altre vestite male, pullman signorili, altri pieni di persone di colore che hanno con sé qualche bagaglio fatto di buste piene di borse, poi ci sono addirittura ladri che frugano nelle tasche delle vecchiette. Ora però sembrano tutti un po' più ricchi perché ci sono i cellulari... c'è sempre chi spinge, chi

<sup>2</sup> Nell'italiano semi-dialettale napoletano *pullman* designa l'autobus di linea cittadina (*pulmànne* o anche *pulmànde* in dialetto puro).

tira, chi ti butta: è una fortuna riuscire a scendere alla fermata prefissata. Quanta gente nei pullman! E la spiegazione di tutto ciò è che la maggior parte sono disoccupati, vecchiette, casalinghe, studenti, ecc. ecc. Poi tranquillamente questa gente parla dei fatti suoi, è un'occasione per parlare dei fatti propri! Io prendo spesso i pullman e per un periodo tutta quella confusione mi dava fastidio. Adesso, capisco perché: non mi immedesimavo negli altri, volevo essere distaccata, invece quando si sale in un pullman si deve essere disponibile agli altri, al diologo, all'incontro con tutto e con tutti. Poi c'è qualcosa che fa del pullman un mezzo preferito: nessuno fa il biglietto, poi ogni tanto ci sono i controllori che fanno multe salate... Poi ci sono le discussioni che vanno dalla politica al traffico, ai delinquenti... Le fermate ovviamente sono piene straripanti di gente e ogni volta che si deve salire è una gara al più forte e spintoni e gomitate. Però chi accetta serenamente che Napoli è una grande città non si stupisce di tutta questa gente che tutti i giorni si anima e forse di questo vive. Il pullman è proprio un contatto stretto con la gente che ti alita addosso, che ti preme alla schiena che fa di tutto e anche tu, alla fine, devi rispondere agli altri che non ce la fai più...

*Adriano:* Bello.

*Angela: (sorridente)* Così abbiamo un'altra storia, no?

A questo punto Umberto si propone per cantare un'altra canzone. Applausi finali e tutti a casa.

#### d. *Storia di una donna... ma quale?* (12/11/04)

*Luca continua a sviluppare la sua storia, sottoponendola al giudizio del gruppo:* Un uomo e una donna s'innamorano, poi si sposano, tutto a posto fino a che non nasce il figlio. Poi l'uomo è sempre fuori perché è un professionista di successo. Si è buttato completamente nel lavoro si dimentica la moglie. Lei è invece una sognatrice, sogna avventure e storie fantastiche che il marito invece non le offre, quindi comincia ad essere insoddisfatta del marito. Poi il marito comincia anche a tradirla con una ragazza del popolo. Questa tipa è molto sordida, molto brutta. E lui ad un certo punto comincia a fare scherzi alla moglie perché vuole farla impazzire e ricostruirsi una vita con la sua amante. E niente alla fine succede che lei si confida con un prete, il prete la fa riflettere sul bene e sul male. Alla fine il prete le consiglia di rimanere con il marito. Lei resta con il marito ma purtroppo i rapporti non vanno ancora bene, lei poi incontra un amico d'infanzia che è ancora inna-

morato di lei, ma lei è oramai stanca dell'amore. Questo amico potrebbe essere sviluppato secondo il profilo portato da Enzo.

*Angela:* Allora lei cade dalla padella alla brace?

*Luca:* No, ma questo amico è una persona molto sensibile. Niente e poi il dramma viene alla fine: lei trova nell'armadio una pistola. Lei si spaventa, pensando che il marito la voglia uccidere, ma gli amici e il prete la rassicurano dicendole che, secondo loro, si tratta solo di un giocattolo. Allora lei in un momento di gelosia, ma pensando che la pistola fosse finta, prende la pistola ed uccide il marito. Questa è la mia idea.

*Angela:* Secondo me bisognerebbe dar risalto a quest'altra storia che lei vive al di fuori della storia del marito. Se è una storia positiva oppure no, se è una storia bella in alternativa a quella che lei si vive con il marito... E poi succede quello che succede, lei lo uccide.

*Luca:* Ma lei non lo vuole uccidere, pensa che la pistola sia un giocattolo...

*Ciro:* Si vuole vendicare...

*Luca:* Per neutralizzare...

*Umberto:* Tra il perdonarlo o restare con il marito...

*Alessandro:* la storia è aperta...

Daniela si guarda intorno.

*Alessandro:* Che c'è Daniela?

*Daniela:* Sto cercando il mio partner...

*Alessandro:* Questa è una storia...La ricerca di un *partner*. Potrebbe essere l'inizio di una storia...

*Daniela:* Difficilmente riescono...

*Alessandro:* Queste storie? Come potrebbe continuare...

*Daniela:* E questo non lo so proprio...

*Alessandro:* Non riesci neanche ad immaginarla...

*Daniela:* Io ho solo paura....

*Alessandro:* Di chi?

*Daniela:* Di qualcuno che possa prendermi dal verso sbagliato.

A questo punto vengono distribuite le fotocopie di «Storia di una donna» scritta da Luca: se ne discute insieme.

*Silvana:* Allora, secondo me il marito è in buona fede perché la moglie si chiude in un suo mondo di fantasia, quindi il marito anche se conosce questa ragazza, l'ama ancora ma siccome vede che la moglie si è chiusa in tutto un suo mondo...

*Luca:* No, Silvana, questo che dici falsifica la mia storia: lei in fondo ha accettato magari in un primo tempo il marito, però non lo ama...

*Angela:* Sono due personalità diverse...

*Silvana:* continua a leggere la storia portata da Luca e ad un certo punto esclama: Il marito ha ragione! Tutti ridono.

*Alessandro:* Silvana, hai preso le parti del marito?

*Silvana:* Lui in fondo l'amava...Ma poi anche lei lo tradisce...

*Luca:* Lei, quando si sente trascurata comincia a frequentare un altro, ma è una storia più platonica che sessuale... Tra l'altro volevo dire che Silvana non mi può salvare il marito perché il marito è una persona che io non stimo... È un uomo che non è cattivo, prova dell'affetto per la moglie, ma è molto gretto. Silvana, possiamo anche modificarla la storia, ma non va snaturata... Possiamo dire anche che all'inizio l'uomo era innamorato, che era preso dal lavoro, per questo si è allontanato da lei... Ma per me che lui sia un uomo mediocre deve essere chiaro.

*Silvana:* No, ma perché cambiarla? La storia è valida.

*Rino:* Forse più ampliata che modificata.

*Ciro:* I risvolti psicologici.

*Valeria:* Ma il risvolto psicologico dei personaggi sta più nella recitazione poi...

*Alessandro:* Certo, questo poi lo vedremo al momento dei provini. Per esempio, chi vorrebbe fare Margaret? Valeria? Angela?

*Angela:* No, io no, non la voglio interpretare...

*Ciro:* No, Angela l'ha avuta davvero una delusione...

*Luca:* Ha sofferto molto...

*Alessandro:* Eri sposata?

*Angela:* No comment. Non ne voglio parlare... non lo so neanche io come ci sono andata a finire dentro, non ne voglio neanche parlare... sto cercando ancora di capire cosa sia successo...

Segue un momento di chiacchiere, nella stanza della Asl c'è una grande confusione in cui ognuno si confronta sulla storia. Silvana continua molto animatamente a difendere il marito, a dire che la "colpa" è della moglie, che alla fine "l'ha pure sparato".

*Silvana:* Io appoggio il marito perché quando a lei le venivano queste fissazioni contro il marito non erano vere... Erano sue idee, voci, fissazioni: perché non gliel'ha detto? Guarda tu non ti stai comportando bene con me...

*Luca:* Ma è un film!

*Silvana:* La separazione non è mai una cosa bella... dovrebbe esserci solo in casi estremi... Sì, perché è sempre la donna che deve sopportare un po' di più... se vuole la famiglia unita, per non far soffrire i figli. Ci sono state delle persone che ci volevano aiutare ma non ci sono riuscite.

*Angela:* Il marito invece di capire lei che stava male, l'ha tradita pure!

*Silvana:* Eh ma ci sono i figli in mezzo... Sono sempre i figli a soffrire e non è giusto.

*Luca:* Va bene, allora possiamo anche toglierlo il figlio: non c'è nessun bambino.

Tutti quanti sembrano un po' sollevati da questa soluzione. Si comincia a pensare ad alcuni possibili scene. La prima potrebbe aprirsi su una cartella clinica della moglie che è finita in manicomio dopo aver sparato al marito. Orazio potrebbe continuare con il suo angolo della cultura con una ricerca sugli anni '60 (contesto in cui si svolge la storia di Luca). Luca potrebbe cominciare a scrivere alcune scene. Enzo occuparsi dello sviluppo psicologico degli altri personaggi. L'incontro è finito: ci vedremo venerdì prossimo.

e. *Rivedersi* (17 dicembre 2004)

Luca non si sente bene, è venuto accompagnato dalla mamma. Dopo aver avuto un colloquio con il suo psichiatra, si avvicina ad Ileana e lasciandole i fogli con le nuove scene che ha scritto, saluta e va via. Orazio nell'angolo della cultura continua a leggere la sua relazione sull'arte classica: oggi parla di Fidia e della scultura in generale. Angela si offre di leggere le nuove scene lasciate da Luca. Tra le scene lette si delinea e si svolge il lento, lucido progetto di Giovanni (il personaggio maschile centrale nella storia, marito di Margaret) di manipolare Margaret e portarla verso la pazzia. Le scene che Angela legge descrivono le visite di Margaret che si reca dal medico (amico del marito), la conseguente confusione e la successiva scoperta di lei dell'inganno di Giovanni, la sua disperazione, la consolazione da parte della madre.

*Angela:* Ma scusa Alessandro, se per fare una scena ci vuole tutto questo tempo, per girarle tutte quanto ci metteremo?

*Alessandro:* Chissà, noi intanto andiamo avanti, poi si vedrà. Oggi, intanto, abbiamo portato la videocassetta con i provini, così possiamo vederli e commentarli.

Rino mette la cassetta, spegne la luce, comincia la visione del girato di venerdì 3 dicembre, precisamente la scena del ristorante. Alla fine Rino riaccende la luce e ci mettiamo di nuovo in cerchio.

*Alessandro:* Allora? Vi siete piaciuti?

*Sara:* No, io ero gonfia.

*Silvana:* anch'io sto tutta gonfia...

*Alessandro:* Ma non esteticamente, intendevo come attori, come avete trovato la vostra interpretazione? Che cosa nella recitazione cambiereste?

*Sara:* Alessandro il problema è la paura. È la paura che non ti fa andare avanti...

*Alessandro:* Io, guardando i provini non ho visto paura. La prima volta che li ho visti, mi sono divertito. Ho trovato molta naturalezza, semplicità e capacità di mettersi in gioco da parte degli attori, non paura.

*Adriano:* Avete prestato attenzione alla storia? Da queste poche battute si comincia già a delineare una storia precisa con un suo sviluppo, un suo intreccio. Le storie sono costruzioni, attraverso il cinema è possibile costruire storie, storie che sembrano reali ma che non lo sono. Noi insieme, giocando, costruiamo storie. La stiamo già costruendo una storia!

*Alessandro:* Continuiamo a giocare così. Senza decidere ruoli fissi per personaggi specifici. Continuiamo a provare a turno, prendendoci il tempo di capire in quale personaggio ognuno si sente meglio.

A questo punto rivediamo il girato, fermandoci ad ogni singolo provino. Parliamo di come nella stessa scena ripetuta da attori diversi c'è qualcosa che resta invariato e qualcosa che invece cambia. Il conflitto tra Margaret e Giovanni viene reso ogni volta in modo diverso. Prima Valeria, poi Angela, poi ancora Sonia sono drammatiche, enfatiche in contrasto con la freddezza e l'indifferenza di Orazio, Antonio, Nicola. In ogni coppia si ricrea l'empasse, ma in maniera diversa. La Margaret incalzante di Sonia si scontra con un Giovanni silenziosissimo (Nicola), la Margaret di Angela con ampi e enfatici gesti contrasta la "pulizia" e l'essenzialità di Antonio, la rabbia di Valeria contrasta con la pacatezza di Orazio.

#### *f. Storia di una donna (04/02/05)*

All'ingresso c'è Enzo che sta fumando una sigaretta: ci salutiamo, è un po' di tempo che mancava agli incontri. La parola è a Orazio che leggerà, nel suo «angolo della cultura», un suo scritto sull'arte bizantina. A questo punto chiediamo a Luca notizie della sceneggiatura e Luca ci risponde che l'ha finita. Sorpresi ed entusiasti

restiamo ad ascoltarlo mentre ci legge le ultime scene. La stesura della sceneggiatura con le scelte narrative necessarie al suo sviluppo hanno portato il gruppo a un dibattito creativo e stimolante. Luca si è sempre mostrato aperto, ma pur mostrando un atteggiamento di curiosità e scambio, notiamo che è rimasto fedele ai punti salienti della storia: Giovanni, il protagonista maschile, viene ucciso da Margaret con una pistola da lei ritenuta solo un giocattolo. Questa conclusione (discussa e contrastata nel gruppo) è stata fortemente sostenuta da Luca per sottolineare la banalità del personaggio maschile e riscattare quello femminile che, appunto “senza colpa”, inconsapevolmente, si vendica dei soprusi subito. “Storia di una donna” è di fatto la storia della madre di Luca, ma anche è “il film della vittoria di una donna inguaribilmente romantica su un uomo che rappresenta tutto un mondo fatto di maschilismo, arrivismo e ipocrisia piccolo-borghese” (recensione di Enzo). È un plot amoroso, potentemente evocativo, che ha costituito un importante strumento proiettivo con cui entrare in contatto con i vissuti del gruppo. Indispensabile riportarla per intero...

### *Storia di una donna*

*Scena I.* Interno manicomio. Mattino. In un gelido mattino d'inverno una donna ancor giovane dorme. Ella è svegliata bruscamente da una severa infermiera che la prende per le braccia dicendole: “Vuoi smettere di dormire tu! Vatti a lavare! A tavola è pronto da mangiare!”. La donna che si chiama Margaret dice aprendo gli occhi: “Sono stanca! Ho fatto un lungo sonno: credevo di non svegliarmi più”. I suoi occhi volteggiano sul bianco soffitto screpolato. Ella poi dice: “Ho preso troppi tranquillanti. Ma quanti me ne date!”. Fuori c'è vento. Lei si alza, si lava, poi passa lentamente nel lungo corridoio trascinando delle vecchie ciabatte.

*Scena II.* Refettorio. Interno. Mattino. Tutte le donne sono sedute. Lei entra, sbatte la sedia, si siede, si sente sola... sbatte la ciotola col latte e poi incomincia a piangere. Cerca di parlare, di comunicare ma non riesce e continua a piangere. La sua storia non la ricorda più. Domanda ad una delle pazienti: “Chi sei?”. E quella: “Margaret, non mi riconosci? Sono Maria. Asciugati gli occhi e bevi questo latte caldo: è quel che ci vuole con questo freddo”. Ma lei continua a piangere e dice: “Maria, tu mi conosci... Ti ricordi di Giovanni?”.

*Scena III.* Anni 60. Villa Donati. Interno salotto. Sera. Nel salotto è seduta su una poltrona foderata in verde la madre di Margaret, signora anziana con i capelli bianchi, e accanto a lei, sul divano, con una coperta sulle gambe, la figlia, giovinetta dall'aspetto leggiadro e dall'aria ingenua. Il salotto è arredato con cura: vi è una consolle dorata, un grande specchio, un tavolino, un televisore grande nel fondo e, sparsi ovunque, graziosi ninnoli. Margaret dice alla madre: "Mamma, ho conosciuto un ragazzo che mi vorrebbe sposare, si chiama Giovanni. Appena l'ho conosciuto, mi ha parlato subito di matrimonio". La madre obietta: "Margaret, assolutamente no!". "Perché?" "Sei tanto giovane: avrai possibilità di incontrare altri ragazzi. E poi non sei fidanzata con Sandro?" Margaret: "Sandro, lo posso lasciare...". La madre: "Dopo tanto tempo?" "Guarda, mamma, Giovanni non è brutto, è un semplicione e, a quanto pare, un timido... poi è molto religioso, va sempre in chiesa". La madre: "Ma chi è questo Giovanni? Di chi è figlio?". "È figlio di un ex carabiniere e abita a Roma con la famiglia a Trastevere". "Ma come può piacerti uno studentello, figlio di un carabiniere? Sarà senz'altro uno che ti prende in giro o che mira ai tuoi soldi! Dammi retta, lascialo perdere." Margaret: "Devo incontrarlo domani sera... stasera lascio Sandro. Ti farò vedere una fotografia di Giovanni: vedrai che cambierai idea". Poi soggiunge tra sé: "Finalmente un ragazzo semplice. Sono stufo di tutti questi saccenti intellettualoidi!".

*Scena IV.* Ristorante sul mare. Sera. Nel ristorante vi è molta gente affollata ai tavoli. L'ambiente è elegante, c'è anche un suonatore di violino che, con la sua musica, allietta le coppie. La luce delle candele rischiarerà l'interno. Ad uno dei tavoli è seduta Margaret insieme a Sandro, un giovane con i capelli castani, gli occhi scuri, che indossa una giacca di velluto. Sandro dice: "Vuoi un'altra fetta di torta per chiudere la cena?". La ragazza: "No, grazie. Purtroppo quello che devo dirti non è dolce, ma amaro". "In che senso?" dichiara il giovane stupito. "Nel senso che ho deciso di lasciarti". Il ragazzo, visibilmente sconvolto, le chiede: "E me lo dici in questo modo?" "Eh, lo so che ci tieni per me ma purtroppo ho conosciuto Giovanni, un giovane laureando in Economia e Commercio ed è scoccata una scintilla, è successo qualcosa di speciale... insomma ci siamo innamorati". Queste parole furono per Sandro una doccia gelata. "Ma io non ti piaccio? Avevi detto che volevi sposarmi..." "Ma Sandro, guarda, nella vita cambiano tante cose... Forse non ti amavo abbastanza". Sandro gioca la sua ultima carta: "Lo conosco bene, quel Giovanni Carocci. È un uomo di pessime origini, mediocre, materialista, buono solo a contare i soldi... Te ne pentirai!". Margaret: "Io non ti credo e penso solo che il tuo sia lo sfogo di uno che si sente tradito". Il giovane: "E va bene, ti riaccompagno a casa.

Ma se ci ripensi, telefonami”.

*Scena V.* Esterno villa. Notte. Fuori il cancello di villa Donati si ferma la macchina di Sandro. Il giovane è visibilmente nervoso e spegne una sigaretta nel portacenere. Margaret è imbarazzata e qualche lacrima le riga il viso. Il giovane le apre lo sportello e le sussurra all'orecchio: “Ripensaci!”. La congeda baciandola sulla guancia. Lei apre il cancelletto, entra e fa di corsa le scale.

*Scena VI.* Interno villa. Notte. Margaret apre la porta di casa ed entra nell'ingresso dove si nota una grande credenza di colore scuro e quadri appesi alle pareti. Il suo gatto preferito l'aspetta accanto alla porta della stanza da letto: ella lo prende in braccio e lo bacia e gli versa del cibo nella ciotola. Gli altri gatti accorrono a finire il resto del cibo. Margaret va in camera a dormire.

*Scena VII.* Villa Donati. Interno camera da bagno. Mattino. Margaret è seduta su una sedia vicino al lavandino del bagno. Il parrucchiere, un giovane effeminato, vestito in modo sportivo, le prende i capelli, glieli lava, li asciuga col fon, facendole la messa in piega. Lei è inquieta, turbata e guarda fuori il palazzo di fronte, illuminato dal sole del mattino, con negli occhi una strana mestizia. La madre la osserva da sotto l'arco della porta con tenerezza. Ella confessa: “Mamma, sono triste. Non so perché”.

*Scena VIII.* 2 anni dopo. Giorno. Esterno strade. Margaret e Giovanni camminano per una strada elegante del centro. L'uomo va avanti, dandole fretta, la donna segue, guardando le vetrine con un'espressione nervosa e strana. Giovanni: “Sei pensierosa?”. Margaret: “Perché mi dici questo?” “Perché ti vedo strana” “Certo, Giovanni, le cose tra di noi non sono più belle come prima” “Ma come non sei contenta della vita che facciamo?” “Ma io vorrei che tu pensassi di meno al lavoro e stessi più tempo con me”. Si avvicina un mendicante che dice: “Datemi qualcosa... Voglio mangiare un piatto di maccheroni”. Giovanni lo liquida bruscamente senza cacciare una lira. Margaret avrebbe voluto dare qualche spicciolo e appare visibilmente contrariata.

*Scena IX.* Interno villa. Giorno. Si sente squillare il telefono. Giovanni risponde e dice in modo burbero: “No, grazie”. Margaret: “Chi era?” “Questi seccatori che cercano fondi per il Terzo Mondo” “Guarda, Giovanni, che c'è tanta gente povera che ha bisogno, che sulla terra c'è la fame...” “E proprio da me vengono a farsi sfamare? Dopo tutti i sacrifici che faccio per mantenerci...” “Lascia stare, Giovanni. Ogni sera, quando torni a casa, vuoi il consuntivo, lira per lira, di quanto ho speso!” “Non sono Rockfeller! Quel che guadagno me lo sudo”. Margaret esce nervosamente dalla stanza, sbattendo la porta.

*Scena X.* Villa. Interno camera da letto. Sera. Si nota sulla parete un ritratto del padre di Margaret, con gli occhiali e il viso scarno. Il letto è sfatto, vi sono coperte e vestiti ammucchiati per terra, cosmetici disposti disordinatamente sulla scrivania. La donna entra nella stanza, si getta sul letto e, piangendo, dice: “Non ce la faccio più! È troppo legato ai soldi e al lavoro e poco a me...Io sognavo una vita diversa, un amore più vero, più elevato, un uomo che si dedicasse interamente a me...”. Singhiozza violentemente stringendosi le tempie e fa cadere dal comodino un vaso con dentro un fiore. Poi prende un sonnifero e prova a dormire.

*Scena XI.* Mattino. Interno ufficio di Giovanni. Si notano una scrivania vecchia, una poltrona un po' sdruccita, varie penne sul tavolo disposte in modo confuso e varie carte anche esse disordinate. Dietro tutte queste cose appare Giovanni vestito con una giacca blu e una cravatta modesta, quasi dello stesso colore dell'abito. Prende la cornetta del telefono e chiama la centralinista: “Signorina, mi può mettere in contatto con l'avvocato Branca...La prego, subito” “Ecco, glielo passo” “Giovanni, che c'è” dice Branca “Mario, passa di qui. Voglio parlarti di quella faccenda” “Sì, vengo ora e ci andiamo a prendere un aperitivo a quel baretto che già conosci”.

*Scena XII.* Interno bar. Primo pomeriggio. Tanta folla occupa il bancone del bar. Mario e Giovanni entrano e si guardano attorno. Branca: “E però la vedi quella? Se vuoi te la presento” “Perbacco, è proprio carina...” I due si avvicinano alla ragazza. Branca: “Katia, ti presento il mio amico, il dottor Giovanni Carocci”. Giovanni si liscia i capelli e si aggiusta il nodo della cravatta. La ragazza, bruna, esile, alta, vestita di rosso, sorride all'uomo, masticando una gomma. Poi, guardandolo con occhi seducenti, gli dice: “Caro, sei simpatico e poi oggi ho tanta voglia di fare quattro salti in un localino qui vicino dove possiamo anche cenare”.

*Scena XIII.* Interno locale. Sera. Nel locale le luci sono soffuse, la musica rilassante, l'atmosfera intima. Branca entrando dice: “Avevi ragione tu, Katia, questo locale non è niente male...” I tre siedono a un tavolino. Giovanni: “Stasera pago io. Cosa prendi, Katia e tu, Mario?” Katia: “Per me solo una coca cola”. Mario: “Io prendo un aperitivo”. A un certo punto Mario se ne va: “Ciao, ragazzi... Vi lascio soli. Buona serata”. Giovanni si rivolge alla ragazza: “Che lavoro fai, Katia?” “Ho un'edicola, ma sono anche laureata in lingue...francese e spagnolo”. “Sei una bella ragazza... poi il rosso ti sta bene”. La ragazza chiede: “Tu sei sposato?” “Sì, ma purtroppo dopo le nozze, mia moglie si è ammatala con la mente e ora è matta...” “Ah, ho capito. Voi uomini sposati, appena avete qualche problema con la moglie, vi rivolgete a noi ra-

gazze” “Lo sai, Katia, sei proprio attraente” “Anche tu... Ma ora sono stanca e voglio andare a dormire”. I due si scambiano il numero di telefono ed escono dal locale.

*Scena XIV.* Interno villa. Soggiorno. Pomeriggio. Margaret, la madre e Giovanni sono seduti in soggiorno ai lati della tavola riccamente imbandita per il pranzo. Osservano un cesto con molta frutta, delle bottiglie d'acqua e di vino, la tovaglia delle feste. Margaret dice all'improvviso: “Non ho più fame. Sono agitata...”. La madre: “Che succede, Margaret?” “Non mi sento... non riesco nemmeno a tenere in mano la forchetta o il coltello...”. Giovanni con l'aria di chi non se ne importa molto: “Forse hai preso l'influenza...”. Ella: “Come al solito, non capisci! È con la mente che sto male”. La donna si alza e si sdraia sul divano piegando la testa sul braccio e dice a se stessa: “Mi fa tanto male la testa e poi sono giorni che mi sento strana e nervosa...”.

*Scena XV.* Interno villa. Camera da letto. Notte. Margaret e Giovanni sono distesi nel letto. Mentre il marito dorme russando, la donna non riesce a chiudere occhio. “Sono varie ore che provo a dormire ma non ci riesco” dice tra sé. Accende il lume e guarda l'ora sull'orologio. Poi si gira dalla parte del marito e gli dice: “Giovanni, non dormo... Sto impazzendo, aiutami!”. Il marito: “Uffà, non rompere... Domani mattina presto devo andare in ufficio!” “Ma io non so che fare... È l'ennesima notte bianca!” “Prendi un sonnifero. Domani ti porto da un mio amico psichiatra”. Margaret molto agitata va in cucina, prende una bottiglia di vetro, la fa cadere sul pavimento, riducendola in mille pezzi. Poi prende una scheggia e cerca di ferirsi. Alla fine, scaricato il nervosismo, torna in camera.

*Scena XVI.* Villa Donati. Interno cucina. Sera. La cucina è piccola, vi sono mattonelle con motivi di ortaggi sulle pareti, un piccolo forno con una cappa per il fumo. Margaret è seduta al tavolo, beve un bicchiere d'acqua e accarezza il gatto. Per il nervosismo si mangia le unghie. Giovanni apre la porta e dice con un'aria nervosa e contrariata: “Insomma, Margaret, quando imparerai a cucinare e a far bene i servizi di casa?” “Perché mi parli così?” “Se tu fossi una brava donna di casa come era mia madre...” “Io non sono tua madre!” urla la donna. “Quella minestra era immangiabile, come l'hai fatta?” “Ma cosa pretendi? È da poco che lavoro in casa...” “Non pretendo manicaretti, ma almeno una cena decente quando torno stanco dal lavoro...” “Perché mi tratti in questo modo?” dice la donna tra i singhiozzi. Giovanni ribatte: “E poi i tuoi gatti...sporcano dappertutto...non li sopporto!” “Non hai un briciolo di sensibilità, Giovanni!”. Ella poi si alza furiosa ed esce dalla cucina sbattendo la porta.

*Scena XVII.* Interno studio psichiatrico. Pomeriggio. Nello studio dello psichiatra dove si recano Giovanni, Margaret e sua madre, sono visibi-

li, oltre il classico lettino, una scrivania, delle poltrone, quadri con figure femminili sulle pareti. Il medico si rivolge a Margaret: "Signora, mi dica, quali sono i suoi problemi?". Margaret risponde: "Non riesco a dormire... e poi penso troppo". Il medico: "Si tratta di una banale nevrosi... e voi familiari, che ne dite?". La madre: "Vede, dottore, se il marito le stesse più vicino...". Giovanni: "Ma mia suocera non si rende conto che ho un lavoro da portare avanti...". Margaret: "Basterebbe un gesto affettuoso in più Giovanni!". Il medico: "Va bene, ognuno ha detto la sua... Ora vediamo di curare la signora!". Tutti annuiscono. Il dottore: "Le prescrivo queste gocce tre volte al giorno". Giovanni paga il medico e i tre si congedano.

*Scena XVIII.* Interno macchina. Sera. Giovanni parcheggia la macchina vicino all'edicola di Katia. La ragazza, che lo aspettava, sale sulla vettura. Giovanni: "Come stai, cara?". Katia: "Bene...ma vorrei qualcosa in più per noi due!" "Cosa intendi?" "Io vorrei che tu lasciassi tua moglie... che io fossi la sola" "Va bene, Katia. Ho un progetto per lasciare mia moglie e vivere con te". I due si baciano e amoreggiano. Giovanni saluta Katia: "Ciao, a presto, tesoro..."

*Scena XIX.* Studio avvocato Branca. Mattino. Giovanni di buon mattino si reca dall'amico. Questi l'attende elegantissimo, seduto su un'austera poltrona, fumando un sigaro. Mario: "Giovanni, qual buona nuova?". Giovanni: "Mario, mi serve il tuo aiuto". Bussa alla porta la segretaria: "Dottore, i suoi incartamenti". Mario: "Li metta lì, signorina, grazie". Mario: "Dicevi?". Giovanni: "Mario, tu sai che vorrei lasciare mia moglie e vivere con Katia...". Mario: "E io come ti posso aiutare?". Giovanni: "Io vorrei che mia moglie mi tradisse con te... vorrei avere le prove di un suo adulterio per poi lasciarla". Mario: "E perché io?". Giovanni: "Tu sei un bell'uomo e le piaci...". Mario: "Va bene, Giovanni, ti aiuterò...". Giovanni: "Domani ci sarà una festa al circolo del tennis. Fatti trovare, ci saremo io e Margaret".

*Scena XX.* Circolo del tennis. Sera. L'atmosfera al circolo per la festa è luccicante: vi sono eleganti tavolini, torce accese ai lati del campo da tennis, musica: molte coppie ballano. Margaret, la cugina Sofia e l'amica di scuola Eleonora sono vestite con raffinati abiti da sera. Gli uomini in abito scuro chiacchierano di politica: tra di loro si distinguono Giovanni e Mario Branca, vestito in smoking. Mario chiede al collega Bruno Pratesi: "Bruno, secondo te questo governo durerà?". Bruno: "Spero di sì...poi non so!". Eleonora dice a Margaret: "Quel Branca è un uomo affascinante... ma lo trovo un po' glaciale...". Margaret chiede a Sofia: "Tu che ne pensi?". Sofia: "È un bell'uomo, senza dubbio...". Margaret dice: "Voglio chiacchierare un po' con lui...scusate". Giovanni, vedendo avvicinarsi la moglie, strizza l'occhio verso Mario. Ma-

rio saluta Margaret e poi le dice: "Gentile signora, vuole ballare con me?". I due si mettono a danzare e Mario sussurra nell'orecchio a Margaret: "Lei è proprio una bella donna". Margaret: "Sì, ma sposata". Mario: "Va bene, lo so". Le porge un bigliettino con il numero di telefono e le dice: "Qualche volta mi chiami". La donna arrossisce.

*Scena XXI.* Interno villa Donati. Mattino. Margaret risponde al citofono: "Chi è?" "Interflora, signora, ci sono rose per lei". La donna aspetta il commesso alla porta e prende in mano, sorpresa, il fascio di rose, nel quale vi è un cartoncino. Ella lo legge con voce agitata: "Signora Margaret, sono Mario Branca. Queste rose esprimono tutta la mia ammirazione per lei. Mi telefoni!". Margaret chiama l'avvocato e gli dice: "Lei è stato troppo gentile, dottor Branca". Mario: "Lasci stare il cognome, diamoci del tu..." "Va bene, Mario, ma perché tanti riguardi per me?" "Perché tu mi piaci" "Sono lusingata di questo" "Incontriamoci stasera al ristorante, sai, quello vicino a casa tua..." "E mio marito?" "Non ti preoccupare, mi ha detto che è fuori città" "Va bene, Mario, stasera..."

*Scena XXII.* Ristorante. Interno. Sera. Il locale è raccolto, elegante. Il cameriere si rivolge a Margaret e a Mario: "Signori, cosa desiderate?" Margaret: "Per me spaghetti con le vongole". Mario: "Anche per me". Il cameriere: "Va bene, due spaghetti con le vongole". I due restano soli. Mario parte all'attacco: "Margaret, sei proprio bella stasera in quest'abito di seta..." "Troppo gentile, Mario... ma sono e sarò sempre solo una cara amica" "Ma se hai risposto al mio invito vuol dire che un po' ti piaccio" "Sì, sei attraente, ma io non voglio tradire mio marito...con un suo caro amico, poi..." "Ma tra te e Giovanni le cose non vanno più bene" "È un discorso delicato...Comunque riportami subito a casa...". L'uomo aiuta Margaret a indossare il cappotto.

*Scena XXIII.* Interno villa. Giorno. Squilla il telefono nel salone. Giovanni risponde: "Chi è?" "Sono Mario". Giovanni: "Ciao, Mario, come stai?". La moglie incuriosita alza l'apparecchio dall'altra stanza. Giovanni chiede a bassa voce a Mario: "Come va con mia moglie?". Mario: "Va a gonfie vele... penso di piacerle!". La donna posa il microfono, vorrebbe gridare, quindi va a sfogarsi in camera della madre. Margaret: "Mamma, Giovanni mi ha teso un tranello..." "Che dici, Margaret?" "Voleva farmi sedurre per loschi fini dal suo amico Branca". "Quel Giovanni non lo dovevi sposare..." "Mamma, non ne posso più, sono distrutta!" "Vieni, appoggiami a me e piangi pure, cara..."

*Scena XXIV.* Interno studio medico. Mattino. Nello studio del medico di famiglia dei coniugi Carocci si notano giornali su un tavolino, una scrivania dietro la quale è seduta la segretaria. Essa risponde al telefono: "Studio Tanzi, buongiorno" "Potrei parlare con il dottore? Sono

Giovanni Carocci.” “Un attimo solo che glielo passo”. Il dottore: “Giovanni, mi dica...” Giovanni: “Dottore, lei sa che mia moglie soffre di turbe mentali...” “Ebbene?” “Sarò franco con lei...se mia moglie prendesse una bella paura... forse potrei rinchiuderla e rifarmi una vita”. Dottore: “E io cosa posso fare?” “Non dovrebbe fare, per carità, nulla di così grave... solo diagnosticarle un disturbo di lieve entità per aumentare l’ipocondria di cui già soffre” “Lei mi chiede qualcosa che va contro l’etica professionale...” “Lo so, dottore, ma pensi ai nostri interessi, a quei suoi debitucci per i quali l’ho aiutata...” “E va bene, Carocci, lei mi vuol far spaventare... Sarà fatto come lei vuole!”

*Scena XXV.* Interno studio medico. Sera. Margaret è seduta sulla poltrona nell’anticamera dello studio medico; molto nervosa, sfoglia dei giornali, accende e spegne sigarette, si palpa continuamente il seno. Vicino a lei è seduta una donna anziana che le rivolge la parola: “Signora, la vedo agitata... Che pensa?”. Margaret: “Ho paura di avere un tumore al seno... poi ho dolori alle ossa...” “Ma una donna giovane e forte come lei non deve temere...” “Lo so, ma io mi sono fissata! Penso continuamente di essere malata e mi dispero...”. Il medico apre la porta e chiama: “Signora Carocci!”. Margaret entra e dice: “Dottore, sono agitata... la prego, mi dica che non ho niente...”. Dottore: “Vediamo, si spogli e si sdrai sul lettino”. Margaret: “Dottore, ho qualcosa al seno?”. Dottore: “No, al seno non ha niente...” “le fa male qui?”, dice toccandole una costola. “Un po’” “E qui?” “Un po’” “Signora, lei ha una sindrome reumatica piuttosto rara...”. Medico: “Oddio, che mi sta dicendo!” “Sì, ma è benigna... deve però curarsi col cortisone...”. Medico: “Dottore, che cosa ho?”. Dottore: “Niente di così grave...”. La donna scoppia a piangere. Il medico: “Guardi, signora che con quel che ha non si muore...”. La donna lascia lo studio medico, visibilmente angosciata.

*Scena XXVI.* Interno camera da letto villa. Pomeriggio. Sul letto, sotto molte coperte, è adagiata la madre di Margaret. Respira affannosamente, non riesce a trovare riposo. Margaret, seduta vicino, le dice: “Mamma, come ti senti? Io sono a pezzi...”. La madre: “Non ti preoccupare per me... alla mia età è normale avere degli acciacchi”. Margaret: “Mamma, sai che mi ha detto il medico? Che ho una sindrome rara... non vivo più!” La madre dice, girandosi nervosamente nel letto: “Credimi, tu non hai niente, sei sana... ne sono certa...”. La cameriera che accudisce la signora si avvicina e le chiede: “Vuole bere un po’ di latte o un succo di frutta?”. La madre: “Va bene, Edith... Un po’ di latte... Oramai nel mio povero stomaco entrano solo liquidi...”. Margaret: “Mamma, ti voglio bene... Giovanni avrebbe voluto ricoverarti in ospedale ma io ti ho voluta qui a casa...”. La madre: “Con quel poco

che mi resta da vivere...” “Non dire così, mamma cara” dice Margaret, accarezzandole una mano. La cameriera dice: “È l’ora della medicina. Cerchi di riposare, signora Donati...”.

*Scena XXVII.* Esterno stazione. Giorno. Dalle scale della stazione scende un uomo ancor giovane, vestito di blu, con una valigia in mano. L’uomo ha un’espressione un po’ triste e smarrita e va in cerca di una cabina telefonica tra il viavai della gente. Telefona alla madre e dice: “Mamma, sono Andrea. Sono da poco tornato dalla comunità per tossicodipendenti... tra poco sono a casa. Ciao...”.

*Scena XXVIII.* Interno villa. Sera. La cameriera risponde al citofono: “Chi è?” “Cerco Margaret Donati. Sono Andrea Cecchi, un suo vecchio amico”. La cameriera: “Signora, la cerca un certo signor Cecchi. Lo faccio entrare?” “Andrea, dopo tanti anni!?” Andrea entra in casa molto emozionato e, con uno sguardo tenero e imbarazzato, dice a Margaret: “Margaret, sei sempre bella... Da quanto tempo non ci vediamo... dai tempi del liceo...”. Margaret: “Sì, lo so, Andrea... eravamo molto innamorati... ma quella brutta storia della droga ci divide...”. Andrea: “È vero, Margaret, sono stato proprio debole... così sono caduto nella tossicodipendenza...”. Margaret: “E ora come stai?”. Andrea: “Ora, dopo essere stato in comunità, sto molto meglio”. Margaret: “Devi sapere, Andrea, che ora sono sposata...”. Andrea: “Sei sposata? E io che credevo ingenuamente che mi avresti aspettato!”. Margaret: “No, Andrea, tu sei stato l’amore più grande della mia vita...”. Andrea: “E ora sei felice?”. Margaret: “No, non vado d’accordo con mio marito... e poi ho problemi di salute...”. Andrea: “Anche io non ti ho detto tutto, Margaret... la droga mi ha reso quasi uno svuotato mentale, uno schizofrenico...”. Margaret: “Tu, che eri il primo della classe...”. Andrea: “È vero, ma inseguivo dei sogni, mi sentivo diverso...”. Margaret: “Andrea, sei sempre in tempo per ricostruirti una vita...”. Andrea: “Margaret, io ti amo ancora...”. Margaret: “Anche io non ti ho mai dimenticato”. L’uomo si avvicina alla donna e timidamente la bacia; quindi le dice: “Questo è il mio numero di telefono... Ti prego, chiamami, anche solo per un’amicizia...”.

*Scena XXIX.* Interno chiesa. Pomeriggio. Nella chiesa, ravvivata da molti fiori e con il quadro della Madonna in vista, un sacerdote, seduto su un banco, prega con in mano il rosario. Margaret si avvicina e dice: “Padre, è possibile scambiare una parola in privato?”. Il sacerdote: “Sì, andiamo in sacrestia.”. I due si spostano e vanno in sacrestia. Il prete le chiede: “Cosa hai da dirmi, figliola?” “Padre, sto attraversando un momento tremendo...” “Perché?” “In primo luogo, sto male fisicamente...” “Niente di grave, spero” “Non so...un medico mi ha diagnosticato una malattia rara” “Vedrai che si tratta di una sciocchezza...”.

E poi, c'è dell'altro?" "Mio marito non mi ama e mi tradisce... e poi, sento, credo, di essere innamorata di un mio vecchio compagno di scuola" "Cosa ti posso dire, figliola? Tu sai che per la chiesa il matrimonio è un sacramento indissolubile..." "Lo so, ma io sto impazzendo... Perché Dio mi punisce?" "Ma il male è un fatto relativo, anche secondo Sant'Agostino... a volte da un grande male può derivare un bene!" "Padre, non ci spero più" "Devi sperare" "Così dice anche mia madre che ora è molto malata..." "Il segreto è avere pazienza in tali casi..." "Lei ha ragione..." "E ora scusa, devo andare a celebrare la messa. Torna a casa tranquilla, prega il Signore e vedrai che le cose cambieranno". La donna esce dalla chiesa.

*Scena XXX.* Gelateria. Sera. Giovanni aspetta impaziente Katia in gelateria. Tiene in mano una valigetta e ogni tanto guarda l'orologio. Arriva Katia, vestita in modo eccentrico. Katia: "Ciao, amore. Aspetti da molto?". Giovanni: "Non tanto...". Katia: "Sai, ho chiuso l'edicola più tardi del solito...". Giovanni: "Che mi racconti?". Katia: "Ho litigato per l'ennesima volta con mia madre che mi da troppo da mangiare e non mi fa rispettare la dieta...". Giovanni: "Ma quale dieta! Sei perfetta così". Katia: "Grazie, caro!". Il cameriere si avvicina e chiede: "Cosa gradiscono i signori?". Giovanni: "Per me un gelato alla banana". Katia: "Per me solo un bicchiere di acqua minerale". Giovanni: "Sai, Katia, il piano per far impazzire mia moglie sta riuscendo...". Katia: "Perché, che cosa fa?". Giovanni: "Il mio amico medico le ha fatto credere di essere malata... ora è nervosa, aggressiva, a volte non riesce a ragionare...". Katia: "Quindi, come spero, la farai rinchiudere... Ma la madre, la signora Donati?". Giovanni: "Non ci sono problemi... è moribonda...". Katia: "Va benissimo, caro... ora pensiamo a noi due". Si scambiano un bacio. Giovanni dice: "Vedrai che tra poco sarai mia moglie...". Katia: "È quello che voglio!".

*Scena XXXI.* Interno villa. Camera da letto. Sera. La madre di Margaret giace sul letto agonizzante. Fuori piove. Margaret è seduta accanto al letto e stringe disperatamente la corona del rosario: "Ave, Maria, piena di grazia...". Poi scoppia a piangere: "Mamma cara, non mi lasciare...". Giovanni guarda la moglie dalla soglia della porta con aria nervosa. La madre dice con voce fievole: "Margaret, cerca di sopportare con pazienza Giovanni. Devi essere forte, quando io non ci sarò più!". Margaret: "Senza di te, come faccio? Io prendo le mie cose, i miei gatti e vado a vivere altrove" "Non dire così... e ora che sono ancora lucida manda a chiamare un prete". Pausa. Il prete entra nella stanza e dà i sacramenti all'ammalata. Questa tenta di dire qualcosa, poi, presa da un sussulto, esala l'ultimo respiro. Margaret si disperava e se la prende con Giovanni: "Tu non l'hai mai amata... La volevi morta!". Giovan-

ni, visibilmente infastidito dice: “Non è certo stata colpa mia! Tua madre era da tempo malata... devi fartene una ragione”. Detto così, esce dalla stanza. Margaret si accascia sulla poltrona piangendo.

*Scena XXXII.* Interno bar. Mattino. Margaret seduta al banco del bar sorseggia un caffè. I suoi occhi si voltano verso la porta dove scorge Andrea. Una zingara chiede l'elemosina al giovane: “Dammi qualcosa, signore”. Egli le dà molte monete. Margaret, colpita dal gesto, abbraccia Andrea e gli dice: “Se mio marito fosse così... Andrea, hai veramente un gran cuore...”. Andrea: “Mi aspettavi? Avevo qualche faccenda da sbrigare”. Margaret: “Non dovrei essere qui” e poi piangendo: “Tu sai di mia madre?”. Andrea: “Sì, e mi è molto dispiaciuto... era una donna in gamba...”. Margaret: “Comunque, sono contenta che tu sei qui!”. Andrea: “Andiamo a fare due passi...”.

*Scena XXXIII.* Giardinetti. Mattino. Andrea e Margaret camminano mano nella mano. Andrea: “Ti ricordi i tempi del liceo... quanto eravamo felici!”. Margaret: “E tu quasi ti scusavi di essere il primo della classe...”. Andrea: “Sai, la storia della droga è finita... ora vorrei rifarmi una vita...”. Margaret: “Ne hai tutti i diritti...”. Andrea: “Magari con te, il mio unico grande amore...”. Margaret: “Ma tu sai che io ho un marito...”. Andrea: “Sì, ma non lo ami...”. Margaret: “Possiamo essere solo due amanti...”. Passa un signore con un cagnolino che Margaret accarezza: “È proprio bello... Come si chiama?” “Dick”. “Ciao, Dick”. Margaret e Andrea continuano a camminare, sussurrandosi paroline dolci nell'orecchio. All'improvviso si avvicina una macchina con Katia alla guida. La ragazza commenta: “Ah, eccola, la signora per bene... è anche lei un'adultera... Notizia interessante per Giovanni”.

*Scena XXXIV.* Interno studio Giovanni. Mattino. Nello studio Giovanni batte a macchina. Entra Katia e gli dice: “Caro, sono due giorni che non mi chiami!”. Giovanni: “Sì, è vero, ho avuto molto lavoro...”. Katia: “Ma tu non sai la nuova?”. Giovanni: “A cosa ti riferisci?”. Katia: “Tua moglie ha un amante... come vedi la signora si è anche lei data da fare...”. Giovanni: “Cosa, Margaret?”. Katia: “Sì, proprio lei... l'ho vista ai giardinetti con un uomo...”. Giovanni: “A saperlo prima!”. Katia: “Cosa intendi fare?”. Giovanni: “Chiamerò un detective per coglierla in flagrante... così potrò ricattarla e divorziare...”. Katia: “Sì, questa, caro, è proprio una bella notizia!”.

*Scena XXXV.* Esterno strade. Giorno. Margaret osserva la vetrina di un negozio d'abbigliamento senza accorgersi che una macchina la segue. Poi si incontra con Andrea che la bacia sulla guancia e le dice: “Allora, sei venuta all'appuntamento come mi aspettavo...”. Margaret: “Che facciamo?”. Andrea: “C'è un bel ristorante qui vicino... che ne dici?”. Margaret: “Andiamo...”. Il detective li fotografa più volte mentre si

abbracciano e si baciano. Poi, fermatosi ad una cabina telefonica, chiama Giovanni: "Signor Carocci, ho alcune fotografie di sua moglie e del suo uomo...". Giovanni: "Me le faccia avere in giornata..."

*Scena XXXVI.* Interno villa. Soggiorno. Sera. Giovanni tiene in mano un plico con dentro le fotografie di Margaret e di Andrea. Margaret, seduta su una poltrona, sta cucendo una giacca. Giovanni: "Margaret, tu mi tradisci... ho le prove...". Margaret: "Che cosa? Quali prove?". Giovanni: "Guarda queste foto... Ci sei tu con un uomo...". Margaret: "Giovanni, tu mi farai impazzire... siamo solo amici! Penso che invece tu mi tradisci!". Giovanni: "Se non chiedo il divorzio, è perché ti voglio ancora bene...". Margaret: "Sei un ipocrita... tu non lo chiedi perché miri a impadronirti della casa...". Giovanni: "Vedo che sei sempre più pazza...". Margaret: "Tu dovresti sapere che sono malata! Non sai che ho paura di morire...". Giovanni: "Ho avuto il nome di un nuovo psichiatra, il dottor Antonelli. Domani ci andiamo...". Margaret grida: "lasciami stare... vai via!"

*Scena XXXVII.* Interno studio dottor Ferri. Pomeriggio. Margaret e Giovanni sono seduti nell'anticamera dello studio medico. Entra il dottor Antonelli: "Signori Carocci, si accomodino!". Margaret si sente subito attratta dal medico, che è un uomo alto, robusto, elegante. Così pensa: "Quest'uomo è molto interessante... Come mi piacerebbe se mi amasse!". Il dottore visita la donna e poi così si esprime: "Penso che si tratti di una sindrome dissociativa...". Giovanni: "È il caso di ricoverarla?" "Ora le prescrivo queste medicine e se il caso non si risolve, penso che dovremo ricoverarla...". Margaret guarda l'uomo con aria imbambolata e timida e dice: "Dottore, io sono malata ma col corpo... Devo morire!". Il medico: "Signora, lei ha delle fobie... comunque se vuole, può venire da me a fare delle sedute di psicoterapia...". Margaret pensa: "Che bello, così potrò rivederlo... Il mio vero amore è Andrea, ma quest'uomo mi attrae, mi fa sognare..."

*Scena XXXVIII.* Interno studio medico. Sera. Il dottore si rivolge a Margaret: "Signora, siamo arrivati alla ventesima seduta e mi sembra che tra lei e me ci sia sempre un muro...". Margaret dice: "Dottore, sono forse irrecuperabile?" e allo stesso tempo lancia uno sguardo appassionato verso il medico. Ella pensa: "Se il dottore mi lascia andare, è finita... oramai dipendo da lui... ne sono affascinata...". Il medico: "Signora, l'unica speranza di guarigione sta in un ricovero... avviserò io suo marito...". Margaret: "È proprio necessario? Non sono mai stata ricoverata...". Il medico: "Vedrò che la cureranno bene...anche suo marito insiste..."

*Scena XXXIX.* Interno manicomio. Refettorio. Mattino. Nel refettorio le infermiere si affrettano a portare la colazione ai tavoli dove sono sedu-

te le pazienti (alcune ancora in camicia da notte). La colazione viene portata su alcuni vassoi e consiste in una tazza di latte caldo con un pacchetto di biscotti. Margaret, ancora in camicia da notte, prende in mano la sua colazione e poi si rivolge ad un'altra paziente, seduta accanto: "Maria, l'unica cosa bella di questo ricovero è aver conosciuto te, che sei così speciale...". Maria sorride e dice affettuosamente a Margaret: "Sei tu, cara, ad avermi portato tanta felicità...". Margaret dice: "Tu, dunque, conoscevi già mio marito, Giovanni Carocci?". Maria: "Sì, eravamo compagni di classe e lui è sempre stato quell'egoista fariseo che tu conosci...". Margaret: "Maria, sappi che io, in fondo, nella mia vita, non ho mai amato nessuno...". Maria: "Ma mi hai detto che volevi bene a tuo marito quando eravate fidanzati...". Margaret: "Sì, ma non era vero amore... ora lo posso dire... io penso di aver provato un sentimento autentico solo per Andrea, come ti ho detto...". Maria: "Tu dunque ami Andrea?". Margaret: "In realtà si tratta di un amore solo spirituale, di una dolce tenerezza, che si può confondere, ma non è passione, amore con la «A» maiuscola...". Maria: "Hai avuto altri amori, Margaret?". Margaret: "Sì, ma solo passioncelle infantili, senza sesso... sono sempre stata in amore una bambina... Ho nutrito delle dolci illusioni, ho inseguito dei fantasmi, sognando più che vivendo l'amore...". Si avvicina alle due donne una simpatica infermiera, Bruna, che dice loro: "È difficile vedere qui un'amicizia così profonda come la vostra...". Risponde Maria: "È vero, Bruna, siamo molto legate...".

*Scena XL.* Interno villa Donati. Soggiorno. Sera. Giovanni è a telefono con Katia: "Ciao, Katia, il nostro piano funziona...ieri ho ricoverato mia moglie e poi la farò interdire...". Katia: "Caro, è meraviglioso...e poi ci sposeremo?". Giovanni: "Vedrai che coroneremo il nostro sogno d'amore...". Katia: "Vediamoci stasera allo stesso posto...". Giovanni: "Ringrazio il mio amico Mario che ci ha fatto conoscere...gliene sarò grato per sempre...".

*Scena XLI.* Interno manicomio. Stanze da letto. Pomeriggio. Le pazienti attendono nelle stanze da letto le visite del pomeriggio. Nella stanza, dove Margaret si sta pettinando, entra Andrea. Andrea dice: "Margaret, non avrei mai voluto vederti in questo posto...". Margaret: "Così hanno voluto il medico e mio marito...Comunque non ci sto poi tanto male e ho fatto amicizia con lei..." e indica Maria, che sorride. Andrea: "Piacere di conoscerti. Io sono Andrea...E tu come ti chiami?" "Maria". Andrea: "Siete molto amiche tu e Margaret?". Maria: "Margaret è una persona straordinaria...mi ha parlato di te a lungo...ti vuole molto bene...". Andrea: "Margaret, non vedo l'ora di vederti fuori di qui...poi penseremo di sbarazzarci di Giovanni...". Margaret: "Ma

lui tiene il coltello dalla parte del manico...grazie alle sue amicizie può farmi interdire...". Andrea: "Bisognerà trovare un modo per resistergli...". Margaret: "Sei l'amico più caro...". Andrea: "Solo amico?". Margaret: "Per ora preferisco pensare solo ad un'amicizia...anche se sei una persona speciale...l'amore dei miei anni verdi...". Andrea si congeda: "Ciao, Margaret...verrò ancora a trovarti...Ciao, Maria...".

*Scena XLII.* Interno studio Branca. Sera. Giovanni, vestito con giacca e cravatta, entra nello studio dell'amico. L'avvocato sta parlando al telefono con la moglie: "Ciao, cara...a stasera...". Giovanni si siede e dice: "Mario, è necessario avviare la pratica di interdizione di Margaret...". Mario ribatte: "Sarà difficile, Giovanni... bisogna dimostrare che è incapace di intendere e di volere...". Giovanni: "Io ho molte conoscenze al tribunale...Sarà facile corrompere i periti...". Mario: "Si tratta di sborsare molti soldi...". Giovanni: "I soldi non mi mancano...è giunta l'ora di sistemare questa faccenda...". I due si salutano e Giovanni esce dallo studio.

*Scena XLIII.* Interno manicomio. Stanze da letto. Pomeriggio. Giunge in manicomio anche Don Antonio, il padre spirituale di Margaret. Margaret, vedendolo, dice: "Padre, come desideravo che lei venisse a visitarmi qui, in questo luogo di sofferenza!". Il prete: "Proprio dove c'è la sofferenza c'è Dio...poi non mi sono dimenticato della mia figlia spirituale...". Margaret: "Sto tanto male... Giovanni ha dei loschi progetti su di me...". Il prete: "Il bene alla fine vince sempre, se non in questa vita, nella vita futura...calcherai la testa del tuo nemico...". Margaret: "Come posso essere ancora sua moglie?". Il prete: "Margaret, Dio ti sta mettendo alla prova...Sopporta e così vedrai che il Signore avrà pietà di te e ti aiuterà...". Margaret presenta al padre Maria: "Padre, lei è Maria.". Il prete: "Piacere, Maria! Sono contento di conoscerti...da molto sei qui?". Maria: "Ormai è un anno...I miei genitori mi hanno fatto rinchiudere qui...ora sto meglio e conto di uscire...". Il prete: "Spero di vedervi fuori presto tutte e due...poi verrete a trovarmi in chiesa e benediremo insieme il Signore, che vi ha liberate...".

*Scena XLIV.* Interno studio di Giovanni. Mattino. La segretaria chiama per telefono Giovanni: "Dottor Carocci, c'è qui il signor Andrea Cecchi, che vorrebbe parlare con lei...". Giovanni: "Va bene, lo faccia entrare...". Andrea: "Piacere dottor Carocci, sono Andrea Cecchi, amico di infanzia di sua moglie...". Giovanni: "Sì, la conosco...parli pure...". Andrea: "Lei ha fatto rinchiudere sua moglie senza una reale motivazione...lei ucciderà quella povera donna con il suo cinismo e la sua brutalità!". Giovanni: "Ma lei come si permette di farmi questo discorso? Io, io...sono il marito di Margaret e so cosa è bene per lei...". Andrea: "Io non credo che lei sappia cosa è bene per Margaret...". Giovanni: "Ma lei con qua-

le autorità mi parla? Lei che è un tossicodipendente...”. Andrea: “Lo sono stato, ma questi non sono affari suoi...parliamo piuttosto di Margaret...”. Giovanni: “Margaret ha bisogno di me... quando poi sarà interdetta, sarò io il suo tutore...”. Andrea: “Ma lei non è incapace di intendere e di volere...lo dimostri!”. Giovanni: “A questo penseranno i periti... e ora se ne vada, mi lasci lavorare...”. Andrea: “Io me ne vado...ma sappia che sua moglie non l’ama...le conceda il divorzio, le conceda la possibilità di essere felice...”. Giovanni: “Fino a quando Margaret sarà mia moglie, deciderò io per lei...”. Andrea, nervoso, sbatte la porta ed esce dall’ufficio Carocci.

*Scena XLV.* Interno chiesa. Sera. Andrea, entrato in chiesa, cerca il parroco Don Antonio. Andrea gli dice: “Don Antonio, possiamo scambiare due parole?”. Il parroco: “Certo, ma lei chi è?”. Andrea: “Sono Andrea...Margaret le avrà certo parlato di me...”. Don A.: “Sì, a lungo...è molto legata a lei...”. A.: “Il marito la sta distruggendo...ora cerca di farla interdire...”. Don Antonio: “Lo so, è un uomo malvagio...”. Andrea: “Certo la Chiesa è contraria al divorzio...ma è veramente assurdo quel che Margaret deve sopportare...”. Don Antonio: “Ma anche se volesse divorziare, il tribunale darebbe ragione al marito...che ha, inoltre, delle fotografie compromettenti con lei, Andrea e Margaret...”. Andrea: “Lo so, ma bisognerà pure fare qualcosa contro quest’uomo meschino...”. Don Antonio: “Margaret potrebbe divorziare anche ricevendo pochi alimenti...ma lei, signor Cecchi, naviga nella miseria e non può offrire un futuro alla sua amica...”. Andrea: “Troverò un lavoro, vivremo insieme e saremo felici...”. Don Antonio: “Che Dio vi aiuti! Io pregherò per voi...”.

*Scena XLVI.* Interno manicomio. Mattino. Giovanni si reca al manicomio per riportare Margaret a casa. La donna è intenta nella sua stanza a vestirsi. Il marito le si avvicina e le dice: “Margaret, finalmente puoi tornare a casa...il medico ha detto che sei molto migliorata...”. Margaret risponde nervosamente: “Perché non dici che sei tu a rivolermi a casa...Credi che non sappia che con i tuoi soldi manovri i medici a tuo piacimento...”. Giovanni: “Non sei contenta di rivedere la tua casa?”. Margaret: “Non so fino a che punto...non posso più vivere con te...siamo incompatibili...”. Giovanni: “Ne parleremo a casa...ora finisci di vestirti e poi usciamo...”. Margaret saluta Maria: “Ciao, Maria...presto ci rivediamo fuori...”. Maria: “Sii forte e conta sempre sulla nostra amicizia...”. Margaret, presa la sua borsa, esce dal manicomio.

*Scena XLVII.* Esterno edicola di Katia. Sera. Katia esce dall’edicola e si avvicina alla macchina di Giovanni. Giovanni la stringe tra le braccia e le dice: “Katia, finalmente sono riuscito a far interdire Margaret...i periti mi hanno dato ragione”. Katia: “Sono contenta...ora non ti resta che sba-

razzarti di lei chiudendola in manicomio...". Giovanni: "Senti, Katia, ti propongo di fare un viaggio insieme... ho detto a Margaret che parto per lavoro...che ne diresti di Venezia?". Katia: "Magnifico, signor Carrocci, andiamo a Venezia...". I due si baciano e si salutano.

*Scena XLVIII.* Interno villa Donati. Studio di Giovanni. Sera. Partito Giovanni, Margaret è sola in casa. All'improvviso decide di frugare tra la roba del marito. "Chissà cosa nasconde in quest'armadio Giovanni" dice tra sé. In un cassetto scopre una pistola. La donna grida: "Mio Dio, cosa ci fa con quest'arma...forse vuole uccidermi...non gli è bastato farmi interdire...ora vuole eliminarmi...ho paura...devo parlare con qualcuno...". Agitata, chiama Andrea: "Andrea, vieni a casa mia...è importante...". Poi chiama il parroco: "Don Antonio, ho scoperto una pistola nell'armadio di mio marito...venga a vedere...ho paura...". Andrea e il parroco giungono alla villa. Margaret mostra loro la pistola. Andrea dice: "Margaret, penso che si tratti solo di un giocattolo...comunque buttala e sbarazzatene...può essere pericolosa...". Il parroco: "Penso che questa pistola faccia parte della strategia di tuo marito per spaventarti...comunque segui il consiglio di Andrea, buttala e non parlarne a Giovanni...". Margaret, ancora sconvolta, saluta i due uomini. Resta sola con la pistola tra le mani. Dice tra sé: "Quest'uomo vuole distruggermi...meno male che si tratta di un giocattolo...ma non la voglio buttare...voglio provare a sparare a mio marito, anche se per finta...voglio provare la sensazione di decidere della nostra vita...anche se solo per gioco...".

*Scena XLIX.* Villa Donati. Soggiorno. Pomeriggio. Giovanni rientra a casa. Nel soggiorno lo attende Margaret, che nota subito una macchia di rossetto sulla sua camicia. Margaret dice: "E così sei andato fuori per lavoro...sei stato con una donna! Di la verità, Giovanni!". Giovanni: "Margaret, non sopporto più la tua paranoia...fatti curare!". Margaret: "Tu neghi l'evidenza!". Margaret stringe sotto la veste la pistola. Di scatto la prende, preme il grilletto e spara. L'uomo urla e contorcendosi cade per terra insanguinato. Margaret grida: "Oddio, Giovanni! Ma allora la pistola era vera... Che cosa ho fatto?!...Giovanni, rispondimi...". Giovanni giace per terra morto. Margaret prova a toccarlo, a scuoterlo: "Giovanni, Giovanni...non fare così...non può essere...ero sicura che l'arma era un giocattolo...E adesso?!? Oddio! Ho ucciso mio marito...ho ucciso un uomo!". Disperata, si precipita a chiamare Andrea: "Andrea, la pistola era vera...ho ucciso Giovanni...Vieni subito a casa mia...".

*Scena L.* Villa Donati. Soggiorno. Sera. Andrea entra nella camera del delitto. Vede l'uomo morto per terra e la donna che per la disperazione si strappa i capelli. Andrea dice: "Oddio, Margaret! Che hai fatto...te

l'avevo detto di buttare via quell'arma...ora l'unica cosa da fare è chiamare la polizia...devi costituirti...vedrai che, viste le tue condizioni mentali, ti daranno delle attenuanti...". Margaret: "Io?!? Essere presa per una volgare assassina...io che non farei del male a una mosca...Andrea, aiutami!"

*Scena LI.* Interno carcere. Mattino. Andrea insieme ad un amico avvocato si reca al carcere femminile dove Margaret è rinchiusa da tre mesi. La guardia carceraria dice alla donna: "Donati, ci sono delle visite per te...". Margaret si reca nel parlatorio dove saluta calorosamente i due uomini. Andrea le dice: "Margaret, viste le tue gravi condizioni mentali, sarai avviata per la riabilitazione nel manicomio...ma sii contenta, abbiamo ottenuto che sia lo stesso manicomio dove già sei stata ricoverata, dove c'è Maria...". Margaret sussulta di gioia: "Grazie, Andrea, devo tutto a te...". Andrea: "Ora preparati...tra poco sarai fuori di qui...". Voce fuori campo: "Margaret è da poco uscita dal manicomio insieme a Maria, che, anche essa, è uscita. Andrea le ha regalato un anello di fidanzamento e presto la sposerà. Questo a dimostrazione che la bontà e la dolcezza trionfano sempre sull'arroganza e sul cinismo. A celebrare le nozze naturalmente sarà Don Antonio, il saggio prete".

## 2. LA SINDROME ROMANTICA, O DELL'INTERTESTUALITÀ DELLA CURA, di Francesco Blasi

Navegar é preciso  
viver não é preciso.  
*Fernando Pessoa*

Ma insomma, cosa ha fatto questo gruppo, o cosa voleva fare? Ognuno ha cominciato a portare nuove pagine, e si è sviluppata, rigogliosa, quella che abbiamo definito in *linguazzo*<sup>3</sup> un'insidiosa «sindrome romantica»<sup>4</sup>, miscuglio affettuoso di amicizia, disponibilità, divertimento. Certamente ha molto giocato, costruito dei

<sup>3</sup> Termine ideato dalla psicoanalista Mavi Stanzone, che indica una *neolingua parascizofasica* infarcita di parafasie, neologismi, giochi di parole ed altre amenità, parlata a volte dal gruppo nei momenti di *relax*.

<sup>4</sup> Durante un provino della sceneggiatura, un paziente che interpretava la parte di un medico psichiatra ha diagnosticato alla sua paziente, artrosica ma molto sentimentale, una *sindrome romantica* (reumatica), da affrontare con forti dosi di antinfiammatori e neurolettici, anche se a suo avviso sostanzialmente incurabile.

legami forti, spaziato di qua e di là, connettendo blocchi di significato sia individuali che collettivi. Si è comportato, in altre parole, come un *intertexto collettivo*. «Testo» viene dal latino «textum», significa «tessuto», così come l'immagine dell'intreccio, di eterno rimando, si ritrova in «leggere», da «lego», legare, raccogliere. L'ipertestualità ci appare spesso inseparabile dall'informatica, ma in realtà non è così. L'ipertesto<sup>5</sup> è un intreccio potenziato, un labirinto diadromico, una rete semantica produttrice di senso, capace di amalgamare gli elementi più disparati. Cangiante e polimorfo, sprovvisto di sequenze forzate, permette il transito veloce da una sua regione ad un'altra, magari con un click del mouse sulle parole chiave. Privo di una unità testuale forte, genera ordine grazie a progressioni significative, interconnesse e utilizzabili secondo svariati ordini di lettura. Spesso è un mezzo multimediale, e modula in maniera integrata icone, suoni, caratteri. Ma anche un saggio o una sceneggiatura possono essere progettati secondo modalità non lineari, consentendo una lettura attiva, così come un indice o l'insieme delle note a piè di pagina di un libro. La letteratura del novecento è ricca di esempi di testualità realizzati su un supporto a stampa, ma progettati con caratteristiche non lineari, che incoraggiano un ruolo attivo del lettore. Anche alcune modalità del linguaggio detto schizofrenico possono essere considerate intertestuali.<sup>6</sup> Il concetto di *ipertestualità* è quindi molto flessibile, e può essere riferito a oggetti, a persone, ai supporti testuali, all'organizzazione del testo, o ad un atteggiamento terapeutico ad impronta diadromica. L'alone semantico di «ipertesto» include quindi almeno tre cose: una modalità di strutturare un testo, un software generatore di ipertesti, l'ipertesto in quanto oggetto. Per *ipertesto* si può allora probabilmente intendere:

<sup>5</sup> L'informatico Ted Nelson è l'autore della parola «ipertesto». Nel corso di una conferenza della *Association of Computing Machinery* nel 1965, evidenziò la possibilità di utilizzare un testo non sequenziale, utilizzando la capacità del computer di saltare da una sequenza a un'altra dell'informazione.

<sup>6</sup> «Nel brodo semantico in cui “tout se tient” un elemento può fisiologicamente, e non patologicamente, riagganciarsi a qualsiasi altro, configurando un'eventuale memoria semantica più come un gigantesco ipertesto che come un data-base altamente strutturato a base componenziale: “nella psiche – scrive Jung – tutto è in rapporto col tutto”» (Pennisi 1994).

- i. un testo composto da blocchi (elettronicamente) collegati;
- ii. una scrittura e una lettura non lineari che consentano di collegare informazioni, di definire dei percorsi anomali, di annotare testi esistenti, sia nella bibliografia, sia nel corpo del testo;
- iii. il superamento della linearità, limitatezza e fissità di un testo irreversibilmente coagulato;
- iv. un testo che possa essere letto (e violato) con modalità multiple;
- v. un testo che presenti significativi elementi di autosomiglianza (invarianza di scala), e quindi di frattalità e di caos<sup>7</sup>.

In una struttura di tipo ipertestuale, è difficile delimitare i confini, riconoscere un interno e un esterno, e un inizio e una fine. Ogni unità testuale, ogni lessia, deve poter essere inserita in una struttura sovraordinata e nello stesso tempo rimanere autonoma, così come l'ipertestualità della cura deve garantire l'autonomia delle singole donazioni di senso che si sviluppano nell'incontro con la sofferenza<sup>8</sup> delle persone psichiatrizzate, tentando un mutamento del destino individuale. La cura viene disarticolata in più possibilità di direzione, assumendo le caratteristiche della multilinearità.

L'*équipe* curante diviene allora l'autrice di un intertesto terapeutico, che compone blocchi di significato con l'intervento attivo dei lettori-pazienti.

<sup>7</sup> Una struttura è frattale quando possiede una forma estremamente irregolare, o estremamente interrotta e frammentata, e che rimane tale in qualsiasi scala venga esaminata (*invarianza di scala*). Un oggetto frattale quindi non cambia aspetto a qualsiasi distanza venga esaminato. Questa proprietà viene definita «omeotetia interna», o autosomiglianza.

<sup>8</sup> L'invarianza di scala è presente in molteplici livelli nel campo antropico continuo e nella sofferenza detta mentale. Tale sofferenza oscura è di natura complessa e controintuitiva, quindi non lineare e a forte impronta caotica. Una *forma mentis* diadromica si svela come metafora non ingenua di una dimensione frazionaria, non-euclidea dell'accadere psichico, in particolare di curanti e sofferenti, la cui mescolanza mostra le caratteristiche frattali della scabrosità e dell'autosomiglianza. La sofferenza mentale viene diadromicamente percepita come una struttura altamente caotica, e come tale dotata di non-casualità, ipersensibilità alle condizioni iniziali, di strani attrattori multipli nel suo spazio delle fasi, e di vaste aree di frattalità nella scansione sia spaziale che temporale del suo divenire. Il cambiamento implica quindi la costruzione di nuovi attrattori che soppiantano quelli vecchi e patogeni se si vuole stravolgere il destino di sistemi psicotici complessi e autoperpetuantesi.

Multilineare e diadromica è una cura che può percorrere molte strade. Se ai curanti spetta il compito di permettere alcuni movimenti e di vietarne altri, d'altro canto i pazienti attivano le connessioni a loro più congeniali, la cui pertinenza è tuttavia stabilita durante l'elaborazione dell'intervento terapeutico. Multilinearità non significa quindi assenza di un percorso, visto che l'equipe curante inevitabilmente ne deve porre uno, attribuendo agli elementi terapeutici una certa connessionalità, ossia una possibilità di accesso attraverso elementi apparentemente *altri*. I legami costruiti fra le persone e le situazioni allora indicheranno un nesso logico, storico o semplicemente pratico. Una volta che il gruppo si autoorganizzi in una reticolarità di blocchi, sorge il problema della distinzione tra ciò che è nel gruppo e ciò che è fuori e semplicemente si collega ad esso. Un gruppo così strutturato si percepirà allora all'interno di una rete, perché l'ipertestuale tende inevitabilmente alla connessionalità assoluta. Contrariamente alla sacralità del testo stampato, fonte autorevole di istruzione *conclusa*, l'ipertestualità evoca piuttosto la diadromia e la maieutica, perché il senso viene parzialmente costruito dalla moltitudine autori-lettori, dai ruoli intercambiabili, diventando propriamente metafora della navigazione, che consente e giustifica *un'identità debole*. Si conserva così la progettualità e l'intenzionalità riparativa dell'equipe curante e la scelta della persona sofferente tra opzioni di senso impreviste, generando una *cura collettiva intertestuale*, che sfugge agli assi tematici troppo strutturati. La sofferenza mentale è insensibile alla variazione di molti dei suoi involucri superficiali, dal momento che è la struttura profonda a determinarne l'evoluzione. La costruzione di percorsi individuali permette a chi soffre di isolare un senso utile, e di investire una notevole attenzione intellettuale partecipando in modi imprevisti a un possibile cambiamento.

Nessun aiuto può prescindere dalla *stima* verso chi soffre, e nessuna stima, per quanto parziale e circoscritta, può generarsi al di fuori di una emozione estetica. Appare indispensabile quindi la ricerca diadromica e intuitiva di frammenti di bellezza nascosti nel vissuto delle persone e dei gruppi. La cura non potrà che contrastare la sofferenza, fluida e mutevole o rigida e stereotipata, tentando la costruzione di nuovi attrattori di senso con creatività, simpatia e rispetto.



## Cap. IV: GRUPPO QUATTRO MORTE ALLA CERAMICA

### A. Rapporto di ricerca di

Antonella Amodeo, Filomena Basile, Giovanni Chianese, Bruno Cinque (*borsista*), Rosa Cuccurullo, Giuseppe d'Aquino (*portavoce*), Giancarlo Garofalo (*borsista*), Carmela Iannone, Ferdinando Napolitano (*borsista*), Raul Pollio, Margherita Spagna

Ogni servizio territoriale di salute mentale che sia multiordina-  
le e pluriqualitativo, che sia capace di accogliere tutta l'utenza  
di un bacino di estensione limitata e ben determinata, che  
sia attivo senza soluzioni temporali, che abbia come fonda-  
mento metodologico i criteri della reperibilità e disponibilità,  
della non selettività, dell'adeguatezza e tempestività di ogni in-  
tervento, che organizzi il proprio lavoro con precisione e pun-  
tualità, che sia portatore di innovazioni e invenzioni nel cam-  
po della ricerca, dell'operatività e della didattica, ogni servizio  
di questo tipo è *uno strumento del tutto nuovo* rispetto a quello  
delle psichiatrie tradizionali, anche extramurarie.

Sergio Piro 1988b p. 210

#### 1. PREMessa STORICA

Dalla chiusura dei vecchi manicomi, compiutasi in Campania solo alle soglie del 2000, l'organizzazione dei servizi territoriali di salute mentale si è sviluppata tumultuosamente sino a disegnare l'attuale modello che ha attivato una rete di articolazioni organizzative unica al mondo. In tutti gli altri Paesi, infatti, l'assistenza continua a basarsi (in parte o totalmente) sulla rete delle grandi strutture asilari.

Nocera Inferiore ha accolto sul suo territorio, per circa un secolo, due dei cinque grandi manicomi campani con oltre tremila pazienti internati nel periodo di massima espansione, entrambi chiusi definitivamente nel 1998.

Il Dipartimento di Salute Mentale della Azienda Sanitaria Locale di Nocera ha trasformato la sua organizzazione passando

da quella condizione di grande arretratezza operativa ad un moderno e avanzato stile di lavoro supportato da una rete di strutture, che ne fanno oggi una delle realtà organizzative italiane più avanzate.

Ciò è stato possibile anche utilizzando al meglio la grande risorsa economica e strutturale costituita proprio dai due grandi manicomi (prima con il fitto e poi nel 2002 con la vendita al Tribunale ed al Comune di Nocera Inferiore di parte dell'ex-Ospedale psichiatrico Vittorio Emanuele II)<sup>1</sup>. Se a questo si aggiunge il pieno rispetto (caso raro in Italia ed unico in Campania) della legge 388/2000 (art. 98 della Legge Finanziaria 2001), si comprende da dove provengono le risorse che hanno consentito l'adeguamento strutturale dei servizi territoriali di assistenza, l'attivazione della rete locale della residenzialità e che consentiranno già dal 2006 l'avvio della completa ristrutturazione dell'altro ex-O.P. («Materdomini» di Nocera Superiore) e la sperimentazione in quella sede di una nuova tipologia di residenza.

A Nocera, come nel resto del Paese, nulla è successo di quello che si temeva e profetizzava sui giornali e sulle riviste scientifiche. Non si sono riempite le strade di *homeless*, folli, disperati e pericolosi; non sono aumentati gli atti di violenza commessi da pazienti psichiatrici, che continuano a mantenersi rigorosamente sotto la soglia di quelli commessi dal resto della popolazione; non sono aumentati i suicidi di marginali abbandonati; non sono aumentati i costi dell'assistenza. È accaduto invece il contrario. La chiusura dei manicomi ha consentito di cominciare finalmente a «curare», cioè a far riprendere a queste persone un percorso di vita bloccato o rallentato dal disagio psichico. Oltre un terzo dei giovani, che dal 1978 (anno della riforma) ad oggi hanno subito un ricovero per crisi psichiatrica, sono ritornati ad una vita normale dopo un ciclo di cura ed un altro terzo viene seguito a casa, curato ambulatorialmente e vive lunghi periodi di compenso. Le crisi, le fasi di acuzie delle problematiche psicopatologiche vengono affrontate con terapie integrate che pur prevedendo il ricorso ai presidi farmacologi-

<sup>1</sup> Cfr. a tal proposito l'atto deliberativo n. 1898 del 30.12.2002 della ASL Salerno 1, con oggetto: «Utilizzo delle risorse ricavate dal fitto o dalla vendita dei locali degli ex-Ospedale psichiatrici V.E. II e Materdomini per il finanziamento delle attività assistenziali del Dipartimento di salute mentale».

ci, consentono all'utente di inscrivere queste esperienze nel proprio vissuto, nel *continuum* esistenziale che non viene così bruscamente interrotto dalla chimica; non viene creato così un nuovo iato, un *vulnus* che favorisce la ricorrenza delle crisi.

Solo meno di un terzo dei pazienti tende ad assumere per lunghi periodi cure farmacologiche o richiede ospitalità presso le nuove residenze psichiatriche.

Venti anni fa tutti avrebbero iniziato una carriera istituzionale, dimenticati nei vecchi manicomi, cronicizzati senza alcuna reale cura o speranza di recupero.

La fase attuale è caratterizzata da una progettualità che prevede una forte integrazione tra i vari momenti del percorso di cura: dalla presa in carico al reinserimento lavorativo, in raccordo con le agenzie di sviluppo territoriale (Piani di Zona e Agenzie per l'occupazione). Nelle strutture strategicamente «provvisorie» viene privilegiato un approccio a strategie terapeutiche meno aggressive (*self help, empowerment*) che consente la riduzione e la ridefinizione dell'apporto farmacologico (utilizzo di farmaci più efficaci e con ridotti effetti collaterali).

La sperimentazione è stata avviata nell'ambito del primo finanziamento CIPE<sup>2</sup> della Regione Campania, che si proponeva di implementare i servizi psichiatrici territoriali e che è stato utilizzato dalla ASL Salerno 1 per attivare un «Incubatore per Attività Produttive», costituito da una rete di laboratori destinati all'addestramento lavorativo di gruppi di giovani utenti.

## 2. PERCORSI DI RICERCA E RISULTATI RAGGIUNTI

Oggettivo è l'aspetto non controverso del fenomeno, il cliché accettato senza discutere la facciata... soggettivo è ciò che spezza quella facciata, ciò che penetra nella specifica esperienza dell'oggettivo si libera dei pregiudizi convenuti e colloca il rapporto con l'oggetto al posto della risoluzione di maggioranza.

*Theodor W. Adorno* 1951 p. 72 trad. ital. 1972

<sup>2</sup> Progetto finanziato con fondi Comunità Europea. Con questi fondi Il Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl Salerno 1 ha avviato l'allestimento e l'attivazione di laboratori per il reinserimento lavorativo di ceramica, arte presepiale, falegnameria, grafica computerizzata, legatoria e restauro libri antichi, produzione filmica.

## a. *Il percorso*

Nell'ambito della ricerca *Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica*, il Gruppo Quattro Morte alla ceramica si è proposto di indagare, secondo la *metodologia dell'osservazione partecipante non distanziata*, su come pratiche che si vorrebbero «terapeutiche», «riabilitative», «risocializzanti» possano continuamente degenerare ed essere esse stesse produttrici di esclusione e disagio psichico e relazionale. Il pericolo di collusioni con problematiche psicopatologiche e relazionali nonché con pratiche di esclusione è infatti insito nella natura stessa delle istituzioni deputate alla «cura».

Nonostante sia denominato «Dipartimento per la tutela della salute mentale», questa articolazione di una Azienda Sanitaria è costituita da strutture «psichiatriche» che si vorrebbero non «psichiatrizzanti». Affinché non assumano questa ultima connotazione esse vanno considerate come «transitorie» e «transitabili». Il luogo «proprio» della *tutela della salute mentale* è laddove essa si produce e laddove essa è negata od ostacolata: il territorio. Le strutture psichiatriche non sono strutture a tutela della salute mentale, ma concernono una parte del trattamento del disagio psichico, vanno utilizzate con progetti a termine quando carenze affettive, mancanza di supporti sociali, accidenti biologici concomitano nell'ostacolare il benessere psicofisico della persona. Di qui l'ormai imprescindibile importanza degli aspetti di socializzazione, ri-isocializzazione e soprattutto del reinserimento lavorativo nell'ambito del percorso di cura (da tenere come «orizzonte» anche nel momento dell'acuzie e del ricovero ospedaliero). Il tentativo è quello di uscire dal labirinto della follia per intraprendere le probabili vie della libertà e della guarigione, intendendo con questo termine non tanto la scomparsa del sintomo, ma il ripristino di accettabili relazioni<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Si intende qui relazioni umane e relazioni con ambienti e cose; ciò vale non solo per i pazienti psichiatrizzati nei quali tali distorsioni sono ampiamente codificate, ma anche per gli operatori che, inconsapevolmente, si relazionano con modalità stereotipe ispirate più a pregiudizi pseudo-scientifici che ad una corretta analisi del contesto.

Uscire dal labirinto a cercare nuovi parametri per misurare il tempo, per ritrovare il tempo perduto nell'immobilizzazione psicotica del divenire; assumere e riassumere il carico e le responsabilità del cambiamento e ritrovare il peso ed il gusto della vita.

## b. *Obiettivi*

Il gruppo di ricerca e di lavoro «Morte alla ceramica» [Antonella Amodeo terapeuta della riabilitazione, Filomena Basile terapeuta della riabilitazione, Giovanni Chianese maestro d'arte, Bruno Cinque (*borsista*), Rosa Cuccurullo maestra d'arte, Giuseppe d'Aquino psichiatra, Giancarlo Garofalo (*borsista*), Carmela Iannone maestra d'arte, Ferdinando Napolitano (*borsista*), Raul Pollio psicologo, Margherita Spagna terapeuta della riabilitazione], in assoluta coerenza con il progetto generale *Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica*, ha perseguito i seguenti obiettivi:

- i. condurre riflessioni critiche ed autocritiche sull'attività ancora detta impropriamente – a livello istituzionale – «riabilitativa», svolta da utenti ed operatori dei laboratori per il reinserimento lavorativo (fondi C.I.P.E.) del Dipartimento per la tutela della salute mentale dell'ASL Salerno 1;
- ii. realizzare, come risultato della ricerca una modulazione e un monitoraggio costante dell'attività, facendo puntigliosa attenzione a non ricadere in pratiche alienanti, ripetitive, cronizzanti, collusive con le problematiche psicopatologiche e, in quanto tali, pratiche istituzionalizzanti. Infatti il ricorrere a strumenti pseudoterapeutici non nuovi alla pratica manicomiale (laboratori), negli stessi luoghi della sofferenza e dell'esclusione, non può non esporre al rischio della riproduzione di cattive pratiche. In questo passo il contributo della ricerca, come discontinuità positiva nella pratica, ci è sembrato determinante.

Nelle riunioni del gruppo si è a lungo discusso sul fatto che il processo di deospedalizzazione psichiatrica ha dato inizio al processo di deistituzionalizzazione, il quale, per sua natura, *non può avere una fine*. Infatti è sempre attuale la tendenza ad istituziona-

lizzare ed istituzionalizzarsi, cioè a generare strutture e funzioni che tendano ad auto perpetuarsi, talora snaturandosi giustificando la propria esistenza con la propria esistenza.

### c. *Operatori e ricercatori*

La centralità territoriale nella «cura» dei «disturbi mentali» sottende una diversa concezione dei «disturbi» e dell'approccio ad essi; tale centralità ha comportato per gli operatori della salute mentale l'assunzione di compiti diversi a cui di necessità dovevano corrispondere professionalità diverse, alcune del tutto nuove (p.e. terapisti della riabilitazione psichiatrica).

Tuttavia, fatto salva la specificità professionale, allo stato attuale nessun titolo di studio, nessun corso di formazione (per quanto talora utilissimi) possono conferire l'abilitazione alla professione di *operatore della salute mentale* che è data, anche e soprattutto, dalla raggiunta consapevolezza ed accettazione del carattere multifunzionale della propria professione, a cui dovrebbero conseguire non frustrazioni e «disturbi d'identità» bensì una maggiore duttilità ed entusiasmo nel lavoro. Il carattere «multifunzionale» non va però confuso con un'utopica onnipotenza ma si deve coniugare con il riconoscimento del ruolo e della professionalità degli altri componenti l'*équipe* terapeutica. Troppo spesso nei servizi si oscilla tra una operatività eccessivamente individualistica ad una delega incongrua e continua agli altri membri dell'Unità operativa di salute mentale (UOSM) di funzioni che attengono al proprio ruolo istituzionale.

Molti dirigenti medici e psicologi ancora oggi interpretano la UOSM come un arcipelago di ambulatori «individuali» (tipo *specialistica ambulatoriale*), interagendo solo limitatamente con i colleghi ed ancor meno con gli altri profili professionali. È duro non limitarsi ai rituali ossessivi della visita, del *setting* e della prescrizione, rassicuranti per il terapeuta e per il paziente. Questo modello solo apparentemente garantisce la continuità terapeutica e solo per le patologie di tipo nevrotico e collude con le problematiche psicopatologiche dell'utente *difficile* che si trova, di volta in volta, a sperimentare approcci terapeutici eterogenei secondo

l'operatore del momento. Uno dei presupposti fondamentali affinché abbia senso parlare di continuità terapeutica è che esistano modelli operativi condivisi, che si lavori cioè realmente in *équipe*. Ripetiamo che non basta essere ottimi psichiatri o geniali psicoterapeuti, perfetti infermieri professionali o addottrinatissimi terapisti della riabilitazione per essere dei buoni operatori di un'Unità operativa di salute mentale; è necessaria una visione del lavoro in cui l'utente non è all'altro capo di un rapporto duale ma al centro di una rete di relazioni.

#### d. *Deistituzionalizzazione*

Uno degli effetti culturali benefici del processo di deospedalizzazione (chiusura dei manicomi) è stato quello di evidenziare che, sotto l'etichetta della follia, viene annoverata una popolazione estremamente eterogenea di persone, sia per tipo di disturbo che per i bisogni di cui sono portatori. Il pigiama del manicomio omologava e uniformava menti, coscienze, patologie e bisogni non solo degli internati ma anche degli operatori.

La riscoperta dell'«individuo», che qualunque vero processo di deistituzionalizzazione comporta, implica per il politico illuminato ed il tecnico accorto il problema di diversificare le *risposte strutturali, organizzative ed operative* perché risultino il più possibile adeguate alle diversificate domande di aiuto che le «singole» persone con problematiche psichiche pongono.

Scrive Rotelli:

«Il progetto di deistituzionalizzazione coincideva con la ricostruzione della complessità dell'oggetto che le vecchie istituzioni avevano semplificato (dovendo esse usare non a caso violenza per riuscirvi). Ma se l'oggetto cambia, se le vecchie istituzioni vanno demolite, le istituzioni nuove devono essere all'altezza dell'oggetto, che non è più un oggetto in equilibrio ma è per definizione (esistenza-sofferenza di un corpo in rapporto con il corpo sociale) in un non-equilibrio.... Il problema diventerà non la "guarigione" ma l'"emancipazione", non la riparazione ma la riproduzione sociale della gente, altri direbbe il processo di singolarizzazione e risingolarizzazione. Se la follia è spesso la forma caricaturale del nostro essere replicanti, essa è la caricatura di una ripetizione; altre volte fine della ripetizione; esaurimento totale di ogni possibilità di una ripetizione. In

ogni caso occorrerà pure immaginare che l'unica cosa sensata possibile è la deistituzionalizzazione di quella scena, l'invenzione di un modo altro, e la creazione di opportunità, di possibilità, di probabilità per il *paziente*. Questo era il lavoro dentro le mura, questo è il lavoro fuori dalle mura. E per questo occorrono laboratori, non ambulatori: laboratori pieni di consapevolezza, macchine di deistituzionalizzazione» (Rotelli F. 1988).

Bisogna tuttavia vigilare affinché attività necessariamente transitorie (es. laboratori per il reinserimento lavorativo, per una migliore socializzazione dell'utente ed una sua maggiore contrattualità) non degenerino rapidamente e non assumino connotazioni e finalità opposte (terapia occupazionale, ergoterapia → trattenimento nel circuito psichiatrico, cronicizzazione, arresto temporale). Ma lo strumento *reinserimento lavorativo*, anche quando correttamente interpretato come grimaldello per uscire dalla prigione di un ruolo imposto anche socialmente (il pazzo), rischia di fallire il suo scopo a causa di una concezione del lavoro superata e che continua – per inerzia o per incapacità – ad occupare ampi spazi nella risposta assistenziale pubblica.

Utenti che appaiono e vengono vissuti sempre estranei e lontani dal mondo della produzione «vera», oggetto, nel migliore dei casi, di interventi assistenziali o di pratiche di mera solidarietà; protagonisti virtuali del mondo del lavoro, passive comparse di lavoro «protetto», da intendersi come non-lavoro, come mera assistenza che esita nella elargizione di contributi o nella farsa di un reinserimento che avviene poi con enormi difficoltà e sempre a condizione di un pieno adattamento alle regole ed ai tempi della produzione. Questo adattamento ha in sé le premesse per una ulteriore e più grave rottura esistenziale o, nella migliore delle ipotesi, ha i caratteri di un successo fittizio pagato al caro prezzo di una diversa (non sappiamo se «migliore») alienazione. Si tratta spesso di un ritorno ad una normalità patogena che produce frustrazioni e sofferenza psicologica e che – nell'ottica dell'organizzazione del lavoro – valorizza i processi produttivi standardizzati, considerando le singole persone-che-producono come tutte uguali a se stesse, cloni di un «uomo teorico» su cui tarare la produzione, i suoi tempi e le stesse procedure. Un'ottica che non vede le differenze, che non riesce a sfruttare utilmente le immense risorse dei singoli individui, la loro fantasia, che non contempla la capa-

cità di adattare il lavoro alle persone, utilizzando al meglio le loro diverse abilità. È uno schema che non vede l'enorme energia umana liberata dal superamento delle istituzioni totali e dalla capacità di moderni ed efficaci servizi territoriali di lasciare le persone nei propri contesti relazionali, perfettamente capaci di vivere, per periodi sempre più lunghi, in perfetta autonomia, sviluppando talora abilità diverse o surrogate.

La marginalizzazione diffusa delle persone con disagio psichico e la loro trasformazione in oggetti passivi e permanenti di assistenza (anche nei lunghi periodi di benessere e di compenso), si rivela in ritardo persino con le stesse acquisizioni recenti in ambito di organizzazione del lavoro in un sistema produttivo globalizzato in cui molti lavorano individualmente (magari davanti ai loro PC) senza dover dar conto delle abilità utilizzate, dei loro tempi e dei loro percorsi produttivi.

### e. *Conclusione*

Non la produzione, il rendimento, le cose, ma il produttore, l'essere umano con tutte le sue potenzialità liberamente utilizzabili da lui stesso deve essere al centro del lavoro. Solo in questo caso il lavoro non sarebbe la sede e lo strumento dell'oppressione, ma sarebbe la sede e lo strumento della esplicazione della personalità libera.

*Simone Weil* 1934 ed. ital. 1985 p. 186

I paradigmi ed i modelli della produzione capitalistica, sviluppati dai comuni presupposti del *Management Scientifico*, si rivelano ormai largamente inadeguati al continuo modificarsi dei modi e dei luoghi della produzione, all'estrema flessibilità del lavoro ed alla ricerca convulsa di nuovi modelli a cui ancorare la propria sopravvivenza in un mercato senza confini. Occorre pensare al sistema produttivo come ad un enorme e articolato coacervo di regole, procedure e processi oggettivi, ma anche di relazioni e pulsioni (sentimenti e risentimenti, ambizione/identificazione e frustrazioni) in cui vada sempre ricercato il senso nella capacità estrema di utilizzare percorsi differenziati e non necessariamente sovrapponibili, un enorme *puzzle* in cui non prevalga più l'estre-

ma rigidità di un protocollo di produzione con le sue regole e gli schematismi derivati dalla vecchia catena di montaggio, ma in cui la centralità è solo nel prodotto, lasciando assolutamente libero il percorso che consente la sua produzione. Ciò, paradossalmente, lascia ampi margini all'utilizzazione piena di tutte le abilità possibili, consentendo alle diverse unità di produzione di inventare percorsi e stili di lavoro compatibili con i tempi e con le caratteristiche dei componenti del gruppo. Il lavoro si orienta verso modelli che, sfuggendo alle regole scientifiche del *management*, si aprono alla creatività, all'arte, e persino al teatro ed al cinema, alla ricerca di idee e di innovazione finalizzata a creare modelli innovativi liberando la creatività individuale e proponendo un paradigma nuovo. Non si tratta in realtà di teorie mai rappresentate nella riflessione teorica sui modelli di organizzazione del lavoro. Già Charles Handy contrapponeva – riconducendo i modelli manageriali ai miti della cultura mitologica greca – al prevalente modello apollineo<sup>4</sup>, caratterizzato da una rigida e ripetitiva divisione del lavoro inteso come sequenza di procedure standardizzate e controllate: un emergente e innovativo modello dionisiaco<sup>5</sup>, in cui vengano valorizzate creatività e fantasia, ricerca di innovazione continua legata alla cultura dei luoghi e delle persone coinvolte (Handy Ch. 1978).

Forzando queste definizioni potremmo dire che il modello a cui oggi ci ispiriamo, *capovolgendolo*, è quello dell'estrema flessibilità del lavoro; stavolta non finalizzata allo sfruttamento intensivo e globale della forza lavoro, ovunque essa si trovi; ma ad un adeguamento della produzione alle singole unità produttive, intese come piccole comunità che organizzano il lavoro sulle loro specifiche capacità, tenendo conto delle diverse abilità e dei percorsi procedurali individuali, senza rigidità o tempi obbligati. Si tratta di ribaltare una logica ed una modellistica che, in tutte le sue varianti, considera l'uomo che lavora sempre uguale a sé stesso, un uomo «teorico» che non contempla diversità, abilità suppletive, fragilità non invalidanti.

Gli utenti dei dipartimenti di salute mentale non vanno considerati come una fascia di popolazione da assistere e sostenere fin

<sup>4</sup> Da Apollo, dio dell'ordine e della prevedibilità.

<sup>5</sup> Da Dionisio, dio della creatività e della fantasia.

quando è possibile, compatibilmente con le risorse disponibili o da emarginare ed escludere quando queste risorse vengano meno. Questo coincide con il concetto, che questa ricerca esprime, della *pratica integrale dei diritti*.

### 3. Appendice: DIARIO DELLE RIUNIONI E DEGLI INCONTRI<sup>6</sup>

- 18 aprile 2005, Centro di salute mentale (C.S.M.) della U.O.S.M. 3 (Unità operativa di salute mentale), Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. *Tema:* Presentazione e discussione del progetto di ricerca, finora svolto e coinvolgimento degli utenti-ricercatori. *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo, F. Napoletano, G. Garofano, B. Cinque.
- 20 aprile 2005, C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 11.00. *Tema:* Incontro e presentazione delle attività svolte con S. Piro e A. Mancini. *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo.
- 27 aprile 2005, C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. *Tema:* Lettura e discussione degli scritti di G. Garofalo ed intervento di F. Napoletano riguardanti le esperienze presso i laboratori. *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo, F. Napoletano, G. Garofano, B. Cinque. Maestri d'art Giovanni Chianese, Rosa Cuccurullo, Carmela Iannone.
- 4 maggio 2005, Laboratori CIPE DSM, Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. *Tema:* Intervento di B. Cinque, considerazioni generali sul percorso del Progetto C.I.P.E. *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo, F. Napoletano, G. Garofano, B. Cinque. Maestri d'arte Giovanni Chianese, Rosa Cuccurullo, Carmela Iannone.
- 18 maggio 2005. C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. Incontro con la direzione della ricerca (Mancini, Piro).
- 7 giugno 2005, C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 9.30. *Tema:* F. Napoletano chiarisce le proprie impressioni sul «rapporto» con gli operatori del C.S.M. e la partecipazione al laboratorio C.I.P.E. IL gruppo discute sulla funzione del reinserimento lavorativo in un percorso di cura. *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo, F. Napoletano, G. Garofano, B. Cinque.
- 21 giugno 2005, Laboratori CIPE DSM, Nocera Inferiore (Sa) - ore 9.30. *Tema:* B. Cinque espone ulteriormente quali stati d'animo e cosa ha

<sup>6</sup> Questo elenco si riferisce alle occasioni «maggiori» di incontro, dibattito, resoconto o modifiche di linea, messa a punto degli scritti della fase conclusiva.

- provato partecipando al laboratorio di ceramica. Espone le sue sue difficoltà nel rapportarsi agli altri ragazzi del gruppo. Si è discusso inoltre del carattere multifunzionale dell'operatore della salute mentale, del suo modificarsi con la deistituzionalizzazione e dei mutamenti intervenuti negli utenti con disagio psichico. *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo, F. Napoletano, B. Cinque.
- 22 giugno 2005, C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. Incontro con la direzione della ricerca (Mancini, Piro).
- 7 luglio 2005, C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. *Tema:* La discussione si è concentrata sulle difficoltà di tutti nel lavorare con l'altro, nella condivisione di un progetto, sono emerse le diverse «sensazioni di distanza». *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo, F. Napoletano, G. Garofano, B. Cinque.
- 12 luglio 2005, C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. *Tema:* Bilancio di un anno di sperimentazione e di lavoro. *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo, F. Napoletano, G. Garofano, B. Cinque.
- 6 settembre 2005, C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 11.00. *Tema:* Ritrovarsi dopo la pausa estiva è stata un'occasione per ricomporre le distanze, provando a lavorare ad una cosa comune: il progetto di ricerca. F. Napoletano e G. Garofano in maniera simile esprimono una certa disillusione sul senso complessivo del laboratorio, ma anche la consapevolezza che si tratti di un'importante opportunità. *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo, F. Napoletano, G. Garofano, B. Cinque. Maestri d'arte Giovanni Chianese, Rosa Cuccurullo, Carmela Iannone.
- 4 ottobre 2005, C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. *Tema:* Sono stati ripresi temi più generali di sofferenza psichica, di difficoltà superate o ancora *presenti*. F. N. e G.G. hanno nuovamente portato fuori la propria ambivalenza. *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo, F. Napoletano, G. Garofano, B. Cinque.
- 26 ottobre 2005, C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. Incontro con la direzione della ricerca (Mancini, Piro)
- 6 dicembre 2005, Lab. di Ceramica (C.I.P.E.) presso U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. *Tema:* G. G. è molto dubbioso tra avvicinarsi e allontanarsi dal Laboratorio. È come un «attaccamento disorganizzato»: si sente spaventato e presenta poco interesse per quello che ha fatto. *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo, F. Napoletano, G. Garofano, B. Cinque.
- 20 dicembre 2005, Lab. di Ceramica (C.I.P.E.) presso U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 11.00. *Tema:* Come incontro conclusivo si è riflettuto sugli oggetti prodotti, modellati, decorati e rifiniti da loro. Sen-

- tono come se le tensioni si fossero mitigate, non risolte completamente, ma comunque più gestibili *Presenti:* G. D'Aquino, M. Spagna, R. Pollio, F. Basile, A. Amodeo, F. Napoletano, G. Garofano, B. Cinque.
- 21 dicembre 2005. C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. Incontro con la direzione della ricerca (Mancini, Piro).
- 27 febbraio 2006. C.S.M. della U.O.S.M. 3, Nocera Inferiore (Sa) - ore 10.00. Incontro conclusivo con la direzione della ricerca (Mancini, Piro).

## B. Documenti della ricerca

### 1. MORTE ALLA CERAMICA di Antonella Amodeo e Filomena Basile

Solo i pazzi dicono la verità al dominio.

*Theodor W. Adorno* 1951 p. 72 trad. ital. 1976

Non esiste alcun ingegno se non mescolato alla pazzia.

*Francesco Petrarca*

#### a. *Premessa*

Il disagio psichiatrico crea, sia per le problematiche legate allo stigma sociale, sia per sua caratteristica intrinseca, una seria difficoltà nell'esprimere se stessi, nel comunicare agli altri i propri vissuti, la propria identità, fino a ridurre al silenzio, alla perdita non solo del ruolo sociale, ma anche dell'immagine di sé, della capacità di relazionare, interpretare, comunicare, esaminare, esprimere il mondo, insomma spingendo la singolarità «psicotica» ad una non esistenza. L'attività artistica, la possibilità di creare oggetti ripristina la capacità comunicativa, consentendo, attraverso la materia, la possibilità di parlare agli altri del proprio mondo, del proprio bagaglio di amarezze e gioie, delle proprie speranze; in poche parole, l'espressione di sé, avviene in maniera indiretta, filtrata da oggetti, privata della componente ansiogena legata all'esperienza del rifiuto ed alla possibilità che questa si ripeta. Sicuramente, questo tipo di intervento va inserito nel contesto di una presa in carico globale, in cui poter esperire la sensazione di avere una rete di sicurezza, di potersi affidare e lavorare alla costruzione o ricostruzione della propria identità. Pertanto, gli operatori psichiatrici hanno il ruolo di riuscire ad individuare il canale giusto per quella specifica persona e di offrire la più adeguata modalità comunicativa per facilitare l'espressione di sé all'interno di una serie di interventi (programmati in *équipe* multidisciplinari), che vanno da quello psicoterapico a quello sociale e familiare, favorendo il superamento di blocchi e permettendo di affrontare sia le problematiche intrapsichiche, sia quelle legate alla sfera del quotidiano, allo scopo di riconquistare la propria individualità.

L'idea del progetto CIPE nasce, sulla base di questi presupposti, circa quattro anni fa, presso il Dipartimento di Salute Mentale di Nocera Inferiore, nella Asl Salerno 1, ancora all'interno dei locali dell'ex ospedale psichiatrico «Vittorio Emanuele II»; esso nasce dalla convinzione che la «riabilitazione» passa essenzialmente attraverso un cambiamento concreto delle condizioni di vita, riducendo l'incidenza delle riacutizzazioni e il ricorso a ricoveri, migliorando in definitiva la qualità di vita. Pertanto, si è provato a guardare la nascente esperienza da un angolo visuale differente e, cambiando la prospettiva, ci si è chiesti quali fossero le reali esigenze di chi doveva usufruire del servizio: si è capito così che, per realizzare un progetto funzionale alle esigenze di una giovane utenza psichiatrica, bisognava rivoluzionare personale, strumenti, approccio ed obiettivi.

#### b. *I nostri laboratori*

Da questa premessa nascono i nostri laboratori, che si propongono di consentire ad utenti ed operatori, nonché all'ambiente esterno che fosse entrato in contatto direttamente o indirettamente con questa esperienza, una maggiore apertura mentale e la possibilità di guardare al disagio psichiatrico come ad una condizione con la quale si può convivere senza che questa impedisca ogni possibilità di vita a chi la subisce.

Una possibilità sì, ma quale? Ed in che modo offrirla? Si è pensato di procedere a piccoli passi lavorando innanzitutto sulla formazione professionale in specifici campi: la ceramica, l'arte presepiale, la grafica editoriale e la legatoria di testi antichi. Successivamente, si è lavorato sulla costruzione dei gruppi di lavoro, selezionando l'utenza e favorendo l'inserimento di una tipologia di giovani utenti che avessero, innanzitutto, voglia di partecipare ad un progetto di formazione, di investire le proprie energie nell'acquisizione di tecniche legate ad uno specifico lavoro, che avessero la capacità di sostenere e mantenere l'impegno e l'attenzione per tempi sufficientemente lunghi, rispetto al programma da seguire.

Ci sembra essenziale, a questo punto, ripercorrere le tappe della nostra storia attraverso una sorta di diario di bordo che testimoni la

nascita della nostra esperienza, i passaggi, i dubbi, gli errori e le soddisfazioni che, alternandosi, ci hanno accompagnato in questo viaggio, lungo il quale siamo stati accomunati da una sola sensazione: la consapevolezza di non avere ben chiaro cosa si dovesse fare, quali obiettivi ci si dovesse porre, dove si potesse arrivare.

Nel primo periodo, il lavoro è stato portato avanti attraverso riunioni organizzative per la formazione del gruppo di lavoro (composto da 2 maestri d'arte con esperienza in ambito psichiatrico, un grafico editoriale e 2 tecnici della riabilitazione psichiatrica, il coordinatore, il responsabile del progetto: ci osserviamo, ci conosciamo, raccontiamo la nostra formazione) e per l'organizzazione della metodologia di lavoro. Attraverso le proposte, fatte dai singoli membri dell'*équipe*, e le conseguenti elaborazioni dei programmi, si sono prefigurati gli obiettivi dei laboratori, quattro per l'esattezza: un laboratorio di ceramica, un laboratorio di arte presepiale, un laboratorio di grafica editoriale, un laboratorio di legatoria.

Tutti avevano la chiara sensazione di non sapere quale direzione questo progetto avrebbe preso ma tutti avevano ben chiaro che il senso dovesse essere costruito quotidianamente, sulla base delle idee comuni, del bagaglio di esperienze costruito momento per momento, tenendo conto degli spunti fornitici dall'utenza che cominciava con noi questo percorso-scommessa.

Si scopre il luogo dove verrà svolta la nostra scommessa: i locali dell'ex ospedale psichiatrico. Le sensazioni che ci hanno attraversato nell'entrare in quel luogo erano particolari ma ci piaceva l'idea che a quel posto, considerato da anni un luogo arido, si potesse dare di nuovo vita, gli si potesse offrire la possibilità di rinascita e si potesse dare, a distanza di tanti anni, una prospettiva differente a persone accomunate dalle stesse patologie mentali.

### *c. L'attività di tutti noi*

Lo spazio era costituito da tre stanze enormi svuotate di tutto ed ancora in fase di ristrutturazione; decidiamo che da quel giorno in poi quelle diventeranno le sedi di lavoro: la stanza all'ingresso diventerà il laboratorio di ceramica, quella centrale di arte presepiale e infine l'ultima della grafica editoriale.

In base alla scelta si decidono le modifiche da fare a seconda delle attività che verranno svolte. Si procede agli ordini dei materiali, sia inerenti l'arredo dei laboratori (per renderli quanto più gradevoli ed accoglienti possibili), sia inerenti lo svolgimento delle attività. Si stabilisce il numero di utenti da destinare ai singoli laboratori, si contattano le UOSM afferenti al DSM per l'invio dell'utenza, si decide di annotare su dei registri le presenze dei ragazzi e si prepara un diario di attività per segnalare quotidianamente le attività svolte, le difficoltà incontrate e i successi raggiunti.

Ci piaceva trasmettere ai ragazzi la sensazione che venissero a frequentare dei veri corsi di formazione e non quella che venissero a colmare i tempi morti della giornata. Si decidono i giorni e le ore in cui svolgere le attività. In base alle esigenze di ognuno e tenuto conto dell'utenza che doveva essere accolta, si decide che ogni laboratorio debba avere una frequenza bisettimanale per una durata di quattro ore al giorno. Si propongono riunioni e incontri di formazione con lo scopo di presentare il progetto ai responsabili della riabilitazione delle UOSM del distretto (Angrì, Pagani, Sarno, Cava dei Tirreni), chiarire le finalità, le modalità di invio e i requisiti di base che gli utenti devono possedere per essere arruolati nella formazione. L'invio avviene tramite una scheda che raccoglie dati sociodemografici diagnosi, terapia e attitudini. In seguito ogni ragazzo verrà valutato dai tecnici della riabilitazione attraverso un'intervista semistruutturata (VADO) e farà un periodo di osservazione partecipante ruotando in ogni laboratorio; al termine di tale periodo sarà il maestro d'arte che valuterà, confrontandosi con tutta l'équipe, il laboratorio più idoneo da frequentare. Veniamo a conoscenza che l'ASL metterà a disposizione un pulmino per il trasporto dei ragazzi da e per i laboratori. Si contattano due grandi artisti: Ugo Marano e Adriana Sgobba, che contribuiranno a guidare, a supervisionare ed a fornire gli *input* creativi nei laboratori di arte. Dopo le riunioni organizzative abbiamo iniziato il lavoro vero e proprio cominciando il percorso di formazione, che è durato circa tre anni, durante i quali sono stati appresi aspetti teorici e competenze legate alla praticità delle tecniche acquisite. All'interno dei gruppi di lavoro si è investito particolarmente sull'acquisizione della tecnica e della capacità di orientarsi verso un particolare stile creativo,

ma anche sulla possibilità di investire sulla propria capacità di esperire in vari campi le diverse modalità espressive. La frequenza è stata costante e gli utenti apparivano spinti da motivazioni diverse: alcuni dalla curiosità per questa nuova esperienza, altri dal desiderio di occupare il tempo, altri ancora dalla «voglia di imparare un vero mestiere».

Gli esiti sono stati diversi: alcuni hanno abbandonato il percorso, altri hanno diradato la frequenza, altri ancora hanno mantenuto una certa costanza ed hanno portato a termine l'impegno.

Nicola S. si è rifatto ad uno stile astratto personalizzandolo e rendendolo una sorta di marchio di fabbrica dei suoi manufatti, in cui quella che chiama «la mia confusione» viene canalizzata, cambia natura, diventa stile minuzioso, unico, irripetibile, segno distintivo che consente di associare immediatamente il lavoro a chi lo ha realizzato. La cosa che più ci colpisce rispetto alla sua situazione è che la sua marcata compromissione cognitiva sembra non incidere negativamente sul lavoro; egli anzi riesce a utilizzare in maniera produttiva la componente perseverativa della sua patologia, sfruttandola per realizzare una sua linea di prodotti.

Per Bruno, invece, caratteristica distintiva appare la costanza nel lavoro, che gli ha consentito di formarsi con ottimi risultati sia nella ceramica, che nell'arte di realizzare sculture di legno, ma anche tavolini decorati con la tecnica del mosaico, o veri e propri quadri composti da cornici di legno e ceramica smaltata, dal gusto decisamente etnico.

Giancarlo, dai poliedrici talenti, si è sperimentato, incoraggiato da tutta l'équipe, in più discipline partendo dalla grafica editoriale e passando attraverso l'arte presepiale, arrivando, in fine, alla ceramica, in cui ha proposto e realizzato delle splendide mattonelle decorate con i ritratti di chi condivide con lui gli spazi del laboratorio. Giancarlo, ha coltivato, però, anche altri talenti, tra cui la scrittura: nel corso degli anni aveva raccolto tutte le inquietudini e tutte le difficoltà legate alla sua patologia, ma anche il dolore di aver perso i contatti con la figlia (oggi riallacciati), in un manoscritto, pubblicato ed utilizzato come sceneggiatura per un cortometraggio, realizzato grazie alla partecipazione di professionisti del settore. In questo momento Giancarlo sta lavorando in

un forno e sembra riuscire a mantenere gli impegni che il lavoro (non protetto) richiede.

Per Ferdinando la situazione, invece, è stata un po' diversa. Il suo percorso è iniziato nel marzo del 2004 e ci ha colpito la sua capacità di acquisire velocemente le indicazioni fornitegli dalle maestre d'arte della ceramica, la sua capacità di riprodurre in maniera fedele i decori suggeritigli e la sua voglia di imparare tutto: dalla ceramica all'utilizzo del computer e dei programmi di grafica. Anche egli in questo momento ha diradato la sua presenza perché ha trovato un lavoro stagionale e sta portando avanti questo impegno con costanza.

Dopo la prima fase della formazione, si è fatta sempre più forte l'esigenza, sia da parte degli operatori, ma soprattutto da parte degli utenti, di aprirsi all'esterno, di condividere con gli altri il lavoro, l'esperienza acquisita: un riscontro concreto rispetto al lavoro svolto.

Così abbiamo pensato di rispondere a questo bisogno arredando gli spazi messi a disposizione dalla ASL ed organizzando una grande festa per inaugurare quella che abbiamo chiamato «La Corte dei Girasoli», ossia uno spazio decorato dalle colorate ceramiche realizzate all'interno dei laboratori: una festa aperta a tutti, dalle scuole alle autorità cittadine, a chiunque avesse voglia di trascorrere qualche ora insieme a noi per condividere l'entusiasmo di questa esperienza e, perché no, per vedere dei prodotti ben realizzati. Proprio il riscontro positivo datoci dalle persone, in questa occasione, ci ha fatto capire che era arrivato il momento di andare oltre, ci ha dato il segnale che i nostri ragazzi erano pronti per camminare con le proprie gambe, insomma che era arrivato il momento di avviare la costituzione di una cooperativa di utenti e che questa cooperativa avrebbe potuto offrire una produzione competitiva sul mercato... Insomma abbiamo capito di essere pronti per una nuova scommessa, che la possibilità di investire su un nuovo concetto di riabilitazione era possibile. Riteniamo, in conclusione che la «cura» non può prevedere solo l'utilizzo dei farmaci, della psicoterapia e della riabilitazione in senso stretto, ma che deve guardare più lontano, deve considerare anche il fisiologico bisogno di avere una prospettiva, di progettare e non solo di sognare una «vita normale».

## 2. F., LA SUA FAMIGLIA, LA CERAMICA, UN LAVORO, di *Raoul Pollio*

Prima di lavorare stabilmente in un Centro di Salute Mentale, mi sono occupato di gestione di risorse umane: in un certo senso non ho mai smesso. Il mondo del lavoro, il mercato del lavoro è un colpevole innocente: velocità, instabilità, incertezza, *esterno, altro, relazione*.

Oggi, pur occupandomi di psicologia, sostegno, riabilitazione e..., cerco di mantenere sempre alto l'interesse per un possibile «fuori», «fuori da via F. Ricco, dalla sede del servizio», da proporre alle persone-utenti.

Un modo per realizzare ciò è anche il laboratorio di ceramica, insieme ad altri laboratori del Progetto C.I.P.E., realizzati a Nocera Inferiore. Quando mi capita di parlarne con qualcuno, anche con i colleghi, mi sorge spontaneo ricordare che si tratta di un'opportunità, per certi versi di una scommessa. Grande impegno ma nello stesso tempo attenzione anche ad altro. Bisogna evitare di trarre pericolose aspettative anche di tipo economico, attraverso la costituzione di una cooperativa. Questo è il «lavoro», anche per chi ha o ha avuto gravi difficoltà.

Anche con F. è stato così, anzi con la famiglia N.

Infatti, per tutta una serie di motivi, quando si «incontra» una persona è come se si incontrassero anche i suoi familiari, sempre. Nel caso di F., per essere precisi, ho conosciuto prima la madre, la sig.ra F., e poi lui. Aggiungo che lavoro da poco più di un anno presso questa unità operativa di salute mentale, loro invece hanno effettuato un precedente percorso con gli operatori del servizio, quindi mi sono inserito in un processo mai interrotto.

Dicevo del mio primo incontro con la madre, avvenuto nel mese di febbraio. Subito mi parlò delle «attuali» condizioni di F. e del clima generale della loro famiglia, soffermandosi sul rapporto tra F. e la sorella e la sua condizione di disoccupato.

F. invece l'ho conosciuto dopo, per «caso», nel senso che era venuto a prendere la madre. Per tutta una serie di motivi, non era previsto che parlasse con me, lo psicologo. Lui non sapeva chi fossi né io mi «presentai», eravamo nella camera della terapeuta della riabilitazione, ormai «amica» poiché è uno degli operatori impegnati nel precedente percorso terapeutico-riabilitativo. A distanza di una set-

timana mi disse: «Ma allora tu sei uno psicologo ?!», non commentai; «probabilmente» aveva pensato qualcosa sul nostro primo incontro. L'unico in cui, anche se per «poco», mi parlò delle difficoltà di rapporto con sua sorella e con il lavoro. Come prevedibile, veri e propri colloqui non ne abbiamo mai avuti. Tuttora, sebbene abbiamo frequenti scambi, si tratta prevalentemente di conversazioni, piuttosto «neutre», riguardanti in generale il lavoro e la formazione: gli pesa che abbia conseguito solo la terza media.

Poiché F. non ha mai richiesto di poter avere colloqui di sostegno, abbiamo cercato di realizzare anche un percorso di tipo psicoeducativo, coinvolgendo anche il padre.

Uno dei risultati più importanti, da intendersi come nuovo punto di partenza, è che tra F. e la madre sono sempre più numerose le conversazioni dove si parla di «malessere» e difficoltà. F. sembra accettare l'idea che anche la madre possa sentirsi abbattuta, depressa, e che si rivolga a qualcuno per un aiuto. Anche se è lei a riferirci che F. varie volte le abbia detto: «Mamma, buttali via i farmaci, non servono, fai come me». In più occasioni ha inoltre ribadito la necessità di guardare con più distacco ad argomenti che riguardano maggiormente i genitori e l'altra figlia.

Per quanto riguarda la proposta di partecipare come «ricercatore» in un lavoro dove sono osservati diversi aspetti di un più generale discorso riguardante l'esclusione sociale e tentativi per ridurre, questa è stata considerata da F. con attenzione, partecipando con la sua caratteristica esitazione, sempre preoccupato di poter riuscire bene. Ha mostrato interesse per gli incontri di questo progetto di ricerca, fornendo materiale interessante.

F. ha frequentato il laboratorio con impegno e costanza, acquisendo una particolare competenza nell'uso dei colori, manifestando sempre molti dubbi, soprattutto per il «futuro». Ha sempre cercato anche altro. Non è un caso che ha svolto e tuttora svolga anche attività non collegate alla ceramica e non sempre proposte dal Servizio, anzi l'invito è a cercarsele da sé.

Molto probabilmente non riprenderà più a fare ceramica, né con noi né altrove. L'importante è che ci abbia provato, che la ceramica sia stata un'occasione per mettersi alla prova e capire che lavorare è sempre impegnativo ma che le risorse personali possono crescere.

### 3. CERAMICA E RIABILITAZIONE, di Margherita Spagna

Lavoro presso l'unità operativa di salute mentale di Nocera Inferiore (Sa) come terapeuta della riabilitazione, in un'*équipe* che include, oltre a psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere, anche maestri d'arte ceramisti. Le strategie terapeutiche da adottare nella presa in carico di una persona detta *paziente psichiatrico* sono varie e numerose: una di queste può essere l'ipotesi di realizzare, laddove possibile, un percorso che sia anche formativo con prospettive di lavoro, in particolare un laboratorio di ceramica. La ricostruzione dei differenti percorsi di tre utenti (F., G., B.) del servizio è un'occasione per valutare un lavoro svolto e/o in via di svolgimento.

L'assegnazione e la partecipazione alle attività del laboratorio di ceramica sono caratterizzate da tempi e modalità diverse, ma legate dalla comune difficoltà dei tre pazienti a ritrovare un'identità, uno spazio vitale, un motivo per esserci.

In breve le tre storie.

*Giancarlo.* Non è stato facile entrare in rapporto con lui, dice che «non ha mai fatto queste cose, ma vuole imparare».

*Bruno.* Conosco Bruno fin da ragazzo: stesso quartiere, associazione cattolica. Ritrovarci è stato molto doloroso, la prima sensazione è stata quella di voler fare ma anche molta paura a parlare. Lavora con impegno, quando completa un lavoro mi chiede se se mi piace e dove poterlo collocare. Attualmente parliamo molto e di ogni cosa e, soprattutto, come se fossi una vecchia amica.

*Ferdinando.* È arrivato da poco, più precisamente dal marzo del 2005, nel laboratorio. Ha imparato ed impara velocemente; non è un caso che sia proprio il «fare» qualcosa uno dei suoi problemi principali.

Il lavoro con loro è la conquista della loro fiducia in uno spazio tra argilla, tempere e pennelli; riuscire ad entrare nella loro corsa dentro la solitudine; fornirgli uno spiraglio di rapporto con l'altro diverso da sé; riconoscere la paura senza soffocare. La ceramica, pur tra alcuni insuccessi, come gioia del fare, riconoscimento, realizzazione e lotta alla «custodia assistenzialista».

#### 4. L'ESPERIENZA DEI LABORATORI, di Giancarlo Garofano *borsista*

Il C.I.P.E, progetto finanziato con fondi della Comunità Europea, mi ha dato la conferma che tutto quello che noi disagiati psichici facciamo è chiuso in quattro mura e non serve a darci lo slancio determinante che cerchiamo.

L'ho frequentato per un periodo di circa otto mesi, nei quali ci assicuravano che non sarebbe stato tempo perso e che presto sarebbe arrivata la gratificazione economica. Cosa che non è successa. Ciò mi ha determinato a lasciare questa esperienza perché troppi «blà, blà, blà» finiscono solo per provocare un'altra delusione ed un aggravamento della patologia.

Devo dire che mi ero impegnato molto nel corso di grafica cercando di fare progressi nella materia ma ho capito di non potere andare oltre perché non sono stato seguito «passo passo» come mi sarei aspettato. La colpa non è dei dirigenti ma delle troppe svariate inidoneità delle persone che frequentano i laboratori. Vi dovrebbe essere maggiore accortezza e precisione nella selezione dei partecipanti; ciò renderebbe le attività più serie e più produttive. Un'altra ragione può essere che anch'io ho dei limiti e non me ne sono accorto. Dopo vari mesi che mi ero allontanato per motivi di natura economica, sono stato richiamato con la certezza che si sarebbe costituita una cooperativa che avrebbe comportato la gratificazione cercata: quella *economica* (lo sottolineo perché in questa società senza soldi non si può stare).

Dedicare del tempo e non raccogliere frutti aggrava il mio stato ansioso, depressivo e delirante. Ho cercato di armarmi di pazienza e di vedere all'orizzonte l'arcobaleno: una nuova prospettiva di lavoro potrebbe riaccendere nuovi interessi in un disagiato del mio stato. Al primo impatto ho capito che il corso di «computer grafica» non era quello che volevo fare, per cui ho chiesto di cambiare laboratorio per buttarmi nel disegno dove un po' di velleità l'ho sempre avuta. All'inizio la cosa nuova mi ha fatto superare l'ansia; mi sono sentito più coinvolto, più assetato di apprendere ma la necessità economica si è fatta sentire e mi sono reso conto che, pur appassionandomi, non potevo permettermi troppo tempo da dedicare alla pittura.

Mi sono pertanto deciso a cercare lavoro altrove. È vero che ci può essere la gratificazione di ciò che si è fatto, ma purtroppo a me non basta per risolvere i miei problemi sociali ed economici. Inoltre c'è da dire che se anche riceviamo dei complimenti per ciò che facciamo, ci si confronta sempre tra noi disagiati. Sarebbe più giusto metterci ad apprendere con persone senza disturbi. Ci farebbe molto bene al morale e non staremmo chiusi fra i soliti problemi di dissociazione. Ma, ribadisco, se manca la gratificazione economica, tutto si risolve in una bolla di sapone e continuerò a sentirmi un emarginato, io e quelli come me, e rimarremo tali agli occhi degli esterni che continueranno a pensare che siamo solo persone inutili che non credono nel loro futuro e si appoggiano al loro disagio<sup>7</sup>.

## 5. IN CONCLUSIONE UN INIZIO, di Antonella Amodeo e Filomena Basile

### a. *Nasce la cooperativa IUCAN*

Il percorso formativo si è concretizzato nella realizzazione di una cooperativa di utenti sotto la presidenza di un maestro d'arte che si è fatto carico delle procedure burocratiche e del coordinamento del lavoro e dei progetti individuali per le borse lavoro.

I ragazzi hanno scelto per la cooperativa il nome di IUCAN, che ha una doppia genesi verbo-strutturale: dall'inglese *You can* (tu puoi) o dal napoletano *iucanno* (giocando), rispettando così la vera natura del progetto che vuole offrire un'opportunità d'integrazione, d'inserimento vero e proprio, insomma una *chance* di futuro, ma vuole essere anche una lettura leggera della vita, una sdrammatizzazione dello stigma sociale, un modo per guardare al futuro con ottimismo.

Lo spirito che sottende questo progetto è quello di creare un'opportunità di lavoro, ma soprattutto quello di consentire lo sviluppo di una piccola rete sociale, i cui membri si sostengono vicendevolmente e si compensano.

<sup>7</sup> Nel 2005 si è costituita la cooperativa «Iucan» di cui Giancarlo Garofano è socio fondatore, cooperativa che si occupa dell'immissione sul mercato e della vendita di prodotti e servizi degli utenti del DSM Asl Salerno 1.

Tra i ragazzi il clima è sereno e di piena collaborazione; questo consente di sostenere i ritmi di lavoro, di affrontare i momenti più difficili e di compensare gli eventuali momenti di crisi del singolo membro senza compromettere il lavoro della collettività.

Infatti i ragazzi hanno iniziato a frequentarsi anche al di fuori dell'ambito lavorativo, a vedersi per scambiare opinioni, per mangiare una pizza o semplicemente per fare una passeggiata. Questo tipo di lavoro risulta essere pervasivo, creando un clima sereno non solo nell'ambito lavorativo, ma anche al di fuori, consentendo ai ragazzi di partire da un punto di vantaggio, ossia dalla consapevolezza di non essere soli nell'affrontare il mondo, permettendo loro di sentirsi più solidi e meno indifesi nel gestire le relazioni esterne.

I soci della cooperativa realizzano prodotti per l'arredo urbano, oggettistica artistica e decorativa, ceramica artistica, presepi, manufatti in legno e grafica pubblicitaria ed editoriale.

La prima fase di questo nuovo percorso vede gli utenti impegnati nel completamento della formazione artistica, ma anche nell'acquisizione delle competenze gestionali, della capacità di amministrare questa piccola azienda.

I membri della cooperativa gestiscono in maniera diretta la preparazione, la vendita e la fatturazione dei loro prodotti, gestiscono insieme i finanziamenti e ripartiscono i ricavi delle vendite.

Siamo solo all'inizio di questa esperienza e l'entusiasmo di tutti (operatori ed utenti) è palpabile: c'è la voglia di fare, di portare a termine questa esperienza che si è potuta concretizzare grazie all'impegno di tutti che per il momento si mantiene costante.

Attualmente si sta lavorando per l'allestimento di un punto vendita che sarà gestito dai membri della cooperativa, all'interno del quale vendere al dettaglio i prodotti realizzati, alla costruzione di un catalogo cartaceo ed on line (dominio <http://www.iucan.it>) al fine di pubblicizzare e di facilitare le ordinazioni da tutto il territorio nazionale.

L'obiettivo finale dell'*équipe* è quello di non essere più necessari, quello di poter vedere la cooperativa procedere in totale autonomia senza il bisogno di tutoraggio da parte degli operatori, poter assistere ad una vera integrazione all'interno del tessuto sociale, quello di diventare dei semplici clienti.

## b. *La sfida*

La sfida che abbiamo lanciato a Nocera e che intendiamo sostenere con forza in stretta integrazione tra Enti presenti sul territorio è la realizzazione da parte della struttura sanitaria di un complesso programma di formazione che, individuando settori ad alto *know how*, addestra al lavoro gruppi di utenti affetti da gravi patologie psichiatriche per consentire loro di svolgere lavori complessi (produzioni medialiali, lavorazioni ad alto contenuto creativo, se non propriamente artistiche, editoria e tipografia di qualità, grafica pubblicitaria computerizzata, etc.). La rete della cooperazione sociale, i Comuni, le associazioni imprenditoriali e gli Enti per lo sviluppo territoriale intervengono poi per completare il lavoro. Contribuiscono a costituire le imprese sociali aiutandole ad integrarsi nel tessuto produttivo locale; utilizzano, in prima istanza anche le risorse prima destinate all'assistenza ed al sostegno economico; «accompagnano» le imprese sociali, per una breve fase di tutoraggio, fino ai margini dell'area della libera competizione imprenditoriale.

Questa scommessa ha però necessità di superare di slancio un iniziale *handicap* determinato dal pregiudizio sociale e dalla difficoltà di inserire cooperative di utenti psichiatrici in sistemi di relazioni lavorative, in cui si instaurano rapporti fiduciosi ed attese di risultato.

## Cap. V: GRUPPO CINQUE 365 GIORNI ALL'ALBA

### A. Rapporto di ricerca di

Teresa Capacchione (*portavoce*), Tay Giuliana Palmieri (*borsista*),  
Salvatore Pellegrino, Gennaro Perrino, Angela Prisco (*portavoce*)

#### 1. STRUTTURA OPERATIVA E PROGETTO DI RICERCA

Il Gruppo è composto da Teresa Capacchione (*portavoce, psichiatra*), Tay Giuliana Palmieri (*borsista*), Salvatore Pellegrino (*riabilitatore*), Gennaro Perrino (*operatore di salute mentale*), Angela Prisco (*portavoce, psicologa*).

La metodologia di intervento di questo gruppo – nell'*insieme* e sull'*insieme* delle attività del Servizio di salute mentale della Asl Napoli 2 della Campania (nell'ambito di un'*osservazione partecipante paritaria e reciproca*) – si articola su due livelli e più fasi. Obiettivi del primo livello sono la redazione di un programma di intervento terapeutico e l'acquisizione della capacità di autosservazione. Il secondo livello prevede l'inserimento dei soggetti nel gruppo di convivenza de *I Giovani Leoni* e *I Fuoristrada*. In questa fase l'operatore stimola l'ospite alla fiducia e al rispetto di sé, attraverso la gestione autonoma del proprio spazio persona.

Le fasi successive sono tese a:

- i) far acquisire capacità espressivo-emoive (teatro, musica, danza, pittura);
- ii) sviluppare le attitudini del «saper fare» mediante forme di apprendimento attive;
- iii) implementare la capacità di formulare e comunicare le proprie opinioni, riconoscendo in quelle degli altri la possibilità di confronto e di discussione;
- iv) stimolare le capacità speculative del gruppo nel confronto con «esperti esterni» con l'obiettivo di riconoscere le similitudini e le differenze individuali nell'affrontare gli ostacoli dei diversi percorsi formativi.

Come è avvenuto anche negli altri due gruppi (III e IV), che hanno affrontato situazioni analoghe, questo gruppo si è articolato come *continuazione* e *complicazione* del lavoro di restituzione alla vita.

Il programma originario di ricerca e studio sulle attività dette «riabilitative» in campo di salute mentale, per il quale fu scelto il titolo di *Morte alla ceramica* (titolo attuale della relazione del Gruppo IV), aveva come scopo lo studio, da parte del gruppo di ricerca, di forme di «riabilitazione» tendenzialmente non ripetitive, non stereotipiche, orientate verso la produzione artistica e verso il «nuovo», condotte e organizzate da psichiatrizzati. In pratica un *self help* non a carattere linguistico-riflessivo ed espressivo ma a carattere strumentale ed artistico-espressivo.

Da un'ipotesi iniziale di lavoro in un solo Servizio di salute mentale si passò al progetto di ricerca, oggi concluso, con tre aree di osservazione: l'esperienza di Nocera Inferiore (gruppo IV: *Morte alla ceramica*); l'esperienza di un gruppo attivo nel Distretto di salute mentale n. 44 della Asl Na 1 (Gruppo III: *Quelli della sindrome romantica*); l'esperienza presso il Centro Giovani Telemaco finalizzato alla presa in carico di utenti giovani con basso e/o medio grado di cronicizzazione all'interno dell'organizzazione strutturale della Unità operativa di salute mentale di Giugliano in Campania, Asl Na 2 (Gruppo V: *365 giorni all'alba*).

Questa ultima struttura, diretta da una degli scriventi, Dr.ssa Angela Prisco, psicologa, totalmente autonoma rispetto al Centro di salute mentale, prevede una doppia articolazione: utenti residenziali (13) suddivisi tra il piano terra, dove sono situati i pazienti più autonomi, che svolgono attività lavorative all'esterno e primo piano dove ci sono coloro che stanno svolgendo un programma di reintegrazione sociale. Il Centro funge altresì da luogo di ritrovo anche per utenti che non sono ospitati presso la struttura, ma che usufruiscono delle attività che ivi si svolgono (al piano semiinterrato vi è un bar, un teatro, strumenti musicali e un laboratorio di artigianato etnico, *La fucina dell'arte*, ideato da un'altra degli scriventi, Giulia Palmieri, una paziente-ospite e borsista in questa ricerca, che svolge la funzione di *tutor* per tutti coloro che vogliono apprendere le tecniche di lavorazione.

Il modello di intervento ricalca forme di organizzazione comunitaria nella quale le reti di supporto informali costituiscono la vera spinta emancipativa; non a caso la crisi viene gestita quasi sempre all'interno della struttura stessa, con l'apporto ed il sostegno di tutti e, nei casi in cui necessita un ricovero in ambiente ospedaliero, sono gli ospiti che si recano a trovare l'amico in difficoltà. La mancanza di una netta distinzione operatori-utenti evita, da un lato, la stigmatizzazione in ruoli rigidi e fissi, forieri di identità forti, e consente il passaggio dall'una all'altra condizione senza gravi pregiudizi. Vi è, in questo contesto, a differenza di quanto sperimentato nei Servizi di salute mentale, una facilità di ingresso, il nuovo venuto (*portavoce*) non è percepito dal gruppo come esterno minaccioso, capace, potenzialmente, di mettere in crisi il sistema; al contrario vi è un'accoglienza immediata che consente di operare nel senso di un'osservazione non distanziata. Il percorso comune, favorito dall'assenza di distanza, non è scevro però da rischi. Difatti la funzione «gruppo» che cura, come nodo centrale dell'attività precedentemente detta «riabilitativa», lascia il rapporto con il mondo allo psicologico individuale e al politico in senso lato (partecipazione alla condizione di diversità degli altri diversi). Non a caso alcuni degli ospiti residenti (in particolare coloro che provengono da strutture di stampo tradizionale) non è riuscito fino ad oggi ad emanciparsi totalmente dal gruppo, che finisce paradossalmente, pur nella libertà dei ruoli, per svolgere una vera e propria funzione istituzionale, che genera dipendenza e può dare vita a forme di cronicizzazione, non più riferite alla stigmatizzazione psichiatrica in senso stretto, quanto piuttosto di natura emozionale (impossibilità di pensare l'esterno al di fuori del gruppo, percepito come protettivo). Per altri, i più giovani, si è ottenuto più facilmente il passaggio da una condizione residenziale ad una semi-residenziale e il Centro funge da luogo di ritrovo o di interesse lavorativo. In questi casi più facilmente si assiste ad un percorso terapeutico che coincide con un percorso di vita e di forme autonome d'esistenza. Tale processo è fortemente favorito dall'esistenza di gruppi di auto-aiuto spontaneo, all'interno dei quali è più facile acquisire consapevolezza dei propri diritti e dare vita a nuovi progetti.

## 2. SVILUPPO DELLA RICERCA

In questa prospettiva, l'impulso dato dal progetto di ricerca *Morte alla ceramica* (poi denominato, in questa sede, *365 giorni all'alba*) fu, in questo caso, affidato alla elasticità dei ruoli, al clima grupale effusivo e partecipativo e all'impegno, da parte degli operatori, di favorire la reintegrazione attraverso l'attività cooperativistica (Euriclea), le borse-lavoro etc. Ciò che ancora manca è, presumibilmente, da un lato, una reale coscienza politica (l'allusione al politico è di stampo istintivo e non ragionato, il gruppo è il luogo della cura del singolo e non lo strumento di azione del gruppo sul mondo, la psicologia implicita è soggettivistica), dall'altro la continuità delle iniziative intraprese dagli utenti.

Nello scenario di attivazione si colloca il laboratorio etnico (*La fucina dell'arte*) di Giulia Palmieri. Ella stessa ha illustrato, in uno dei *Documenti* che seguono, le basi di partenza del suo progetto. Si tratta di una vera e propria ricerca di materiali e forme nuove, che l'hanno spinta a sperimentarsi, coadiuvata da cinque utenti di cui è tutor, nella creazione di manufatti di vario tipo (accessori moda ed arredo, *bijoux*, magliette) ognuno dei quali è caratterizzato dall'unicità sia per quanto attiene al design che nella realizzazione del singolo oggetto. Le competenze artistiche che ella già possedeva si sono successivamente arricchite di nuove forme espressive (ha frequentato un laboratorio esterno di ceramica *raku*). Si è trattato di un mutamento esistenziale forte per una persona, con una diagnosi di psicosi, sulla quale pesavano numerosi ricoveri presso strutture private in Italia e in America; era stata inviata presso il Centro Telemaco nel novembre del 2004, accompagnata da un'assistente sociale, per un grave ritiro sociale; tornata, da sola, nel gennaio del 2005 aveva deciso di rimanere e si è via via emancipata ben incarnando la condizione dell'escluso (fino al barbonismo) che dà vita ad una ricerca sperimentandola con persone che avevano subito un'esclusione simile.

Questo progetto, che sembra ricomporre in sé una natura umana arcaica nella sua indefinitezza, che, grazie alla controparte simbolica esperienziale, finisce per sfociare nell'espressione del-

l'autonomia attraverso la conoscenza e dell'indipendenza tramite la scelta. Il cambiamento si traduce nella trasformazione del soggetto da attore in osservatore di sé stesso e viceversa, attraverso l'acquisizione di conoscenze che percorrono il labirinto del disagio, non solo vissuto ma necessariamente anche osservato, e non solo osservato, ma anche necessariamente partecipato. A questo punto il progetto diviene progetto di crescita formativo, ricerca incessante di trasformare la sofferenza dell'essere in maturata consapevolezza della stessa, perché si riproponga a sua volta come capacità di poter e saper essere.

## B. Documenti della ricerca

### 1. TELEMACO, di Angela Prisco, *portavoce*

#### a. *Premessa*

Empatia, autenticità, sensibilità: queste le tre caratteristiche di base dell'operatore telemaco impegnato nella relazione *Persona-Persona*, l'innovativa modalità operativa che caratterizza il Centro Giovani Telemaco, finalizzato alla presa in carico di utenti giovani con basso e/o medio grado di cronicizzazione all'interno dell'organizzazione strutturale dell'Unità operativa di salute mentale di Giugliano in Campania (Asl Napoli 2).

«Se mi tratti da normale io mi sento normale» esordì in un momento di riflessione D. E., giunto nel gennaio 2001, in piena crisi di stravolgimento (dissociativo nei termini tradizionali).

La semplicità dell'affermazione sembra essere pregnante di contenuti semantici e può servire ad introdurre i sei anni di sperimentazione di una prassi che ha dimostrato l'importanza del ruolo agito nella comunicazione interpersonale con soggetti in crisi. Questo progetto si sta ora arricchendo anche di ispirazioni e svolgimenti derivati dalla collaborazione integrata con la ricerca regionale «*Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica*».

La prassi di Telemaco consiste in un atteggiamento nuovo verso la vita degli individui che esprimono sofferenza mentale e il metodo di cui si avvale, discostandosi dal concetto di anormalità, nei termini diagnostici e clinici, finisce, paradossalmente, per produrre *normalità*. Le identità sociali non più soffocate dal linguaggio diagnostico, una volta riappropriatesi di senso, poiché stimolate e riconosciute, riemergono in un'atmosfera di lavoro di gruppo caratterizzata da: *affettività, pazienza, attività ordinata e comprensione*.

È in questa atmosfera che gli operatori del *team* operano come *Alchimisti della sintesi*, poiché conducono il giovane utente verso una processualità che gli permetterà di:

- comprendere perché certe azioni sono destinate a produrre certi effetti, risalendo dall'effetto alla causa, per potersi riconoscere come colui che *agisce, sente e pensa*;

- pensare a se stesso in rapporto al gruppo, alla famiglia, alla comunità sociale coltivando il processo di sintesi o unità.

Una volta che ci appaiano riconvertite in pensiero quelle che ci sembravano reazioni istintive, sviluppate le facoltà intellettuali per il controllo dei processi mentali, stimolate le potenzialità intuitive del mondo degli ideali, delle idee e della percezione astratta del soggetto, la definizione di patologia mentale si trasforma in disagio esistenziale, nel quale è naturalmente coinvolto il sociale, qui inteso quale territorio-comunità di appartenenza, con il conseguente riconoscimento delle problematiche culturali specifiche.

Il nostro essere *persona* all'interno del circuito psichiatrico recupera l'espressione interiore dell'individuo e poi sociale del cittadino a noi affidato per mandato istituzionale, producendo un clima di fattiva collaborazione tra gli addetti ai lavori che, sembrano riscoprire, insieme ai ragazzi, una visione più ricca e significativa della propria esperienza lavorativa ed una maggiore gratificazione grazie agli obiettivi conseguiti. La prassi al riorientamento del comportamento agito nelle comunicazioni alterate, frutto di una intensa formazione teorica e pratica degli operatori, ha trasformato la paura del diverso-malato in ascolto e attenzione dell'Altro, che non delega a chi cura ma prende in carico la processualità evolutiva interrotta, costituendo legami di fiducia che arricchiscono la propria ed altrui capacità di comprensione.

Lo sviluppo del concetto di libertà sociale come lento ma decisivo passaggio dal sanitario all'etico, crea situazioni in continuo cambiamento grazie alla capacità di ognuno di mettersi in gioco: gli Artisti di strada, il gruppo musicale dei Maja, il team dei degli artigiani della Fucina dell'Arte, il gruppo teatro in formazione, sono alcune delle iniziative di libera imprenditoria che permettono a questi giovani cittadini di autogestire il proprio spazio culturale trasformandolo in Arte del vivere.

## b. *Metodologia d'intervento*

La metodologia d'intervento si articola su due livelli e più fasi. Obiettivi del primo livello sono la redazione di un programma di intervento terapeutico e l'acquisizione della capacità di autosservazio-

ne. Il secondo livello prevede l'inserimento nel gruppo di convivenza dei «I Giovani Leoni» e «I Fuoristrada». In questa fase l'operatore stimola l'ospite alla fiducia e al rispetto di sé, attraverso la gestione autonoma del proprio spazio persona. Le fasi successive sono tese a:

- i. far acquisire capacità espressive emotive (teatro, musica, danza, pittura);
- ii. sviluppare le attitudini del «saper fare» mediante forme di apprendimento attive;
- iii. implementare la capacità di formulare e comunicare le proprie opinioni, riconoscendo in quelle degli altri la possibilità di confronto e di discussione;
- iv. stimolare le capacità speculative del gruppo nel confronto con «esperti esterni» con l'obiettivo di riconoscere le similitudini e le differenze individuali nell'affrontare gli ostacoli dei diversi percorsi formativi.

### c. *Conclusioni*

Telemaco sembra ricomporre in sé una natura umana arcaica nella sua indefinitezza, che, grazie alla controparte simbolica esperienziale, finisce per sfociare nell'espressione dell'autonomia attraverso la conoscenza e dell'indipendenza tramite la scelta. Il cambiamento si traduce nella trasformazione del soggetto da attore in osservatore di sé stesso e viceversa, attraverso l'acquisizione di conoscenze che percorrono il labirinto del disagio, non solo vissuto ma necessariamente anche osservato, e non solo osservato, ma anche necessariamente partecipato. A questo punto il progetto diviene progetto di crescita formativo, ricerca incessante di trasformare la sofferenza dell'essere in maturata consapevolezza della stessa, perché si riproponga a sua volta come capacità di poter e saper essere.

## 2. L'INCONTRO CON ANGELA E NINO, di Tay Giuliana Palmieri, *borsista*

Ho incontrato ed intervistato i fondatori di un'esperienza che, poi, ho vissuto in pieno, il Dottor Gennaro Perrino (Nino) e la Dottoressa Angelina Prisco.

Premetto... la prima volta che misi piede al Centro Telemaco fu per puro caso: prima di quel giorno non sapevo né che cosa fosse né l'esistenza di un centro di quel genere. Un'assistente sociale di un ufficio mi chiese di farle compagnia nel portare delle carte in un ufficio. Accettai.

Quando arrivammo a Telemaco i miei occhi si accesero di luce, il luogo attirò tutta la mia attenzione ed il mio sguardo vacillava posandosi qua e là, dai colori vivaci delle pareti all'arredamento *bohémien*. Su per le scale notai un ragazzo che dipingeva un *murale* su una delle pareti, mentre dal piano inferiore proveniva un armonico suono di batteria, chitarra e pianoforte, il tutto accompagnato da un «caldo» profumo di incenso. Nei corridoi e per le scale c'era un movimento perpetuo di via vai di ragazzi, tutti indaffarati nel fare un qualcosa.

Scesi giù ed entrai in un particolarissimo bar, dove c'era un gruppetto di quattro ragazzi che mi salutarono e quindi ci presentammo. Così chiesi loro: «Ma questa è una scuola d'Arte?»; sorridendo mi risposero: «No, è una casa famiglia...» e proseguirono nel racconto.

Rimasi sbalordita! Le mie esperienze del passato di «soggiorni», in ambito di salute mentale, erano state totalmente diverse. Inoltre Telemaco somigliava molto alla scuola d'Arte di New York, che, in un mio soggiorno negli Stati Uniti, avevo frequentato per tre settimane.

Sinceramente mi sentii colma di gioia per l'esistenza di una struttura come Telemaco! Tanto che chiesi di poter frequentare anch'io la «scuola». L'opportunità mi fu data.

Ritornando ai fondatori, un incontro fortunato nel 1999 tra il Dottor Gennaro Perrino, psichiatra proveniente dalla «scuola» di Trieste, e la Dottoressa Angelina Prisco una «più che» psicologa.

Dall'entusiasmo fresco della Dottoressa Prisco e dallo spirito rivoluzionario del Dottor Perrino nacque un'esperienza, che ancor oggi, dopo tante peripezie e trasformazioni, rappresenta nella sua unicità un luogo che permette la percezione della libertà di espressione per chi ha la fortuna di scoprire e vivere la Casa di Telemaco. Un luogo dove dottori, operatori ed utenti si «mescolano» armoniosamente tra di loro.

Sorrido mentre scrivo ciò che sto per scrivere... spesso capita che persone esterne in visita per la prima volta a Telemaco, scambino facilmente utenti per operatori e dottori per non-dottori.

Ma cos'è il Centro Giovani Telemaco? La mia risposta è: «è una casa dove un gruppo di persone convivono, ed è meglio del Grande Fratello». La risposta «tecnica» è: «è una casa famiglia ap-

poggiata dal Dipartimento di salute mentale il cui spirito è promuovere il concetto del «prendersi cura di se» e, di conseguenza, del gruppo stesso».

Quel che oggi è Telemaco, anni fa nacque in solo due stanzette e mezzo col nome di «Fuoristrada», nome scelto da uno degli utenti residenti, ispiratosi al tipo di macchina fuoristrada che è in grado di percorrere qualsiasi percorso. L'appartamento «Fuoristrada» è ancora oggi esistente nella struttura, ora estesa, del Centro Giovani Telemaco. I *Fuoristrada* sono, oggi, il gruppo residenziale autonomo di utenti che svolgono un lavoro redditizio anche all'esterno della struttura.

E dal verde con il quale fu data vita e colore alle pareti bianche della cucina di quell'appartamentino, che tutto ebbe inizio; quel che ora è un successo, allora fu una «presa d'assalto» e di critiche ricevute da un, allora austero, Dipartimento di Salute mentale alla fondatrice Dottoressa Prisco. Non-curante nell'essere «presa per pazza» e della paura dei suoi colleghi nel non voler «osare», la dottoressa proseguì nel percorso in cui credeva.

Come nella canzone di Cocciantè: «...con i secchi di vernice dipingiamo tutti i muri, case, chiese e palazzi, perché lei ama i colori...», nasce la «filosofia fuoristrada», colori... il simbolo della vitalità. Si incominciò quindi a «mettere» colore ovunque, e alla dissacrazione e trasformazione di «oggetti medici» in oggetti di arredo. Dal rotolo di «sparatrappo» roseo diventato per incanto un contenitore di fiorellini, all'asse per appendere le flebo che diventò un appendi gabbietta con un uccellino appartenente ad uno degli utenti.

Si proseguì con la gestione del proprio spazio, dal cucinarsi all'arredare l'appartamento.

La trasformazione da «malato» in non-malato, ebbe quale conseguenza l'essere riconosciute persone non diverse da altre persone se non per dati somatici o caratteriali.

La trasformazione delle regole istituzionali. *Integrarsi non vuol dire essere pecore di gregge.*

Concludo scrivendo: nel variopinto «disordine» di Telemaco, si vivono immense e meravigliose sfumature.

Il mondo ne dovrebbe prendere esempio.

### 3. RELAZIONE SUL LABORATORIO «LA FUCINA DELL'ARTE» di Tay Giuliana Palmieri, *borsista*

Ho sempre sostenuto che l'Arte, come forma di «espressione dell'essere», sia utile a guarire molti mali, nonché, a far comprendere molti mali. E' una forma di comunicazione dove le parole non sono necessarie, quindi, spesso alla portata di tutti. Un voler «esplorare»; un voler far esplodere il nostro Io interiore in un mondo esteriore; un voler «fotografare» un proprio modo di essere o di vedere. Più volte nella mia travagliata esistenza ho ripetuto questa frase: - Arte, grazie di esistere.

*Fucina dell'arte* è un laboratorio di artigianato nato al Centro Giovani Telemaco (CGT). Questo Centro è una struttura di riabilitazione e quindi di formazione e di integrazione nel mondo del lavoro. Qui sviluppai la mia idea sul voler «trasferire» ad altri ciò che avevo appreso nel corso degli anni riguardo la mia passione, appunto, per l'Arte: dalla manualità alla filosofia della manualità stessa, alla trasformazione di un hobby in un lavoro remunerato, con un concetto di produttività e quindi di responsabilità legata al nostro «fare».

Grazie all'aiuto della dottoressa Angela Prisco iniziai la bella avventura.

Come primo passo mi fu data una stanza da adibire a laboratorio e mi fu permesso di fare una lista, e quindi di comprare il materiale necessario. Il laboratorio è stato costituito da sette persone interessate o quantomeno curiose di partecipare al progetto. Iniziammo dal contatto con i materiali, spesso il tatto è importante per prendere confidenza con qualcosa di nuovo. Diedi a ognuno un pezzo di creta da tenere, schiacciare, arrotolare o passare semplicemente tra le mani; la creta come materiale è un elemento che assorbe energia e quindi utile allo scarico delle tensioni. Per i primi giorni lavorammo solo sui dati del «tatto» e sulla «sperimentazione» dei colori e degli utensili di uso. La comunicazione, l'affiatamento e la disponibilità del gruppo era notevole, di conseguenza decidemmo di passare allo scalino successivo.

Poiché il nostro intento era di creare oggetti, dai *bijoux* agli arredo casa, alla decorazione di indumenti; proseguimmo, quindi, con «l'avvio» alla creatività: da un'idea nasce un'altra idea.

Decidemmo di partire dai *bijoux*.

Con il gruppo ci mettemmo davanti ad un computer, accedemmo in internet dove iniziammo le nostre ricerche su varie figure e significati dei

simboli. Stampammo ciò che ci interessava. Nel laboratorio iniziammo, dunque, la realizzazione di medaglioni ispirandoci ai simboli e ai loro significati.

Il percorso in internet fu importante per apprendere che, tramite computer, si può accedere alle più svariate notizie e quindi incrementare la conoscenza.

Passammo poi alla lavorazione del Fimo.

Il Fimo è una pasta sintetica con una vasta gamma di colori, morbida al tatto, quindi facile da lavorare. Quando si raggiunge la fine dell'oggetto desiderato si procede alla cottura per pochi minuti in un fornello. Con il Fimo creammo collane, orecchini e oggetti d'arredo.

Iniziammo quindi a vendere questi oggetti in blocco come gadgets o anche al dettaglio. Tra l'altro, durante il periodo natalizio, al centro storico di Napoli, per strada vari artigiani espongono il loro operato e così ne propongono la vendita. Partecipai anche io a questa iniziativa con un gran successo di vendite. Inoltre un negoziante mi commissionò la realizzazione di un buon quantitativo degli oggetti da me esposti.

Ritornando al laboratorio ... passammo alla decorazione di magliette.

Dapprima, per far prendere confidenza con la lavorazione di colori su tessuto, iniziai a fare dei disegni con matita su magliette bianche, dicendo ai miei collaboratori di ripassare o riempire gli spazi con i colori per la stoffa. Ci fu un rapido apprendimento, tanto che ognuno, poi, iniziò ad inventare il proprio disegno. Le magliette furono anche usate in una rappresentazione teatrale.

Nacque anche il riciclaggio dai bijoux ai vestiti usati, resi nuovi applicando ciò che nel laboratorio abbiamo potuto sviluppare riguardo l'uso dei colori e materiali.

Insomma ... non è bello far parte di un gruppo dove si ride e si scherza mentre si lavora, senza un capo, e dove il guadagno lo si gestisce secondo il tempo messo a disposizione per la produzione e la vendita?

#### 4. UN CONTRIBUTO A MO' DI CONCLUSIONE, di Teresa Capacchione, *portavoce*

Cambiare radicalmente le condizioni di vita di un paziente psichico grave non è guarirlo e forse nemmeno migliorarlo: ma è cambiare il suo destino, ripristinare il suo diritto a vivere.

Sergio Piro 2005 p. 334.

## 1. *L'osservazione partecipante*

Nell'era attuale le buone pratiche all'interno dei servizi di salute mentale e delle residenze protette sembrano ormai affidate al ricordo lontano di una legge (L.180) che aveva dettato le linee guida per poter realizzare nuove prassi territoriali, impossibili da attuare nelle istituzioni totali che, fino a quel momento, avevano rappresentato i luoghi di «cura» dei sofferenti psichici. Prevalgono, allo stato, nella stragrande maggioranza delle strutture territoriali deputate alla cura della sofferenza, strumenti di intervento che, anziché privilegiare il rapporto con l'utenza, consistono sostanzialmente nella somministrazione farmacologica, nella riduzione della relazione operatore-utente ai controlli ambulatoriali, dilazionati nel tempo e fortemente connotati in senso medicale.

In questo clima di arretramento culturale ed ideologico, porre la relazione tra operatori ed utenti quale requisito centrale e pregnante della propria pratica costituisce già di per sé una risposta, una forma di antagonizzazione rispetto al degrado delle residenze per malati mentali.

Durante il lavoro svolto presso il «Centro Giovani Telemaco» è apparso via via sempre più evidente che proprio la relazione tra operatori ed utenti è il vero elemento propulsivo dell'organizzazione; la responsabile della struttura, Dr.ssa Angela Prisco sottolinea l'orizzontalità del rapporto che si instaura tra operatori ed utenti, in luogo dei rapporti autoritari, tipici delle istituzioni totali e psichiatriche *tout court*.

I numerosi incontri e le assemblee effettuate all'interno della struttura, ai quali hanno partecipato sia gli operatori che i ragazzi, hanno permesso di mettere a fuoco alcuni aspetti che gli operatori hanno sostanzialmente espresso come «trasformazione del proprio vissuto nei confronti dei sofferenti psichici».

In particolare per chi, come Eugenio, lavora presso il Centro da pochi mesi, viene avvertita con forza la modificazione del sentimento di paura iniziale (retaggio dei molteplici pregiudizi in tema di malattia mentale) in una protensione verso l'altro che egli definisce «amicizia» (processo eterotrasformatore prodotto dall'attività di gruppo). Gli operatori tutti, memori delle esperienze precedenti, dove il curato era, prevalentemente, colui da control-

lare e da contenere, hanno accolto con un meraviglia e stupore l'esperienza della «cura» come percorso comune, la possibilità di poter instaurare con gli utenti relazioni biunivoche, nelle quali, sovente, sono i ragazzi a divenire a loro volta curanti, relativizzando, in questo modo, ruoli, professionalità ed identità.

Affrontare, in questo scritto, la questione annosa e controversa della relazione tra operatori ed utenti in tema di salute mentale, potrebbe comportare il rischio di restare imbrigliati in una miriade di ipotesi teoriche e di pratiche terapeutiche, molte delle quali propugnano l'incarceramento in un *setting* fisso ed immutabile. Si potrebbe forse, in questo caso, commettere l'errore di voler individuare a tutti i costi una relazione ideale (nel senso della perfezione) inciampando nella stessa pietra in cui si trovò ad inciampare il positivismo con la sua pretesa di attribuire all'obiettività scientifica la garanzia della sua efficienza metodologica. Nel campo delle scienze umane vi è stato, nel '900, un vero e proprio stravolgimento in tal senso; tra i vari ambiti disciplinari mi piace ricordare come la nuova storiografia, nata alla fine del 1920, abbia contribuito a determinare la rottura del precedente paradigma, introducendo due nuovi elementi che avrebbero totalmente rivoluzionato la metodologia preesistente:

- i) L'indagine storica non avrebbe più avuto, da quel momento, come oggetto, le sole imprese dei grandi che, per così dire, avevano letteralmente «fatto la storia», ma la coralità di donne ed uomini che avevano modificato il corso delle esistenze, trasformato società, capovolti regimi etc. La ricerca storica ha escluso per molto tempo numerosi popoli dal suo contesto di studio, liquidati frettolosamente con le argomentazioni più scontate: «non aver prodotto nulla di duraturo prima dell'arrivo dei bianchi e della civiltà – lo stato selvaggio come preistoria anonima e logora, uno degli stereotipi giustificatori del *fardello dell'uomo bianco*, che sterilizzava i germi della curiosità storica, privandola preliminarmente del suo oggetto» (Monito H. 1974 p. 73);
- ii) All'obiettività scientifica veniva sostituito il concetto dell'«esser parte», della propria parzialità, come condizione imprescindibile, a partire dalla quale si poteva affrontare l'analisi di un determinato periodo storico. Entrambi questi assunti possono, a

buon diritto, essere trasportati all'interno di una pratica, quale è la «cura», in cui osservatori ed osservati sono immersi nello stesso campo antropico e fluiscono insieme, possessori entrambi di una stessa passione, la vita, che si traduce nella possibilità di *compiere un viaggio comune*.

Forse, a questo punto, il modo migliore per esemplificare l'*accadere partecipante* degli operatori, degli utenti e dei ricercatori del Centro Giovani Telemaco è dare spazio alle voci, riprese durante una delle assemblee:

EUGENIO. Io mi occupo delle attività sportive (il calcio in particolare) ed ho trovato un gruppo che aveva gran voglia di fare. Sono trascinato perché c'è entusiasmo ed io mi sento in famiglia. Sono loro che mi hanno dato molto perché parliamo, comunichiamo e ci scambiamo esperienze. Qui ho trovato il mondo; la gente fuori corre e non ascolta, ha perso il senso del tempo....

GIULIA. Si vive molto la dissacrazione sulle cose e questo vale anche per gli operatori. Se qualcuno di noi non si sente bene non c'è alcuna enfasi, si sta vicini, ma si cambia anche discorso..... non ci si applica sulla malattia.

ANGELA. L'utente può star male, ma, a volte, anche l'operatore può avere problemi ed allora gli utenti gli danno una mano.... È una sorta di self-help istintivo.

GIULIA. Io sono stata in tanti posti nei quali non mi sentivo considerata, qui mi è capitato più volte di parlare con gli operatori dei loro problemi...

MIMMA. Io lavoravo in fabbrica e facevo la sindacalista, mi rispettavano, ma l'umanità che c'è qui non l'avevo mai trovata. Ho fatto lotte nel sociale con il Dott. Perrino, il Dr. Carrino ed eravamo come fratelli e sorelle, solo mente e cuore. Come dicono dalle mie parti «quello che si vede con gli occhi non ci vogliono gli occhiali» e qui si vede..... a cominciare dal cibo che viene preparato nella struttura tenendo presente le esigenze di ognuno. La responsabilità ce l'hanno, ma non te la fanno sentire.

GIULIA. Quando usciamo spesso offrono e non sono tenuti.

SALVATORE. Sì, è vero, a volte paghiamo noi, ma capita anche che gli utenti ti dicono di no e vogliono offrire loro. Si crea sempre meno differenza rispetto ad un gruppo di amici e quando fai qualcosa è perché ti fa piacere. Sono tre anni che lavoro qui e fin dall'inizio mi sono sentito in famiglia, non è come una fabbrica. Senza volere ritrovi valori che avevi perso. Ho effettuato turnazioni in altri Centri e anche altrove trovi persone vive, qui si vive, perché hai un'esperienza a 360 gradi e non ti pesa più. Ci sono cose, quali il gioco, che non ho trovato altrove e che mi ha formato.

ANGELA. Sul concetto di valore ci lavoriamo da sempre, perché in genere si esprime ciò che si è, soprattutto in un luogo dove non svolgi il turno di sei ore e poi ti organizzi la vita fuori, ma dove scoppiano continue contraddizioni, da affrontare quotidianamente. Qui sei costretto a comunicare e questo può anche far piacere, ma costa in termini di trasformazione. È una relazione che produce salute mentale e non si sofferma sulla malattia. L'accoglienza è affettiva, ma poi sono frequenti i conflitti nei confronti di atteggiamenti che possono produrre sofferenza (chiarimento della relazione).

EUGENIO. Io non riesco a vedere cose negative, forse non ne sono consapevole. Posso notare un ritardo negli appuntamenti, ma non riesco a comprendere l'organizzazione di certe strutture basate esclusivamente sull'ordine.

GIULIA. Ma quelle sono di vecchio stampo.

UMBERTO. Una critica è, a mio parere, il fatto che la dirigenza sia costretta a richiamare operatori che si adagiano. Questo è un luogo unico in cui operare. Nel contesto del CSM non siamo guardati con benevolenza e dobbiamo sempre dimostrare che siamo unici. Qui non c'è protezione ed anche il concetto di amicizia tra operatori ed utenti mi lascia perplesso. Per me l'amicizia è complicità ed io non posso essere complice dei ragazzi perché potrebbero chiedermi cose che io non posso fare nel loro interesse.

EUGENIO. Lasciamo stare l'amicizia, ma in ogni caso si istaura con loro un legame forte che non saprei come definire.

ANGELA. Se sono amico e dò privilegi mi ritrovo nei guai perché rischio di agire per compiacimento; meglio un rapporto sincero in cui diamo quello che siamo perché questo atteggiamento consente un maggior senso di equilibrio e assenza di inutili forme di gratificazione.

GIULIA. Tu ne fai un fatto logico, ma l'amicizia e l'amore non sono logici, non possiamo fare un'analisi perché così facendo limitiamo un'emozione.

ANGELA. Non bisogna trasformare la relazione persona – persona in amicizia perché l'operatore è un educatore che dovrebbe essere capace di rendere consapevole il curato di quello che è. È evidente che per fare questo non può funzionare la sola motivazione lavorativa, ma è necessario divenire una sorta di alchimista perché può succedere qualunque cosa... è un lavoro di pionieri.

GIULIA. Lei è la mia dottoressa o un'amica?

ANGELA. Nel mentre tu ti conosci anche io imparo a conoscermi. Teoricamente deve essere praticata l'umiltà perché l'altro possa uscire fuori. Noi dovremmo avere quella forma di maturità che deriva dall'esperienza; nella nostra imperfezione c'è salute mentale.

SALVATORE. A me piace essere amico dei ragazzi e mi metto alla pari con loro. Non mi sento obbligato però a dargli tutto, so anche dire di no.

ANGELA. Non siamo unici perché siamo amici, ma perché istauriamo con gli utenti un rapporto persona-persona. Questa struttura ha sei anni di vita e il nostro obiettivo rimane quello di migliorare la condizione culturale di partenza, superare l'ignoranza per consentire una migliore espressione di sé. Avere cinque diplomati OTA, due iscritti alle scuole pubbliche ed un O.S. mi fa piacere perché la società è competitiva e decidere di avere una qualifica è un segnale che si è disposti a competere.

STEFANIA. Mi sto emozionando per ogni intervento, perché oggi posso dire che sto bene e che ho imparato tanto dalla vita.

ANTONELLA. Io sono molto aiutata. Come farei da sola a casa? Non so cosa sarà per me il futuro, ma oggi posso dire che per me è importante.

ANNA. Qui ho trovato sia l'amicizia che l'amore.

È una coraltà di concezioni diverse che si intrecciano, di «mentalità», termine che non ha mai svolto alcuna funzione in psicologia, che non fa parte del vocabolario tecnico dello psicologo, utilizzato frequentemente con connotazioni negative (la mentalità araba, indù, del prigioniero etc) e che, purtuttavia, si colloca e informa dei sistemi doxico-ideologici locali, là dove convergono l'individuale ed il collettivo, il tempo lungo ed il quotidiano, il marginale e il generale. La mentalità indica la tonalità collettiva, il pensare e sentire di un popolo, di un certo gruppo di persone etc., è il succedaneo popolare della *Weltanschauung* tedesca: la visione del mondo, universo mentale stereotipato e caotico ad un tempo.

#### b. *Prospettive del gruppo*

Il processo eterotrasformativo con la conseguente relativizzazione del proprio ruolo istituzionale crea una *fissure*, uno iato, un'interrogazione che sostituisce la monolitica identità precedente e dà vita, con un'opportuna formazione, ad una transpersonalizzazione, cioè al mutamento significativo di coloro che sono detti «curati». La *fissure*, l'interrogazione, la breccia che si crea nel loro ruolo istituzionale (non possiamo qui dimenticare la iatrogenicità delle istituzioni totali e le conseguen-

ti psicopatologie che hanno spesso rappresentato, alla chiusura dei manicomi, l'unica traccia di una sofferenza psichica ormai codificata) è l'elemento che può dare vita ad un processo auto-trasformatore, che può dare nuovamente voce alla ribellione, senza che essa sia espulsa come malattia e la malattia soffocata come ribellione. In questo senso anche i rapporti più naturali si deformano. Chi doveva essere difeso diviene l'offeso. Un esempio emblematico è l'uso degli psicofarmaci di cui si è ampiamente detto nel corso di questa ricerca: l'uso *sociale* dei farmaci psicotropi consente al medico di difendere se stesso dal malato e fa del paziente una persona indotta a difendersi da ciò che è in lui più urgente e vivo. L'utente impara presto ed, a sue spese, che c'è un modo artificiale, mediato, di porsi in rapporto con la realtà, un modo che non ha a che fare con l'impegno e la lotta solidale, ma con la fuga solitaria nel farmaco o nella droga. Quando l'agente chimico lo avrà ridotto alla conformità, cioè all'auto repressione, egli sarà tollerato. Poco importa che l'inquietudine, la rabbia, l'aggressività stiano a simboleggiare la domanda d'aiuto di chi teme di non esistere, ciò che importa è l'ordine ed il controllo sociale.

Indimenticabili ed eloquenti sono in tal senso le parole di Maccacaro:

«Quando avremo soffocato questo grido, quando la protesta sarà afona, l'aggressività repressa, l'inquietudine spenta, la sofferenza muta: quando finalmente creeremo di poterci ascoltare l'un l'altro non resterà più nulla da dirci: soltanto un vuoto silenzio nel quale risuoni la voce del potere» (Maccacaro G. 1979 p. 255).

L'esperienza condotta fino a questo momento nel gruppo descritto forse autorizza chi scrive a lanciare uno sguardo sul futuro prossimo.

Al momento la «riabilitazione» e la convivenza paritaria nel progetto «Telemaco» sembrano essere funzioni di un progetto pilota riservato ad un numero ristretto di «pazienti».

Ogni esperienza che nasce in ambito psichiatrico, non potendosi qualificare come neutra, finisce per svolgere un ruolo di anticipazione o di arretramento. In questo senso è significativa l'affermazione di Basaglia:

«Il rapporto istituzionale nel quale aumenta vertiginosamente il potere puro del medico (non è più neppure necessario che sia potere tecnico), proprio perché diminuisce vertiginosamente quello del malato che, per il fatto stesso di essere ricoverato in un ospedale psichiatrico, diventa – automaticamente – un cittadino senza diritti, affidato all’arbitrio del medico e degli infermieri, che possono fare di lui ciò che vogliono, senza possibilità di appello. Nella dimensione istituzionale, la reciprocità non esiste, né la sua assenza viene in qualche modo mascherata. E’ qui che si vede – senza veli e senza ipocrisie – ciò che la scienza psichiatrica, come espressione della società che la delega, ha voluto fare del malato mentale. Ed è qui che si evidenzia come non sia tanto in gioco la malattia, quanto la mancanza di valore contrattuale di un malato, che non ha altra alternativa per opporsi che il comportamento abnorme» (Basaglia F. 1968 p. 121).

Ora appare chiaro che il solo modo di sviluppare i discorsi paritari e sulla parità nati nel gruppo, il solo modo di accelerare e di rendere stabile il processo trasformazionale avviato è quello di spingere affinché si costituisca una associazione di pazienti che sia esterna alla salute mentale e che si inserisca nel territorio.

Provando ad esemplificare secondo uno schema che dia per acquisite le prime due fasi:

- i. fase dell’antagonizzazione del riduzionismo psichiatrico con l’apertura del centro associativo e dell’esperienza paritaria;
- ii. fase dell’implementazione dell’esperienza con la partecipazione alla ricerca in corso: ulteriore presa di coscienza del ruolo non marginale degli assistiti con il passaggio per una di loro dal ruolo di promotrice di un laboratorio a quello di ricercatrice, si può puntare alla seguente fase di propulsione:
- iii. allargamento dell’esperienza ad altri membri del gruppo che possano proporsi come futuri ricercatori.

La condizione di ricercatore modifica radicalmente il destino del singolo perché permette l’irruzione di forme autonome d’esistenza collegate strettamente al trascendimento nel valore. Nelle culture non occidentali, da molte ritenute primitive, il gruppo presta grande attenzione affinché nessuno dei suoi membri viva una condizione di emarginazione, al di fuori del flusso della storia, come direbbe Ernesto De Martino. Significativo in tal senso è quanto accade, ad esempio nel culto bori, diffuso tra gli Hausa del Ni-

ger, che riguarda soprattutto le donne sterili; una donna bori, grazie al suo ruolo sociale, annulla la sterilità biologica attraverso la fecondità rituale e il segno negativo della mancata maternità diventa irrilevante di fronte alla positività e «normalità» del suo ruolo religioso e sociale. Inoltre, sul piano culturale, la donna è l'unica protagonista, dal momento che la presenza maschile è limitata al griot-musicista e all'immolatore degli animali sacrificali. Molti altri esempi indicano inoltre la possibilità, per le donne, di comunicare, attraverso la possessione, le loro esigenze, per lo più materiali, ai loro congiunti. Uscire dal ruolo è divenire posseduti, non limitarsi ad essere custodi del mandato sociale:

«Avvolta in un djellaba bianco teneva gli occhi bassi... Il pudore consiste in quello! Non guardare il marito in faccia, non sostenere il suo sguardo per sottomissione, per dovere, raramente per rispetto o a causa di un'emozione». (Jelloun T. B. 1985, trad. it. 1992 p. 53).

In questo senso il *self-help* assume un significato trasformativo pregnante!

Divenire posseduti è assumere un ruolo sociale paritario, di rilievo, è passare dalla condizione di «tollerati» a quella di soggetti sociali contrattuali, in grado di affermare e pretendere i propri diritti.

Un'ipotesi di continuazione della ricerca per questo gruppo potrebbe essere dunque la seguente:

- Studio sulla possibilità di costituire un'associazione di utenti che si allontanino dalla salute mentale.
- Diffusione territoriale dell'esperienza di *self help*, nella quale dovrebbero avere un ruolo di primo piano gli operatori del terzo settore.
- Formazione degli operatori tutti (istituzioni e terzo settore, utenti)
- Depsichiatriizzazione reale del territorio e delle istituzioni di salute mentale con definizione del livello o dei livelli di relazione tra istituzione e associazioni territoriali.

Cap. VI: GRUPPO SEI  
STUDENTI UNIVERSITARI  
PUNTO INTERROGATIVO DI UN'EPOCA

A. Primo sub-rapporto di ricerca:  
Esperienze didattiche alternative  
(la Scuola diadromico-trasformazionale)  
di

Angela De Lisio, Gennaro Fatigati, Filomena Milite e Paola Santoro<sup>1</sup>

1. INTRODUZIONE

a. *Un appunto storico*

Il complesso esperimento didattico nel campo delle scienze antropologiche trasformazionali, iniziato da Sergio Piro alla fine degli anni settanta in pubbliche strutture psichiatriche, ha fasi successive e denominazioni diverse: dal 1980 al 1985 costituisce la *Sezione di sperimentazione didattica* del Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane (Amm. Provinc. di Napoli; dal 1982 S.S.N Usl 41 della Campania; dal 1995 Azienda Sanitaria Locale Napoli 1); nel 1985, iniziata l'attuazione dell'esperimento didattico organizzato, la *Sezione didattica* diviene Scuola sperimentale [denominata *Scuola sperimentale semantico-connessionale* (1985) e poi *Scuola sperimentale semantico-antropologica* (1989) e poi ancora *Scuola sperimentale antropologico-trasformazionale* (1992)]. L'esperimento viene dichiarato concluso nel 1998 e interrotto nel 1999 nella Asl Napoli 1. Riprenderà alla fine del 1999 presso la Fondazione *onlus* Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane che sarà progressivamente istituita e avrà sede principale nell'ex Ospedale psichiatrico di Nocera Inferiore e succursale operativa a Napoli presso il Centro Culturale La Città del

<sup>1</sup> Il lavoro spetta in parti eguali ai quattro Autori. L'uso terminologico e l'adesione stilistica sono stati curati da P. Santoro in qualità di monitorice del gruppo.

Sole con il nome provvisoriamente definitivo dal 2002 di *Scuola diadromico-trasformatzionale*. Per convenzione e semplicità s'indicherà in questo scritto con il nome di *Scuola sperimentale antropologico-trasformatzionale* la fase sperimentale fra il 1985 e il 1998 e con il nome di *Scuola diadromico-trasformatzionale* la fase fra il 1999 e il momento in cui questo rapporto viene scritto.

b. *La Scuola sperimentale antropologico-trasformatzionale (1985-1998)*

Dell'estesa sperimentazione didattica (*Scuola sperimentale*) iniziata nel 1985 e conclusa formalmente nel 1998 (con un prolungamento operativo fino alla primavera 1999), si riporta qui una breve sintesi tratta da una pubblicazione esplicativa destinata agli studenti del corso preparatorio, scritta nel 1997 da un'Allieva del secondo anno:

«La *Scuola sperimentale antropologico-trasformatzionale* di Napoli è una complessa sperimentazione didattica nel campo delle scienze umane, con particolare riguardo alle discipline psicologico-psichiatriche e alla pedagogia. Aperta a operatori e ricercatori di qualunque campo, la sua maggiore utilità, se una ve ne è stata, sembra essersi dimostrata per i medici psichiatri, per gli psicologi clinici, per gli insegnanti. Tuttavia anche ricercatori nel campo della psicologia sperimentale, della linguistica, dell'antropologia culturale sembrano aver tratto vantaggio da questo tipo di formazione.

La Scuola è inserita fra le strutture del servizio sanitario nazionale... è completamente gratuita, dura cinque anni (un corso preparatorio aperto e due bienni a numero chiuso); non è facile sul piano disciplinare, è notevolmente coinvolgente ed aspra sul piano personale; impone soprattutto dal terzo anno in avanti, una presenza pomeridiana molto fitta da settembre a giugno. ... Le notizie sulla Scuola sperimentale antropologico-trasformatzionale di Napoli sono raccolte in una cinquantina di pubblicazioni (libri e saggi)...

Il programma sperimentale della Scuola comporta la connessione progressiva di tre livelli operazionali inizialmente molto diversificati. Esso consiste infatti: in un'intensa *preparazione teoretico-teorica*, in una serie di *esercitazioni connessionali*, in un'esperienza di *fluenza d'espressione* (livello personale)... Per gli allievi, rimanere come docenti dopo il diploma e contribuire a costruire l'edificio nuovo della metodologia antropologico-tra-

sformazionale, implica una continua partecipazione alle attività scientifiche e una costante messa a punto del proprio agire » (Zonzi M. T. 1997, riportato da Piro S. 2005 p. 324-325).

Da un altro scritto riassuntivo si riportano altre sintetiche informazioni sul modo di funzionare della scuola sperimentale:

«... Gli allievi del secondo e terzo anno svolgono (con progressivo allenamento fatto all'interno del proprio gruppo) attività di docenti (preparazione teorica) ed esercitatori (esercitazioni connessionali); dal terzo anno in avanti possono essere utilizzati come conduttori del gruppo di fluenza d'espressione per i gruppi successivi. Gli allievi esercitatori debbono preparare, in momenti diversi dalle sessioni comuni, le esercitazioni da far svolgere all'interno del proprio gruppo o dei successivi... La scuola è organizzata su un arco di cinque anni: un anno preparatorio e due bienni di partecipazione ai gruppi sintelici; l'anno scolastico dura dal 1° settembre al 30 giugno successivo. La Scuola si svolge in un arco di tre anni (percorso generale) o di cinque anni (percorso sperimentale). Il percorso generale consta di un corso preparatorio di un anno e di un biennio di formazione generale ad indirizzo antropologico-trasformazionale. Il percorso sperimentale prevede la frequenza di un successivo biennio di approfondimento teorico e di preparazione professionale alle attività trasformazionali di tipo didattico e/o della cura... Il lavoro della scuola è organizzato in giornate e sessioni. Le sessioni durano 85 minuti... Una giornata ha due o tre sessioni: il corso preparatorio ha finora avuto due sessioni settimanali in un'unica giornata; gli altri anni si sviluppano su due giornate di due sessioni; una giornata di tre sessioni è utilizzata soprattutto per le attività di connessione fra i vari gruppi e dunque dagli organi centrali della scuola... Gli allievi possono chiedere di rimanere stabilmente nella Scuola per la ricerca e per l'insegnamento: divengono ricercatori (cioè membri permanenti) tutti gli allievi che, superato il primo biennio, ne abbiano fatto domanda e siano stati accettati dal *Collegium* dei ricercatori» (Piro S. e Mancini A. in P. 1997 pp. 513-515).

L'obiettivo principale di quella sperimentazione era quello di realizzare un *apprendimento connessionale* (cioè non frammentato, non segregato, non monotropico) per ricercatori ed operatori, nel campo delle scienze umane applicate (inclusa la parte antropologica della medicina) e dell'insegnamento, che fosse più vasto e connesso della formazione pubblica nel campo psicologico-psichiatrico allora corrente in Italia, che fosse capace di superare per

cambiamento e ampliamento di sistema doxico-ideologico, per l'acquisizione di un'estesa consapevolezza semantica e per la formazione di un abito mentale connessionale, la schizofrenia didattica fra una formazione disciplinare segregata nel pubblico e una formazione personale appaltata al privato e tutte le analoghe forme frammentative nel campo pedagogico, sociologico e antropologico. Conseguentemente, questo apprendimento doveva essere atto ad essere utilizzato nell'intero campo delle scienze umane, atto cioè a porre in definitiva continuità la ricerca scientifica, il lavoro e la vita e atto ad essere «realizzato totalmente nei pubblici servizi» (Piro S. 1993 pp. 283-284).

Dai documenti scientifici agli atti risulta che nei quattordici anni dell'esperimento circa 205 persone frequentarono il corso preparatorio del primo anno; 106 persone superarono l'esame di ammissione al II anno e furono iscritte alla Scuola; 86 furono ammesse al III anno; 58 conseguirono il titolo finale, completando il corso (inclusi gli Allievi del gruppo Sette che dovette arrestarsi al diploma del III anno). Dunque una sperimentazione vastissima.

Il rapporto principale di ricerca (Piro S. 1999) riporta i dati quantitativi e qualitativi dell'andamento della Scuola:

«... lo scrivente ritiene che:

- il modello che si è realizzato nei Gruppi Zero-Uno-Due-Tre sia conforme al Programma di ricerca e mostri anche una discreta adesione degli allievi alla teoresi diadromico-trasformazionale;
- il modello che si è realizzato nei Gruppi Quattro-Cinque-Sei non sia conforme al Programma di ricerca e mostri un rifiuto secco della teoresi diadromico-trasformazionale, nonché un'inclinazione di ritorno ai modelli psicoanalitico-relazionali o, in genere, psicologici» (P. 1999 p. 54).

Infine quel rapporto di ricerca riporta:

- i. un risultato soddisfacente e conforme al programma iniziale per quanto riguarda la sperimentazione didattica dei primi sei gruppi quinquennali (4 di Napoli, cioè da Zero a Tre; 2 di Orzinuovi, cioè da Due a Tre), corrispondenti ai primi 10 anni di sperimentazione;
- ii. una rapida flessione di risultato nei due gruppi successivi (Quattro e Cinque) sia sul piano delle nozioni che su quello della trasformazione personale;

- iii. un risultato presso a poco disastroso nel gruppo Sei;
- iv. un'inversione di tendenza nel gruppo Sette che durò però solo tre anni (diploma inferiore) in relazione alla sospensione di tutta l'attività della Scuola nel 1999: questo miglioramento finale coincide con un ritorno di docenti dei gruppi precedenti compreso lo stesso Piro.

Il modello elaborato negli anni sessanta-settanta, messo in pratica negli anni ottanta, in crisi nella seconda metà degli anni novanta, viene stravolto dalle analisi e dagli studi di Piro (1999, 2001, 2005) e Mancini (1997-98, 1998, 2002): nelle esperienze dal 1999 in avanti (compresa questa e non secondariamente) l'ispirazione e le procedure sono notevolmente diverse.

## 2. LA SCUOLA DIADROMICO-TRASFORMAZIONALE (dal 1999)

### a. *Il transito*

Le attività preparatorie degli anni 1999-2002 per una sperimentazione didattica legata agli orizzonti antropologici, culturali, politici, ideali di questo grado epocale furono condotte da un piccolo gruppo del personale della vecchia *Scuola sperimentale* (Erri- co E., Mancini A., Piro S., Santoro P.; occasionalmente Capac- chione T., Corrivetti G., Nunziante L.).

Ebbe particolare rilievo in quegli anni un'estesa e complessa attività di preparazione verso il *self-help* e verso l'istigazione all'au- tonomia dei soggetti psichiatrizzati per personale dei servizi di sa- lute mentale, volontari, familiari, studenti nell'ambito della Fon- dazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane (Napoli, Città della Scienza, 1999-2000; Nocera Inferiore, unità operativa di salute mentale 2000-2002). Su questo tema vedi: Mancini A. 2002.

Ma la riorganizzazione di un esperimento didattico ben orga- nizzato, come era quello interrotto nel 1998, richiedeva non so- lo un programma nuovo nell'orizzonte di un tempo mutato, ma anche un cambiamento dei destinatari: sembra che in quel mo- mento Piro e Mancini non fossero più interessati a un'ortopedia

linguistica, culturale e politica dei ceti professionali del mondo *psy*, all'attività sociale e all'insegnamento, ma alla prevenzione della *stenonoia* (alla lettera: mentalità ristretta) nelle persone che sono ancora coinvolte nel percorso principale della formazione: l'Università. D'altra parte la loro tattica nella formazione istigativa al *self-help* è tutta centrata sul superamento delle identità professionali forti.

Il contatto di Sergio Piro, di Antonio Mancini e di Paola Santoro della vecchia Scuola sperimentale antropologico-trasformativa con gli studenti di medicina della Seconda Università di Napoli a cui appartengono 3 degli autori della presenta ricerca avvenne nel 2001 in occasione del Maggio degli Studenti: la discussione che seguì in quella sede a uno spettacolo teatrale che trattava del destino dei pazienti psichiatrici (*Maddalena* di Fortunato Calvino) aprì in molti degli studenti un'ondata di struggente interesse. Il successivo 4 luglio 2001 vi fu un incontro scientifico fra la Scuola e il Direttivo del Maggio degli Studenti: si decise di creare la possibilità di un approfondimento sistematico dell'argomento presso la sede napoletana della Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane *onlus* che aveva sede principale in Nocera Inferiore. In una successiva riunione del 29 settembre si decise di avviare una forma sistematica e finalizzata di sperimentazione didattica, che costituì una fase del tutto nuova (*fase diadromico-trasformativa*) della *Scuola sperimentale antropologico-trasformativa*.

### b. *La differente impostazione*

La differente impostazione metodologica, rispetto alla vecchia *Scuola sperimentale antropologico-trasformativa*, è immediatamente delineata dalla caduta delle barriere neodisciplinari di quella: lezioni teoriche, esercitazioni connessionali e libera discussione s'intrecciano continuamente nel Corso preparatorio 2001-2002 e nel secondo anno 2002-2003 e non sono separate da orari, formalità e meccanicismi come nei grossi gruppi della vecchia Scuola. Il gruppo piccolissimo (dopo qualche tempo nel Gruppo A gli elementi stabili rimangono 6: 3 studenti e 3

docenti) permette una notevole elasticità relazionale e discorsiva, senza mai togliere il carattere di duro lavoro al processo di apprendimento e mutamento concettuale. Gli aspetti operativi sono sottoposti ora alle esigenze del flusso trasformazionale complessivo in una direzione che diviene, inesorabilmente, quella dell'ampliamento degli orizzonti conoscitivi e del superamento delle barriere conoscitive iniziali e successive.

Ma ancor più la differente impostazione metodologica si rivela nella rinuncia al concetto di una scuola alternativa rispetto a quella ufficiale: il progetto sembra piuttosto essere quello di procedere derivando apprendimento e apertura d'orizzonti conoscitivi direttamente dall'ampliarsi e dal continuo sospingersi delle concezioni del mondo (dei sistemi *doxico-ideologici* nel linguaggio proprio della concezione diadromico-trasformazionale), ricombinandovi gli elementi utili o necessari della formazione universitaria corrente.

### *c. La sperimentazione didattica e la pratica della ricerca*

Già al passaggio fra il Corso preparatorio 2001-2002 e il secondo anno 2002-2003 compare evidente che la sperimentazione non può più ridursi all'autosperimentazione (noetico-noematica e patematico-transferale) di un gruppo, che è destinata a incarcerarsi in un ambiente limitato.

Ciò non avviene sul piano della sperimentazione didattica *sensu strictiori*, dove ogni sorta di *sintematica* (dalla socio-psicogenesi alla narratologia, alla metrica, alla neurobiologia ipotetica come il trapianto del cervello, etc.) viene allusa, utilizzata, sovvertita nelle esercitazioni, e il discorso teorico affronta come temi prevalenti l'epistemologia delle scienze umane, la linguistica, la paleo-antropologia, il parallelismo fra evoluzione genetica ed evoluzione linguistica, la diadromica trasformazionale, etc. Incombente è il discorso sulla sorte della specie, sulla guerra, sulla globalizzazione, sui diritti, sulle tensioni di eguaglianza, giustizia e libertà dei popoli.

Invece per quanto riguarda la pratica della ricerca antropologica, l'osservazione del gruppo non può limitarsi ad avere come oggetto il gruppo stesso: questo era il limite principale, psicoanalitico e formatore di psicoanalismi, della precedente sperimentazio-

ne secondo Piro (2006). Già subito gli studenti universitari della Scuola diadromico-trasformativa debbono entrare in una dimensione sperimentale esterna al gruppo: è questo un apprendimento totalmente assente nella situazione universitaria locale in cui essi si trovano, una modalità che deve essere necessariamente istituita perchè l'esperienza diadromica sia realizzata.

A partire dal 24 ottobre 2002 gli allievi della Scuola sperimentale incominciano a seguire il corso di preparazione e le riunioni propositive e programmatiche della Ricerca esposta dettagliatamente in questo libro, che veniva allora condotta dalla sezione didattico-sperimentale della Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane *onlus*, nella sede napoletana di Palazzo Spinelli. Con le successive riunioni del 24 ottobre 2002, 19 novembre 2002, 10 dicembre 2002, 16 dicembre 2002 appare chiaro che, nella ricerca che va organizzandosi e preparandosi (ancora senza l'egida della Regione Campania), gli Allievi della Scuola si costituiranno in modo organico come uno dei gruppi attivi della ricerca, sposando ulteriormente teoria e pratica nel modo che questo libro estesamente espone (cfr. anche Piro S. 2005 cap. VI). Dal gennaio 2004 la ricerca *Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica* è finanziata dalla Regione Campania (promozione ricerca scientifica L.R. 28/3/2002 n. 5, Assessorato Ricerca Scientifica), ciò che determina una forte espansione del campo osservazionale e sperimentale, la partecipazione alla ricerca con borsa di studio dei soggetti psichiatrizzati come ricercatori, la pubblicazione dei risultati e altri vantaggi pratici e istituzionali.

Negli anni scolastici 2002-2003 e 2003-2004 gli scriventi parteciparono al corso preparatorio (di cui si dice nel capitolo introduttivo di questo libro) e curarono i loro contributi, ora pubblicati in questo volume. Ma soprattutto praticarono fino a ora, relativamente al lavoro di tutti i ricercatori, quell'*osservazione partecipante* che costituisce l'allenamento e la pratica di questo modo del ricercare. Il vantaggio di formazione sperimentale fu, a loro giudizio, grandissimo e del tutto alternativo al modo universitario. Fra modo universitario e modo di questa ricerca v'è sicura complementarità di argomenti, di temi e di livelli dell'apprendere e v'è per loro un'altrettanta evidenza di una stringente necessità di ciò che di alternativo essi hanno praticato ed appreso.

#### d. *Questo scritto*

Su un piano formale, interno alla Scuola, questo breve e semplice scritto è il resoconto quasi stenografico di una discussione che si formalizza come conclusione del primo livello (conseguimento della *Charta initialis* che nella vecchia Scuola chiudeva il terzo anno, mentre qui sono stati necessari più di quattro anni, essendo stato il lavoro molto più esteso e complesso, peraltro svolto in contemporanea con un *cursus* universitario di Medicina molto pesante). La lunga e approfondita discussione è stata monitorata, fra gli scriventi, da Paola Santoro che aveva conseguito la *Charta initialis* della vecchia Scuola nel 1998, ma non aveva mai potuto conseguire la *Charta finalis*. Così è possibile che, se si lavorerà molto nei prossimi due o tre anni, i quattro autori di questo scritto potranno insieme completare un'esperienza che non ha più formalizzazioni accademiche, non serve a vantaggi di carriera, né a realizzare alti profitti professionali, ma apre vie di ricerca scientifica (e dunque anche personale e sociale e politica). Anche la possibile durata è sperimentale: la coincidenza della Ricerca «*Prassi trasformazionali...*» con gli anni alti della formazione universitaria e il conseguente obbligo a uno studio tradizionale intensissimo riduce molto la possibilità di incontri teorici e di esercitazioni connessionali propri della scuola (negli anni scolastici 2003-2004 e 2004-2005 non ve ne saranno più di una ventina). Ma la scelta della partecipazione attiva a una ricerca vera (diversissima dalla *stenonoia* delle tesi di laurea) sembra un vantaggio decisivo agli studenti e ai docenti. Il *triennio iniziale* della vecchia Scuola sperimentale diviene un quadriennio. E gli autori (e nemmeno i docenti) non hanno idea di quanto potrà durare il biennio conclusivo.

### 3. CONSIDERAZIONE FINALI E PROVVISORIE

Di quello che gli autori hanno appreso in questi anni sul pensiero di Sergio Piro e sull'ordinamento che ne fa Antonio Mancini, si vorrebbe qui tentare una esposizione parziale e ridotta, ma sincera e realistica.

La lettura degli autori non può affrontare per ora la fitta serie delle argomentazioni diadromico-trasformazionali, nel loro concatenarsi complessivo come è stato esposto nel libro di Piro del 2005. Ma essi si sono mossi in parametri che sono centrali: si tratta di una variante efficace e diretta della tesi che, nell'area delle scienze (malamente) dette umane, quello che conta è quello che tu fai con le persone, è quello che determini con il tuo agire, è il rispetto praticato dell'altrui libertà e degli altrui diritti, la «cura» del loro destino. Questa semplicità apparente non impedisce la riflessione teoretica, né blocca l'analisi epistemologica, ma obbliga a una verifica continua del senso del tuo agire, del senso dell'altrui risponderti, del senso della situazione antropica di relazione che si determina nell'incontro di esistenze.

Nel suo linguaggio apparentemente semplice e bonario, questo concetto si riallaccia a una visione ben diversa da quella psicogenetica e psicoanalitica (retroattiva e passeistica) che ha dominato il novecento: qui la scoperta di se stessi non sta nel passato singolare, bensì nelle possibilità multiple del futuro. È la variante personale ed originale di una impostazione antropologico-esistenziale e/o psico-sociolinguistica non derivata dalla speculazione o dalla metariflessione, ma prodotta direttamente dalla pratica trasformativa del lavoro con la persona che soffre, che è stravolta dall'angoscia, che ha perso il senso del futuro, cioè del possibile come possibile.

È venuta anche a questo gruppo di studenti la critica di qualcosa che molti chiamano *potere* e Piro chiama *guerra* (anche a livelli di singoli o gruppi ristretti), ma i termini potrebbero scambiarsi fra loro. Vi è qui, a proposito della guerra un collegamento importante con la problematica dell'*identità* che per tanti è una cosa buona e per coloro che scrivono è, con Piro, cosa pericolosissima, un'invenzione del Demonio. La ristrettezza mentale (*stenonoia*) rimane in questo grado epocale come nel precedente, il male maggiore per chi vuole aprirsi al mondo.

Altri studenti hanno incominciato, con la guida ottimistica di questo gruppo, lo stesso cammino. Gli autori di questa relazione concordano filosoficamente con l'ottimismo a freddo di Sergio Piro: a dispetto di tutto, forse la nostra specie sopravviverà e con essa anche la variante antropologica degli studenti universitari.

B. Secondo sub-rapporto di ricerca: Studenti  
universitari nel mondo  
(studenti israeliani e studenti palestinesi)  
di  
Gennaro Fatigati e Filomena Milite

1. PREMESSA

Il degenerare del conflitto arabo-israeliano nel 2002 (iniziato nel 2000 con la seconda Intifada), l'assistere ogni giorno a morti palestinesi per rastrellamenti israeliani e morti israeliani per kamikaze palestinesi, l'orrore per questa guerra, l'ansia e l'angoscia che qualcosa di ancor più terribile potesse accadere, ha spinto noi, un gruppo di studenti di medicina, a non essere semplici spettatori ma a scendere in campo, prima di tutto capendo e approfondendo gli argomenti della guerra nella storia dell'individuo e poi, conseguentemente, concretizzando il tutto attraverso azioni pratiche.

Animati quindi da quella volontà che oscilla tra ingenuità e «ottimistica» voglia di fare, sempre consapevoli della poca attendibilità delle notizie apprese da giornali e telegiornali, abbiamo cercato di capire e apprendere direttamente e senza filtri, le paure, le perplessità, i punti di vista, la convivenza di chi la guerra l'affronta e la subisce giorno per giorno.

L'intento fondamentale che ci eravamo prefissati era quello (lo è stato e lo è tutt'ora) di non avere pregiudizi nei confronti di alcun popolo, di rispettare e ascoltare nella massima neutralità.

Il primo contatto lo avemmo con l'Associazione Asso-Pace che ci mise a disposizione molte informazioni e ci aiutò ad instaurare rapporti con Gerusalemme attraverso una loro postazione ubicata in quei luoghi.

La signora Diana Pezza Borrelli, presidente dell'Amicizia ebraico-cristiana di Napoli, una vita spesa per l'impegno al dialogo, ci mise in comunicazione con la giornalista e scrittrice Manuela Vitali Norsa Dviri che dopo l'uccisione del figlio si è prodigata nella tessitura di un dialogo di pace tra israeliani e palestinesi. Carichi di entusiasmo pensammo di offrire a giovani studenti

universitari italiani, israeliani e palestinesi la possibilità di conoscersi, progettare e lavorare insieme per la pace, di ascoltare da vicino e senza filtri la realtà di vita dei due popoli.

Coinvolgemmo Università, Regione Campania, associazioni e singoli cittadini e organizzammo un progetto-dialogo, che prevedeva:

- ✓ la raccolta di farmaci da destinare alle strutture ospedaliere del territorio palestinese (solo perché in quel momento e ancora oggi è il popolo che ha un bisogno economico più impellente);
- ✓ l'organizzazione di un incontro/dialogo sulla questione mediorientale tra studenti israeliani e palestinesi;
- ✓ la presentazione di progetti attivati a sostegno della popolazione palestinese e di quella israeliana;
- ✓ l'assegnazione di due borse di studio stanziate dalla II<sup>a</sup> Università degli Studi di Napoli e finalizzate alla formazione presso lo stesso Ateneo a favore di uno studente palestinese e di uno studente israeliano.

## 2. PROGETTO DIALOGO

La fase iniziale di questa protensione fu un convegno sulla questione mediorientale, dal titolo *Progetto dialogo*, a cura del Comitato per le Attività Culturali Formative Autogestite dagli Studenti della II<sup>a</sup> Università di Napoli, che si tenne il giorno 17 giugno 2002 presso l'aula magna della facoltà di Scienze della Seconda Università degli studi di Napoli in via Vivaldi a Caserta. Intervenero: il rettore della Seconda Università degli studi di Napoli Antonio Grella, Antonio Bassolino presidente della Regione Campania, Matan Trezma Refiusmik studente israeliano, Khaled Alzeer studente palestinese, Mary Bittar insegnante palestinese, Sergio Piro antropologo e psichiatra, Gennaro Fatigati studente e presidente del comitato per le Attività Culturali Formative Autogestite dagli studenti della II<sup>a</sup> Università di Napoli, la Signora Diana Pezza Borrelli membro dell'Associazione Emily e moderatrice dell'incontro.

Il convegno fu molto stimolante e segnò l'inizio del progetto medesimo (raccolta di farmaci per la popolazione palestinese e

l'organizzazione di un incontro in Italia tra studenti israeliani e palestinesi).

Il 24 giugno 2002 uno di noi (Gennaro Fatigati) partì per Gerusalemme dove incontrò un esponente dell'associazione Asso-Pace; il giorno dopo fece un tentativo di entrare nella città palestinese di Ramallah ma gli fu impedito per la chiusura del *checkpoint*. Due giorni dopo, accompagnato da un medico del Medical-Relief, riuscì a raggiungere Ramallah e a portare a destinazione i farmaci.

Gennaro incontrò studenti palestinesi, i quali gli confidarono che non era dei medicinali di cui avevano bisogno, bensì di una via di dialogo e di moderazione tra i due popoli per cercare di porre fine a quella ingiusta guerra. Da lì prese contatto con Asher Salah, israeliano, docente all'università di Gerusalemme, di madre italiana, fidanzato con Ori Goldstein; a Ramallah fece amicizia con Anwar Abu Hashish, palestinese, laureato in architettura a Venezia, presidente della cooperazione per lo sviluppo, sposato con due figlie. I due non si conoscevano fra loro e Gennaro fece da tramite.

Gennaro rimase sul posto una settimana in più del previsto proprio per accordarsi con studenti palestinesi e israeliani. Costoro, insieme ad Anwar, elessero dei *tutors* che fungessero da tramite con l'Italia. Dopo alterne vicende e dopo aver superato mille scogli burocratici e istituzionali si posero le basi organizzative per la realizzazione dell'incontro tra studenti israeliani e palestinesi: si decise per maggio 2003.

La funesta guerra in Iraq impedì il tutto.

Inutile dire che la delusione fu tanta ma l'entusiasmo non abbandonò coloro che scrivono e, con una intensa attività di corrispondenza soprattutto telematica, il dialogo continuò.

A dicembre 2003 Gennaro ritornò in Palestina per pianificare l'incontro che doveva realizzarsi nel febbraio 2004. E così fu. Il progetto sostenuto dalla Regione Campania e dalla Seconda Università degli studi di Napoli si realizzò nel febbraio 2004.

La delegazione israeliana giunse lunedì 2 febbraio a Benevento presso il Centro La Pace, sede dell'incontro. Essa era composta, a dimostrazione della complessità del paese stesso, da due *tutor*: Ori Goldstein e Asher Salah, e da sei giovani (quattro donne e due uomini), di diversa provenienza (Gerusalemme, Tel Aviv, Na-

zareth), di diverse tradizioni (sefardita e askenazita) e di diverse origini culturali (un arabo israeliano, una ebrea di origine indiana, altri di origine yemenita, polacca, statunitense e marocchina).

La delegazione palestinese, con Anwar Abu Hashish come *tutor*, arrivò dopo non poche difficoltà nell'attraversamento della frontiera giordana (superate grazie all'intervento del Ministero degli Esteri della Repubblica Italiana, del Centro Peres per la Pace e di Manuela Dviri). La delegazione nella sua composizione rispecchiava la complessità della società palestinese: vi erano cinque giovani (quattro donne e un uomo), laici, musulmani e cristiani, di diversa provenienza. Una varietà quindi già all'interno di ciascuna delegazione; ma in tutti ci fu il desiderio di dialogo sincero, di crescita comune, di confronto autentico.

A causa del ritardo nell'arrivo della delegazione palestinese, il programma subì variazioni quasi quotidiane. Qui si riporta per intero il calendario del progetto per quanto attiene al lavoro didattico comune (l'incontro prevedeva anche estesi momenti di svago e visite ai centri storici delle città di Napoli e Benevento):

- 2 febbraio 2004: Arrivo e sistemazione degli studenti al Centro residenziale «La pace» di Benevento;
- 3 febbraio: Incontro con le autorità politiche e istituzionali (il Presidente della Regione Campania e il Rettore della II° Università degli studi di Napoli);
- 4 febbraio: Relazione in lingua inglese del prof. Marco Maestro dal titolo «Verso una problematica coesistenza fianco a fianco di lungo periodo di due popoli in Terrasanta: riconsiderare il passato in vista del futuro»;
- 5 febbraio: Relazione in lingua inglese del prof. Sergio Piro dal titolo «È realistico pensare di eliminare la guerra dalle prospettive dell'umanità?»;
- 6 febbraio: Lavoro comune delle delegazioni;
- 7 febbraio: Incontro con sindaci e politici della Campania;
- 9 febbraio: Conferenza stampa conclusiva.

Da questo incontro scaturì la proposta di far nascere una associazione di studenti italiani, israeliani e palestinesi per promuovere e continuare il dialogo e la lotta contro la guerra. Ai Sindaci campani fu rivolto l'invito a promuovere gemellaggi con città

israeliane e palestinesi, per accrescere il dialogo tra le persone, oltre le istituzioni.

Al termine i ragazzi scrissero al Presidente della Regione un messaggio in arabo, ebraico e italiano: «Grazie al determinante contributo della Regione Campania e della vostra complicità nel progetto, abbiamo potuto, noi giovani israeliani e palestinesi, provare il sapore della riconciliazione e della fratellanza. Nella speranza di un futuro migliore, questa esperienza rimarrà impressa nei nostri cuori».

### 3. CONCLUSIONE

L'esperienza di questo incontro con il gruppo di studenti israeliani e palestinesi ha confermato, tra l'altro, molte tesi già esposte e che si prova a riprendere:

1. La curiosità, la spinta alla conoscenza e alla partecipazione attiva all'accadere del mondo è fattore determinante nella formazione agli studi universitari e alla ricerca in generale. Questa spinta può essere uno dei fattori che contribuiscono ad una evoluzione pacifica della nostra specie. Non vi è didattica che non sia alternativa (nel senso di non noiosa, partecipata, per piccoli gruppi) e non vi è didattica alternativa che non sia protensione verso l'uguaglianza, la libertà e lotta contro ogni forma di esclusione.
2. Ogni discorso scientifico sulla formazione non può fare a meno di un pre-discorso antropologico (inteso nel suo senso vasto), teso a costituire l'orizzonte di senso della formazione in genere e delle formazioni natural-scientifiche in particolare. L'introduzione di coordinate antropologiche nel lavoro di formazione può avere forti conseguenze come la nostra esperienza testimonia: lo studio delle scienze antropologiche e delle lingue nel mondo può contribuire alla lotta al razzismo e può essere una spinta alla convivenza pacifica dei popoli.
3. Il lavoro di formazione culturale e intellettuale si continua direttamente nella ricerca partecipante: la ricerca partecipante nel campo antropologico presuppone la «confusione» tra oggetto e soggetto di ricerca, tra enunciati oggettivi e descrizione di stati d'animo, la concreta possibilità di operare trasformazioni e di poterne descrivere l'accadere.

## C. Terzo sub-rapporto di ricerca: Studenti di medicina fra crisi d'epoca e accettazione di un ruolo (invenzione spontaneistica di un questionario preliminare)

di  
Angela De Lisio

Tutta l'arringa – questo sogno non è altro – ricorda vivamente la difesa dell'uomo accusato dal suo vicino di avergli restituito un paiuolo in cattivo stato. In primo luogo, gliel'aveva riportato intatto; in secondo luogo, il paiuolo era già bucato al momento del prestito; in terzo luogo non aveva mai preso a prestito un paiuolo dal vicino.

*Sigmund Freud* 1899 trad. ital. 1966 p. 119

### 1. INTRODUZIONE

L'incontro con la Scuola diadromico-trasformazionale e con Sergio Piro nel maggio 2001 era stato da me premeditato come risposta a un senso di disagio profondo relativamente agli studi universitari di medicina, comune anche ai pochi colleghi studenti, con i quali aveva confidenza e affinità. Questo piccolo gruppo costituì, nell'autunno 2001, il corso A della Scuola diadromico-trasformazionale, come si dice nel primo Sub-rapporto di ricerca di questo capitolo.

La storia di questo disagio inizia già al liceo e si esprime – per gli aspetti che qui è utile rilevare – in una spinta notevole all'autodidattismo e in una preferenza particolare per la filosofia, le arti e la storia (che presto tende a volgersi in ricerca storiografica in senso proprio). Senza cedere a tentazioni interpretative psicologistiche che qui non hanno opportunità, è facile dare evidenza in questo passaggio autobiografico, al sentimento d'incompletezza e alla necessità di approfondimento che sono frequenti in una minoranza di studenti liceali e che tendono a prolungarsi nella loro vita universitaria. L'inizio degli studi di medicina dà a questo disagio una maggiore ricchezza di temi e una maggiore consapevolezza di definizione.

Quella ricerca di senso, iniziata al liceo, si scontrava ora con un ostacolo ben più netto, qualcosa di cui si può dire più chiaramente. In quel primo tempo il campo delle discipline, degli apprendi-

menti richiesti, delle nozioni necessarie sembrava sempre più profilarsi come un repertorio esteso, talora molto faticoso, spesso difficile, con tratti di elevata qualità settoriale, repertorio *che però non aveva un senso*. Medicina parla in modo disteso della naturalità dell'Uomo (espressione che significa poi in effetti: della donna e dell'uomo), ma non ci furono mai un accenno o un indirizzo, nei miei studi universitari degli anni trascorsi, all'accadere di questa naturalità, all'evoluzione della specie, al rapporto con le altre specie, alla complessa storia dell'ominazione, ai rapporti analogici affascinanti fra evoluzione genetica ed evoluzione linguistica, al particolare tipo di dimorfismo sessuale umano, etc. per moltissime voci. E poi avevo bisogno anche di sapere qualcosa di più sull'evoluzione delle lingue, delle culture e delle arti, perché quello che studiavo in sala anatomica, al microscopio, in chimica biologica, in diagnostica strumentale, non fosse la ricognizione anonima, frankensteiniana, di cadaveri, ossa, liquidi biologici, secrezioni. Dunque avevo bisogno di sapere tanto di più sull'evoluzione del cervello e, al di là di questo, sullo sviluppo delle attività mentali, della percezione, del ragionamento, del linguaggio e sempre del linguaggio, della società, di questo evento straordinario che è la società umana.

Questo grande bisogno di affrontare il versante dell'accadere evolutivo della nostra specie (donne e uomini) non mi distoglieva affatto dall'obbligo di studiare dettagliatamente, pignolescamente, ossessivamente le materie d'obbligo e di renderle vive al di là di una *Entmenschung* che non era una loro attinenza naturale, ma il prodotto di una scuola ripetitiva, artificializzata, priva di autentica capacità di insegnare, arretrata come in un proprio Medio Evo, dove i *fatti* venivano continuamente richiamati, ma nessuno sapeva dirti che cosa era un *fatto* nelle scienze della natura (e se confidavi di avere un siffatto problema epistemologico ingenuo a un tuo coetaneo studente di fisica, quello si metteva a ridere e ti chiedeva in che secolo tu vivessi).

Non continuo per non cadere in un inutile intimismo, ma ero insoddisfatta anche quando la mia facoltà si produceva in luci di conoscenza locale, in momenti alti d'insegnamento settoriale, in punti di eccellenza. O avevo bisogno di una psicoterapia?

Chiesi ai miei colleghi (a pochi, a stento, con vergogna): incominciai a interrogarli. Con alcuni (pochi) ci trovammo subito d'accordo, mentre altri (molti) mi guardarono come se fossi matta

o fuori del tempo o una pericolosa sovversiva. E mi fece impressione il fatto che molti di essi sapessero (volessero) comunicare solo su fatti banali: trovare un buon posto dopo la laurea oppure andare in America a imparare quella tale tecnica oppure guadagnare molto. Gli studenti del VI anno non si esprimono più, come se già fossero adulti del sapere e della vita e non più adolescenti chiososi assetati di conoscenza, di luci, di orizzonti vasti.

Riflettendo, leggendo, parlando e poi incominciando a frequentare regolarmente la Scuola diadromico-trasformazionale, mi parve di non aver torto nell'aver impostato con me e con gli altri un simile tema: in questo campo al dubbio regressivo e paralizzante dell'ignoranza – ho pensato – deve sostituirsi il dubbio propulsivo e sistematico che viene dalla conoscenza. Così, senza alcuna albagia o presuntuosità, ho salvato la mia diversità: esiste una mia libertà di fare quello che l'Università dovrebbe fare.

La medicina è un'attività complessiva che riguarda la storia, la biologia, la sofferenza, la malattia, il destino delle donne e degli uomini, la nascita e lo sviluppo della società che essi producono e in cui vivono. Tagliare anche una parte di questa complessità negli studi significa ridurre a puro meccanicismo quello che dovrebbe essere un sapere integrato, ricco, evolutivo, anche dove vi è la massima, necessaria spinta tecnologica.

Uno studente di medicina è un ricercatore.

## 2. IL QUESTIONARIO PRELIMINARE

### a. *L'idea del questionario*

Ma mi stancai presto di fare domande ai miei colleghi senza alcun sistema e forse senza né capo né coda: cioè ad un interesse generico ed episodico si sostituì un'intenzione di conoscenza più sistematica. La frequenza della Scuola diadromico-trasformazionale (cfr. Sub-rapporto A, in testa al capitolo) mi aveva reso consapevole di quanto e di necessario manchi alla formazione del medico, come viene di solito praticata, e di quanto ciò non si traduca solo in un danno professionale, ma anche in un più esteso attentato allo sviluppo culturale e civile del singolo e della categoria.

I metodi di ricerca per capire al di là della semplice conoscenza empirica diretta sono numerosi, perfezionati, ben praticati da sociologi e medici esperti in ricerca socio-didattica. E per avere questa informazione bastava leggere alcuni libri o navigare su Internet. Ma proprio la Scuola diadromico-trasformazionale mi aveva insegnato che la conoscenza che si costruisce con le proprie mani è estremamente più produttiva di quella passivamente adottata, anche se da una prima fase empirica e spontanea di ricerca è poi necessario passare ai più alti gradi di perfezionamento metodologico. Questo è ancor più vero se il campo di ricerca affrontato è complesso, coinvolgente dimensioni multiple del singolo e del gruppo.

Così m'inventai un questionario semplicissimo (ma che conteneva tutte le mie domande) e cominciai a somministrarlo ai miei colleghi. Chi legge lo trova alla pagina successiva<sup>2</sup>.

### b. *Svolgimento della ricerca*<sup>3</sup>

L'indagine è stata svolta da una sola ricercatrice, da chi scrive, presso la Facoltà di Medicina della Seconda Università degli Studi di Napoli. Gli intervistati sono stati avvicinati nelle aree comuni della sede universitaria. L'invenzione spontaneistica di un questionario preliminare, somministrato a studenti di medicina per valutarne l'accettazione di ruolo in una crisi d'epoca, mi ha permesso di vivere con libertà ed in concretezza la convinzione che ogni studente di medicina è un ricercatore. Infatti ho potuto incontrare colleghi e colleghe ed affrontare con loro problemi importanti relativi al senso dello studio della medicina.

Il metodo adottato è un procedimento euristico, che attraverso operazioni linguistiche conduce alla scoperta di nuovi risultati, preliminari dunque ad un'ulteriore ricerca.

<sup>2</sup> Il questionario è qui riportato in forma schematica. Nella forma grafica somministrata ai soggetti vi è molto più spazio per le risposte.

<sup>3</sup> Il Dr. GIOVANNI D'ANTONIO, dirigente di laboratorio nell'Azienda sanitaria locale Salerno 1 della Campania, ha seguito con attenzione e pazienza il mio tentativo di ricerca, mi ha fornito le necessarie istruzioni tecniche, ha collaborato nella valutazione dei risultati del mio piccolo questionario da autodidatta, mi ha dato insegnamenti e consigli preziosi. La ricerca verrà approfondita dal Dr. d'Antonio e da me e sarà pubblicata a nome di entrambi.

<i>Questionario preliminare sull'orientamento culturale-esistenziale degli studenti di medicina</i>	
Soggetto:..... Sesso:.....	
Anno di iscrizione (tutti gli anni di corso dal I al VI):	
Sezione A	
<i>Premessa esplicativa</i>	
<i>Medicina è una facoltà scientifica. In genere nelle scienze esiste una metodologia generale, necessaria per tutte le facoltà scientifiche, che si basa sulla descrizione dei metodi di indagine, della valutazione dei risultati e della loro utilizzazione.</i>	
a1. Esiste questo insegnamento o indirizzamento nella Tua facoltà?	a1.
a2. Se si parlamene... Se no, come hai fatto per capire i principi della scienza e le metodologie generali della ricerca, o ne hai fatto a meno semplicemente?	a2.
b1. Ne senti e ne hai sentito la mancanza?	b1.
b2. Se si perché? – Se no perché?	b2.
c1. Sei soddisfatta/o dell'assetto delle discipline dei Tuoi corsi o manca qualcosa?	c1.
c2. Se si che cosa? – Se no parlamene.	c2.
Sezione B	
<i>Medicina è una facoltà scientifica. Essa è volta a curare l'uomo: curare significa conoscere. La conoscenza dell'uomo non è solo anatomia e fisiologia.</i>	
a1. Esiste un insegnamento sulla evoluzione in generale e sull'evoluzione della specie umana (stato attuale della paleoantropologia e teorie dominanti)?	a1.
a2. Se si parlamene... Se no, ne senti la mancanza?	a2.
b1. Esiste un insegnamento sulla evoluzione delle culture umane dalla lontana preistoria ad ora?	b1.
b2. Se si parlamene... Se no, ne senti la mancanza?	b2.
c1. Esiste un'informazione o una possibilità di studio sul rapporto corpo-mente?	c1.
c2. Se si parlamene... Se no, ne senti la mancanza?	c2.
d1. Esiste un'informazione sul rapporto tra evoluzione genetica ed evoluzione linguistica?	d1.
d2. Se si parlamene... Se no, ne senti la mancanza?	d2.
e1. Esiste un'informazione sulle differenze culturali fra le diverse realtà etnologiche che convivono sul pianeta?	e1.
e2. Se si parlamene... Se no, ne senti la mancanza?	e2.
f. A tuo giudizio, se qualcosa manca di che cosa si tratta?	f.
Sezione C	
Se hai qualche sentimento di frustrazione culturale, d'insufficienza espressiva o linguistica, di distanza dal dibattito internazionale sulla nostra specie, sul nostro destino, sulle nostre possibilità, danne qui sommaria espressione.	

I soggetti avvicinati sono stati 80: 45 femmine e 35 maschi, di tutti gli anni di corso della facoltà di medicina. Ad essi è stato somministrato il questionario dovunque vi fossero le possibilità di farlo comodamente.

Si riportano, come esempi, alcuni dei questionari raccolti:

*α. Un'esigenza di formazione, ma puramente tecnica e professionale*

Soggetto: KY

Sesso: M

Anno di iscrizione: VI

SEZIONE A

D.a. *Medicina è una facoltà scientifica.* Esiste una metodologia generale delle scienze necessaria per tutte le facoltà scientifiche che si basa sulla descrizione dei metodi di indagine, della valutazione dei risultati e della loro utilizzazione. Esiste questo insegnamento o indirizzamento nella Tua facoltà? Se sì parlamene... Se no, come hai fatto per capire i principi della scienza e le metodologie generali della ricerca, o ne hai fatto a meno semplicemente?

R.a. No, non esiste. Soltanto i primi anni nel corso di Biologia, si menzionavano concetti come osservazione sperimentale, analisi, metodo deduttivo. Ma in modo superficiale comunque.

D.b. Ne senti e ne hai sentito la mancanza? Se sì perché? Se no perché?

R.b. Sì, qualche volta al principio, ma con gli anni ho imparato a pormi domande soltanto in funzione di un buon esito dell'esame.

D.c. Sei soddisfatta/o dell'assetto delle discipline dei Tuoi corsi o manca qualcosa? Se sì che cosa? Se no parlamene.

R.c. No, assolutamente, a me personalmente manca molto la pratica, vorrei aver ricevuto maggiore attenzione all'aspetto pratico-clinico della professione medica. Avrei desiderato anche maggiore organizzazione dei corsi e un'attenzione ai collegamenti da parte dei docenti fra le varie discipline.

SEZIONE B

D.a. *Medicina è una facoltà scientifica.* Essa è volta a curare l'uomo: curare significa conoscere. La conoscenza dell'uomo non è solo anatomia e fisiologia. Esiste un insegnamento sulla evoluzione in generale e sull'evoluzione della specie umana (stato attuale della paleoantropologia e teorie dominanti)? Se sì parlamene... Se no, ne senti la mancanza?

R.a. No, non esiste, non ne ho sentito la mancanza perché penso che non spetti alla mia preparazione sapere ciò.

- D.b. Esiste un insegnamento sulla evoluzione delle culture umane dalla lontana preistoria ad ora? Se si, parlamene... Se no, ne senti la mancanza?
- R.b. No, non esiste, è più un interesse culturale che soddisfo leggendo articoli su riviste.
- D.c. Esiste un'informazione o una possibilità di studio sul rapporto corpo-mente? Se si parlamene... Se no, ne senti la mancanza?
- R.c. Qualcosa in alcune lezioni che ho seguito di psicologia clinica.
- D.d. Esiste un'informazione sul rapporto tra evoluzione genetica ed evoluzione linguistica? Se si parlamene... Se no, ne senti la mancanza?
- R.d. No, non esiste e non ne sento la mancanza.
- D.e. Esiste un'informazione sulle differenze culturali fra le diverse realtà etnologiche che convivono sul pianeta? Se si, parlamene... Se no, ne senti la mancanza?
- R.e. No, non esiste e non ne sento la mancanza.
- D.f. A tuo giudizio, se qualcosa manca di che cosa si tratta?
- R.f. Manca, ribadisco, un insegnamento di pratica clinica, un corso centrato sul rapporto medico-paziente.

#### SEZIONE C

- D.a. Se hai qualche sentimento di frustrazione culturale, d'insufficienza espressiva o linguistica, di distanza dal dibattito internazionale sulla nostra specie, sul nostro destino, sulle nostre possibilità, danne qui sommaria espressione.
- R.a. La mia unica frustrazione è la consapevolezza di uscire da questa facoltà e di non saper fare nulla, anzi ho molte più insicurezze ora rispetto ai primi anni. Sono un pessimista di natura, e non ho mai pensato che le persone che non hanno potere possano realmente influenzare il destino dell'umanità.

#### β. *Una variante a maggiore apertura relazionale*

Soggetto: HZ

Sesso: F

Anno di iscrizione: V

#### SEZIONE A

- D.a. *Medicina è una facoltà scientifica.* Esiste una metodologia generale delle scienze necessaria per tutte le facoltà scientifiche che si basa sulla descrizione dei metodi di indagine, della valutazione dei risultati e della loro utilizzazione. Esiste questo insegnamento o indirizzamento nella Tua facoltà? Se si parlamene... Se no, come hai fatto per capire i principi della scienza e le metodologie generali della ricerca, o ne hai fatto a meno semplicemente?

- R.a. No, non esiste e ne ho fatto purtroppo a meno.  
 D.b. Ne senti e ne hai sentito la mancanza? Se sì perché? Se no perché?  
 R.b. Sì, ne ho sentito la mancanza, perché ritengo che i miei studi abbiano bisogno di metodo scientifico, di in approccio più serio nella lettura dei dati scientifici.  
 D.c. Sei soddisfatta/o dell'assetto delle discipline dei Tuoi corsi o manca qualcosa? Se sì che cosa? Se no parlamene.  
 R.c. Mancano tante cose, prima ne soffrivo, ora per sopravvivere ho accettato il sistema; cerco di fare da me per capire di più.

#### SEZIONE B

- D.a. Medicina è una facoltà scientifica. Essa è volta a curare l'uomo: curare significa conoscere. La conoscenza dell'uomo non è solo anatomia e fisiologia. Esiste un insegnamento sulla evoluzione in generale e sull'evoluzione della specie umana (stato attuale della paleoantropologia e teorie dominanti)? Se sì parlamene... Se no, ne senti la mancanza?  
 R.a. No, e non ne ho sentito la mancanza.  
 D.b. Esiste un insegnamento sulla evoluzione delle culture umane dalla lontana preistoria ad ora? Se sì, parlamene... Se no, ne senti la mancanza?  
 R.b. No, e non ne ho sentito la mancanza.  
 D.c. Esiste un'informazione o una possibilità di studio sul rapporto corporemente? Se sì parlamene... Se no, ne senti la mancanza?  
 R.c. No, ma sarebbe importante che ci fosse.  
 D.d. Esiste un'informazione sul rapporto tra evoluzione genetica ed evoluzione linguistica? Se sì parlamene... Se no, ne senti la mancanza?  
 R.d. No, e non so di cosa si tratti.  
 D.e. Esiste un'informazione sulle differenze culturali fra le diverse realtà etnologiche che convivono sul pianeta? Se sì, parlamene... Se no, ne senti la mancanza?  
 R.e. No, e non penso debba esserne informata.  
 D.f. A tuo giudizio, se qualcosa manca di che cosa si tratta?  
 R.f. Manca il rapporto umano con tutti, coi docenti, coi pazienti, con se stessi.

#### SEZIONE C

- D.a. Se hai qualche sentimento di frustrazione culturale, d'insufficienza espressiva o linguistica, di distanza dal dibattito internazionale sulla nostra specie, sul nostro destino, sulle nostre possibilità, danne qui sommaria espressione.  
 R.a. Io cerco di essere una persona equilibrata, di informarmi dei problemi del mondo ma non penso di poter fare molto.

## γ. Una maggiore apertura ed impegno culturale

Soggetto: Zw

Sesso: F

Anno di iscrizione: IV

### SEZIONE A

- D.a. Medicina è una facoltà scientifica. Esiste una metodologia generale delle scienze necessaria per tutte le facoltà scientifiche che si basa sulla descrizione dei metodi di indagine ,della valutazione dei risultati e della loro utilizzazione. Esiste questo insegnamento o indirizzamento nella Tua facoltà? Se si parlamene... Se no, come hai fatto per capire i principi della scienza e le metodologie generali della ricerca, o ne hai fatto a meno semplicemente?
- R.a. No, fino ad ora ho ricevuto qualche cenno seguendo i corsi di biologia e fisica, ma superficialmente. Ma ho scoperto che il mondo della fisica o della biologia (quella dell'alta ricerca) sanno cose che ci sarebbero molto utili.
- D.b. Ne senti e ne hai sentito la mancanza? Se si perché? Se no perché?
- R.b. Sì, moltissimo.Da autodidatta ho studiato qualcosa. Ma avrei bisogno di un insegnamento o almento dei seminari in materia.
- D.c. Sei soddisfatta/o dell'assetto delle discipline dei Tuoi corsi o manca qualcosa? Se si che cosa? Se no parlamene.
- R.c. Sì, tutta una parte generale sulla sostanza vivente e sul mondo.

### SEZIONE B

- D.a. Medicina è una facoltà scientifica. Essa è volta a curare l'uomo: curare significa conoscere. La conoscenza dell'uomo non è solo anatomia e fisiologia. Esiste un insegnamento sulla evoluzione in generale e sull'evoluzione della specie umana (stato attuale della paleoantropologia e teorie dominanti)? Se si parlamene... Se no, ne senti la mancanza?
- R.a. Moltissimo. Sto incominciando a leggere tante altre cose.
- D.b. Esiste un insegnamento sulla evoluzione delle culture umane dalla lontana preistoria ad ora? Se si, parlamene... Se no, ne senti la mancanza?
- R.b. Qui c'è stato solo un corso sulle teorie di Darwin, ma sarebbe necessario aggiornare tutto.
- D.c. Esiste un'informazione o una possibilità di studio sul rapporto corpo-mente? Se si parlamene... Se no, ne senti la mancanza?
- R.c. Ho letto qualcosa, ho seguito dei convegni e da poco ho iniziato a comprare qualche numero delle Scienze.

- D.d. Esiste un'informazione sul rapporto tra evoluzione genetica ed evoluzione linguistica? Se si parlamene... Se no, ne senti la mancanza?
- R.d. No, Mi piacerebbe sapere di che cosa stai parlando.
- D.e. Esiste un'informazione sulle differenze culturali fra le diverse realtà etnologiche che convivono sul pianeta? Se si, parlamene... Se no, ne senti la mancanza?
- R.e. Ho letto cose trovate qua e la. Ma qui ci aiuta una conoscenza sociale e l'impegno a favore degli immigrati. Se ne dovrebbe parlare anche all'Università/
- D.f. A tuo giudizio, se qualcosa manca di che cosa si tratta?
- R.f. Tutto. Non so dirlo bene: forse una cultura più vasta ed eclettica,

#### SEZIONE C

- D.a. Se hai qualche sentimento di frustrazione culturale, d'insufficienza espressiva o linguistica, di distanza dal dibattito internazionale sulla nostra specie, sul nostro destino, sulle nostre possibilità, danne qui sommaria espressione.
- R.a. Sì. Sarebbe necessario cambiare tante cose.

### 3. RISULTATI DELLA RICERCA

I risultati di questa ricerca sono espressi nelle tabelle che seguono. La prima tabella raffigura la popolazione presa in esame, suddivisa per genere e per anno di frequenza universitaria. Le tabelle dalla seconda alla settima (a e b) disegnano il grado di isolamento culturale della facoltà di medicina e il grado di consapevolezza e/o di accettazione del fenomeno: esse sono state raggruppate a due a due, in quanto la prima (a) descrive il fenomeno che si vuole indagare (es. «esiste un insegnamento nella tua facoltà di Medicina di metodologia delle scienze?») mentre la seconda (b) rappresenta la presenza o l'assenza di consapevolezza soggettiva del fenomeno rappresentato (es. «senti la mancanza di un insegnamento di metodologia delle scienze?»). La tabella 8 riguarda il rapporto dello studente di medicina con la cultura genericamente intesa. Le tabelle 10 e 11 raffigurano il tentativo di esplorare la facoltà di medicina riguardata nella sua parzialità di sistema di insegnamento tecnico-scientifico.

Tabella 1

Distribuzione degli intervistati per genere e anno di frequenza							
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI	tot.
Maschi	2	9	10	11	6	7	45
Femmine	6	5	5	8	4	7	35
Tot.	8	14	15	19	10	14	80

Tabella 2/a

Domanda: Esiste un insegnamento di metodologia generale nella Tua facoltà?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	0	0	0	0	1	0
NO	8	14	15	19	9	14

Tabella 2/b

Dom. Ne senti la mancanza?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	1	5	6	12	4	9
NO	7	9	9	7	6	5

Tabella 3/a

Dom. Esiste un insegnamento sull'evoluzione?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	0	0	0	0	0	0
NO	8	14	14	19	10	14
Non risponde/ Non pertinente	0	0	1	0	0	0

Tabella 3/b

Dom. Ne senti la mancanza?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	0	0	2	7	1	3
NO	8	14	13	11	9	10
Non risponde/ Non pertinente	0	0	0	1	0	1

Tabella 4/a

Dom. Esiste un insegnamento sull'evoluzione delle culture umane?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	0	0	0	0	0	0
NO	8	14	15	19	10	14

Tabella 4/b

Dom. Ne senti la mancanza?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	0	2	0	3	0	2
NO	8	12	15	13	10	11
Non risponde/ Non pertinente	0	0	0	3	0	1

Tabella 5/a

Dom. Esiste informazione sul rapporto corpo-mente?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	1	3	6	7	5	2
NO	7	11	9	12	5	12

Tabella 5/b

Dom. Ne senti la mancanza?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	2	8	4	9	3	6
NO	6	6	11	9	7	8
Non risponde/ Non pertinente	0	0	0	1	0	0

Tabella 6/a

Dom. Esiste un insegnamento sul rapporto evoluzione genetica/evoluzione linguistica?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	0	0	0	0	0	0
NO	8	14	15	19	10	14

Tabella 6/b

Dom. Ne senti la mancanza?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	0	0	0	2	0	3
NO	8	14	15	13	9	11
Non risponde/ Non pertinente	0	0	0	4	1	0

Tabella 7/a

Dom. Esiste un insegnamento sulle differenze culturali?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	0	0	0	0	0	0
NO	8	14	15	19	10	14

Tabella 7/b

Dom. Ne senti la mancanza?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	0	2	0	2	1	2
NO	8	12	15	14	9	12
Non risponde/ Non pertinente	0	0	0	3	0	0

Tabella 8

Dom. Che sentimento provi rispetto alla Tua situazione culturale?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
Frustrazione elevata	3	3	2	8	2	7
Frustrazione moderata	3	4	5	6	3	1
Indifferenza	1	1	5	0	1	2
Soddisfazione moderata	1	4	0	5	3	3
Soddisfazione elevata	0	2	3	0	1	1

Tabella 9

Dom. Sei soddisfatto dell'assetto delle discipline dei Tuoi corsi?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
SI	5	11	13	11	6	5
NO	2	4	1	8	2	8
Non risponde/ Non pertinente	1	0	0	0	2	1

Tabella 10

Dom. Che cosa manca?						
ANNO ISCRIZIONE	I	II	III	IV	V	VI
Pratica	1	8	11	8	4	8
Organizzazione		1	1	1	1	
Rapporti con docenti	1	1		1	3	1
Umiltà		1		2		1
Riflessione		1		1		1
Altro				2	1	1
Non risponde	6	2	3	4	1	2

## 4. CONSIDERAZIONI

### 1. *Un'impressione generale*

Secondo il questionario la maggior parte degli studenti non avverte, come mancanza, la carenza, nelle facoltà di medicina, di studi e approfondimenti che non siano strettamente tecnico-scientifici. Molti studenti ne fanno semplicemente a meno, pochi approfondiscono autonomamente.

L'insoddisfazione per l'insegnamento universitario è relativo invece, in misura elevata, alla mancanza di attività pratica e contatto con il paziente.

Riguarda all'insegnamento sulla evoluzione in generale e sull'evoluzione della specie umana, la risposta negativa è unanime, così come per la comprensione di ciò che viene chiesto. La stessa situazione si ritrova per quando riguarda l'insegnamento dell'evoluzione delle culture.

Lo studio del rapporto corpo-mente, interpretato come neuroanatomico, talvolta con implicazioni psichiatriche, è, invece, un argomento verso il quale c'è maggiore ascolto e sensibilità. Solo 2 persone su 80 comprendono la domanda che si riferisce all'informazione sul rapporto tra evoluzione genetica ed evoluzione linguistica. E tutti gli intervistati (80) negano che l'università fornisca una possibilità di studio in proposito. La situazione è analoga per quanto riguarda l'informazione relativa alle differenze culturali tra diverse realtà etnologiche.

Infine ciò di cui invece gli studenti avvertono la mancanza sono: la pratica, il contatto con il paziente e quello con i docenti.

Quando si propone agli intervistati di esprimere il proprio sentimento di frustrazione culturale, la maggior parte non riesce ad esprimersi, il resto parla di solitudine e paura del futuro.

In conclusione lo spaccato che emerge da questa indagine preliminare incoraggia ulteriori ricerche, impostate questa volta secondo criteri che permettano una più adeguata analisi di un campione rappresentativo. Ciò al fine di sviluppare una critica serrata ad un corso di studi impostato in modo da scotomizzare i problemi epistemologici della formazione dello

studente in medicina, trattato come un mero apprendista di una serie di tecniche piuttosto che come un ricercatore dotato di una capacità di ricerca di senso e di approfondimento antropologico.

Qui mi fermo: il questionario è stato fondamentalmente un modo per incominciare – attraverso una esperienza iniziale fatta da studente – a capire il come e il perché delle attività che compongono una ricerca: dunque un' *esercitazione didattica* come le altre che faccio nella Scuola diadromico-trasformazionale, come si dice nel primo Sub-rapporto di ricerca di questo capitolo.

### b. *Una sintesi aperta*

Da questa mia prima semplice esercitazione alla ricerca scientifica, inizialmente del tutto autodidattica e poi sorretta, nell'analisi dei dati, dal Dr. Giovanni d'Antonio, sembrano derivare alcune considerazioni:

- i. La facoltà di medicina della mia Università sembra deliberatamente intenta a dare una formazione tecnica, tagliando fuori dall'insegnamento non solo le grandi dimensioni antropologiche in cui lo sviluppo umano si svolge, ma anche le notizie propedeutiche necessarie o le semplici informazioni divulgative.
- ii. Non vi è un senso di appartenenza degli studenti al loro presente formativo, che appare loro remoto, estraneo, talora preciso ma come un foglietto d'istruzione nella scatola di un apparecchio, privo di ogni aggiornamento su tutto quello che è adiacente, complanare oppure complementare, aprendo lacune culturali, linguistiche ed epistemologiche talora paurose.
- iii. Non vi è alcun senso di originalità, di personalizzazione, di attenzione linguistica o espressiva.
- iv. Manca conseguentemente la responsabilizzazione dell'informazione necessaria e della formazione possibile.
- v. Agli studenti non è richiesto di inserire quello che apprendono in un più vasto orizzonte culturale, scientifico, metodologico e antropologico, bensì di apprendere linearmente quello che viene loro somministrato.
- v. L'obiettività della carenza, scientificamente e socialmente con-

testabile alla Facoltà di medicina nella Seconda università di Napoli, sta nel mancato insegnamento dei principi epistemologici di base e delle metodologie linguistiche, che permettano allo studente di medicina, di capire le caratterizzazioni costitutive degli eventi di cui si occupa (fisici, biofisici, biochimici, biologici, cellulari, genetici, funzionali, etc.) in connessione e continuità con le altre scienze e la loro presente, rapida evoluzione. Ma da una piccola minoranza di studenti è fortemente sentita anche la carenza di un collegamento con gli studi antropologici ed etnologici.

- vi. E riguardo agli studenti, al di là dei dati del questionario, s'intuisce – come fatto informale ma potente – la necessità di un mutamento traumatico (di una *metànoia* nel linguaggio proprio della Scuola diadromico-trasformazionale), come avvenne nel 1968, ma diverso e molto più esteso, che restituisca agli studenti una maggiore responsabilità sul modo dello studio, sul senso del sapere e sull'arco degli apprendimenti necessari.



## Cap. VII: GRUPPO SETTE L'OSSERVATORIO DELL'ABBANDONO

### A. Rapporto di ricerca di

Antonio Mancini (*portavoce*), Roberta Moscarelli, Salvatore Verde

#### 1. PREMESSA

Il gruppo è composto da uno psichiatra (Antonio Mancini *portavoce*), da una operatrice sociale (Roberta Moscarelli) e da un educatore del carcere (Salvatore Verde)<sup>1</sup>.

Nell'ambito di questa ricerca, il gruppo 7, denominato «Osservatorio dell'abbandono», si è costituito programmaticamente come gruppo transprofessionale per lo studio e la descrizione delle gravi carenze, delle distorsioni, degli abusi, delle mancanze nella «cura»<sup>2</sup> della sofferenza antropica.

In questo testo la parola «abbandono» verrà utilizzata solo marginalmente, ma talvolta necessariamente, in senso etico. Con questa parola, complessa e fortemente evocatrice, intendiamo designare una strategia complessiva di rapporto tra l'istituzione «salute mentale»<sup>3</sup> e la sofferenza espressa da una

<sup>1</sup> Questo osservatorio si è valso della collaborazione di tutti coloro che hanno voluto fornire informazioni, segnalazioni, sollecitazioni. Un ringraziamento particolare va a Teresa Capacchione e a Marina Cimmino che hanno fornito materiali e appoggio determinanti, senza i quali il lavoro non sarebbe stato possibile.

<sup>2</sup> Il termine «cura» va inteso in modo generico e nel senso di «aver cura». Si usa questo termine perché al momento appare quello, paradossalmente, meno tecnico.

<sup>3</sup> Nella sua variante di «dipartimento di salute mentale» o di «unità operativa di salute mentale». In questa sede non è possibile analizzare la distinzione e le articolazioni tra le due strutture; basti sapere che nella città di Napoli il dipartimento di salute mentale è struttura a cui dovrebbero afferire dieci unità operative, ma in che modo e a quale fine è ancora del tutto da scoprire, tranne per quanto attiene l'aspetto formazione del personale. Questa (la formazione di tutto il personale che opera nel dipartimento) dopo una breve esperienza (naturalmente professionalizzata con sedi disgiunte per infermieri e medici e psicologi) è defunta nel totale disinteresse della maggioranza degli operatori (infermieri), tra le grida di giubilo di coloro che organizzano corsi per l'aggiornamento continuo dei medici in luoghi lontani e remoti.

popolazione ben determinata<sup>4</sup>. L'uso del termine «sofferenza espressa» ci pare proprio e operazionalmente agibile rispetto a quello di «utenza» o di «paziente», in quanto sembra che definisca meno intensionalmente l'oggetto della nostra ricerca e ci consenta, invece, una descrizione più accurata dell'insieme di operazioni che attengono al volgersi protensionale di una parte del campo antropico (i «curanti») verso l'altra parte del campo (i «pazienti»).

Altre due considerazioni in via preliminare.

- i. In questa ricerca si è deciso di non adottare termini e stili narrativi pertinenti alla classificazione dogmatica psichiatrica (ad es. partizione della sofferenza in maggiore e minore, psicotica e nevrotica, uso del manuale statistico dei disturbi psichiatrici conosciuto con l'acronimo di DSM, etc...). Nel lavoro di ricerca sulla relazione tra istituzione e sofferenza antropica, tra richiesta e/o necessità di aiuto da un lato ed erogazione di un servizio dall'altro, non ha senso alcuno l'osservazione distanziata, in quanto il distanziamento non distorcerebbe l'osservato, piuttosto ne creerebbe uno nuovo, fasullo e totalmente reificato (il *paziente*, il *disturbo*, il *malato*).
- ii. Questa ricerca, come è stato segnalato nella parte introduttiva, ha una sua metodologia propria (*osservazione partecipante non distanziante*) e quindi anche il rapporto tra ricercatori e oggetti della ricerca è peculiare, di immedesimazione, di simpatia, di analogizzazione. Solo una forma di esclusione ne può studiare un'altra (poco o totalmente diversa) o può studiare la medesima forma, in quanto lo studio, non avendo il carattere di studio dell'oggetto, non può essere che partecipazione, analisi critica di una comune condizione e, se ve n'è la possibilità, formazione comune (come è accaduto nei gruppi di questa ricerca collettiva che hanno visto il passaggio di alcune singolarità dal ruolo di «oggetto di ricerca» a quello di «ricercatori»).

<sup>4</sup> Nel caso specifico, ma sarà chiarito più innanzi, si tratta della popolazione delle città capoluogo della Regione Campania.

Ma ritorniamo ora al tema dell'abbandono.

Abbandono sta per rifiuto dell'altro, del suo disagio, rifiuto della sua e della propria «umanità<sup>5</sup>», allontanamento ingiustificato, aggressione fattuale, non riconoscimento dei diritti, negazione dell'altrui esistenza.

Si sosterrà in questo studio che l'abbandono si realizza in «salute mentale» perché l'oggetto dell'intervento non è più l'uomo nel suo essere sociale ma sostanzialmente un corpo con delle richieste da soddisfare o da non soddisfare, un corpo che può essere abbandonato se non funzionale al disegno tecnicistico e di controllo che viene dall'alto. Molte saranno quindi le forme di abbandono perché molti saranno i modi elusivi con cui il potere professionale e disciplinare cercherà di costruire il suo oggetto *finto*, abbandonando quindi le singolarità. Costruzione di un oggetto inesistente come nel manicomio, ma non attraverso la reclusione e l'assemblaggio con altri pezzi di devianza, bensì attraverso la selezione e l'abbandono. La questione, che rinviemo ad un futuro lavoro, riguarda la nozione stessa del *prendersi cura* e la possibilità o meno che la disciplina psichiatrica (intesa qui non nel senso di *corpus* teorico, quanto nel senso di procedure professionali ormai ubiquitarie e accettate acriticamente nel mondo occidentale) se ne possa fare carico.

La condizione dell'abbandono della sofferenza rinvia alla specificità dell'oggetto psichiatrico, alla sua stessa esistenza e, se esiste, a quale regione ontologica appartenga e quale «professionalità» richieda. In questo senso l'abbandono non è più solo conseguenza di una medicina dal volto tecnicistico e di una psichiatria che la scimmietta, ma anche conseguenza di uno strafalcione scientifico, quello di collocare l'umano nel settore delle scienze della natura.

## 2. MATERIALI E METODI DELLA RICERCA

- i. Materia di indagine: la sofferenza antropica, intesa nel suo uso comune, nel suo essere «sofferenza» psichica, cioè non attinente a malattia fisica, o non legata ad essa da nesso di causa-ef-

<sup>5</sup> Umanità qui è nel senso della definizione marxiana: tutto ciò che c'è di umano nell'uomo deriva dal sociale. Abbandonare qualcuno è non riconoscere la sua e la propria appartenenza, in quanto uomo, al sociale fluente in cui si è immersi.

fetto, nelle città capoluogo della Regione Campania. L'attributo «antropico» è stato scelto perché è quello attinente al tipo di ricerca di antropologia pratica che si è condotto e che non ha previsto metodologia attinente allo specifico psicologico e/o psichiatrico.

- ii. Metodologia: osservazione partecipante dei *ricercatori* secondo il profilo di «osservazione partecipante non distanziata» per mancanza di impregnazione professionale in due casi (Moscarelli e Verde) e per attivo rifiuto dello psicologismo clinico nel caso di Mancini.
- iii. Strumenti della ricerca: annotazione di accadimenti istituzionali documentati, analisi di documenti istituzionali (come cartelle cliniche), intervista diretta con «malati» e «operatori».

### 3. OBIETTIVI DELLA RICERCA

Questa ricerca qualitativa, asistematica e non-nomotetica, si è posta obiettivi molteplici:

- i. Ridefinire operazionalmente il campo di indagine conosciuto genericamente con il nome di «sofferenza mentale». Questo obiettivo è stato perseguito attraverso la peculiare costituzione del gruppo di ricerca che, oltre a condividere lo spirito e gli obiettivi dell'intera ricerca, di fatto nella sua transprofessionalità ha rappresentato l'antidoto migliore per ogni tentazione specialistica e neoprofessionale nell'accostamento alle persone sofferenti (si veda il caso 23 nei documenti). «Abbandono» e «malati mentali» sono parole non coniugabili congiuntamente, perché la parola «malato mentale» costituisce di per sé lo strumento linguistico-operazionale del dispositivo abbandonico<sup>6</sup>.
- ii. Costituire un punto di partenza, articolato all'interno di una ricerca complessiva sull'esclusione e sulle prassi di anta-

<sup>6</sup> Occorrerebbe molta prudenza nell'uso, ormai di moda, della parola «stigma» in campo di salute mentale. Occorrerebbe evitare che la lotta allo stigma dei malati mentali non sia una chiacchiera paternalistica rivolta al malato e alla società, chiacchiera che in genere tende a nascondere il tentativo di ridurre la sofferenza «psicotica» a sofferenza socialmente non disturbante attraverso l'uso *accorto* di psicofarmaci e di buona psicoterapia di *supporto*.

gonizzazione della stessa, per lo studio sistematico e attento delle forme, delle procedure, degli scenari, dei rituali della «cura» psicologico-psichiatrica in una grande città. In questo senso obiettivo di questa ricerca era ed è essere un punto di inizio, un momento di formazione per i ricercatori che vi hanno partecipato, un invito ad altri gruppi a muoversi nella stessa direzione.

- iii. Definire una tipologia abbandonica.
- iv. Documentare attraverso alcuni casi esemplari (di cui si custodisce in altro luogo elettronico le complete generalità anagrafiche) il discorso che si va facendo.

I punti i. e ii. non hanno necessità di ulteriori delucidazioni o commenti: il punto i. perché sufficientemente chiaro, il punto ii. perché essenzialmente atto linguistico performativo (dice parole per produrre conseguenze e produce conseguenze dicendo parole); per il punto iii. si rinvia al paragrafo successivo e per il punto iv. alla sezione documenti di questa ricerca.

#### 4. RISULTATI

La ricerca ha fornito indizi<sup>7</sup> che la «cura» della sofferenza è sempre più cura tecnica (farmacologica prevalentemente, psicologica raramente), secondo un modello discendente che va da chi sa (nel senso che viene identificato come colui che possiede un sapere specifico) verso chi soffre. Chi soffre diviene precocemente oggetto di «cura», categoria diagnostica. Ma questo accade nel migliore dei casi, vale a dire nel caso del paziente che soddisfa i criteri del «buon paziente». Negli altri casi (e questa ricerca ne presenta alcuni) il «paziente» difficile, non pronto a riconoscere la necessità della cura, viene abbandonato o prima maltrattato (ricovero in SPDC<sup>8</sup>) e poi abbandonato.

<sup>7</sup> Questa ricerca non ha alcuna pretesa di validabilità statistica; essa è di fatto una ricerca indiziaria, qualitativa nel suo intento e nella raccolta dei dati. Una ricerca sulle condizioni di «cura» nei servizi di salute mentale, attendibile sul piano statistico-epidemiologico, dovrebbe essere condotta direttamente dai dipartimenti di salute mentale e/o dagli organismi di controllo dell'assistenza sanitaria.

<sup>8</sup> L'acronimo designa il servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura.

La ricerca ha documentato un *abbandono pratico*, uno *metodologico* ed uno *sistemico*, che attengono a tre ambiti diversi, pur se tra loro interagenti.

- i. Nel primo caso la parola *abbandono* designa uno dei modi in cui si offre fenomenicamente la relazione tra curante e curato; il curato infatti è abbandonato quando il curante non si *preoccupava* del paziente, gli dedica pochi minuti pur innanzi ad una richiesta esplicita di approfondimento, sottopone il paziente a cure *long-acting* che di fatto riducono il contatto con lo stesso a una volta ogni mese. In pratica la parola *abbandono*, pur non coincidendo, interseca l'alone semantico di *negligenza*, *disinteresse*;
- ii. Nel secondo caso la parola *abbandono* descrive un'impostazione metodologica di «cura» (e quindi attiene al livello istituzionale) di una collettività professionale (un servizio di salute mentale, una SIR<sup>9</sup>): in questo senso abbandono sta per ripetitività, stereotipia delle prassi, assenza di progetto individuale, assenza di programma di formazione sul campo (del singolo distretto cittadino), assenza di ricerca antropologica, di attività preventive. Abbandono è simile in questa accezione a esclusione, negazione, limitazione altrui, assenza di slancio emotivo e conoscitivo degli operatori, scarsa partecipazione alla comunità locale, inaridimento esistenziale di operatori e utenti.
- iii. Nel terzo caso la parola *abbandono* indica la rimozione della stessa esistenza di un'«utenza che non chiede», che non rientra nelle tipologie di utenza già predefinite e previste e/o che riesce a sfuggire ai servizi, che li rifiuta attivamente pur vivendo situazioni di rischio e disagio estremo. Questa tipologia di abbandono non viene direttamente documentata nella presente ricerca e sarà oggetto di ulteriori indagini, ma ne diamo comunque brevemente conto in quanto informa di sé il complesso dei servizi sociali (anche, e non solo, il campo della salute mentale).

Prima di passare ad illustrare i due tipi classici di abbandono (abbandono del paziente, conosciuto in qualche modo dall'unità operativa di salute mentale), occorre forse dilungarsi sul rapporto tra istituzione e utenza che non chiede.

<sup>9</sup> L'acronimo designa la struttura intermedia residenziale, teoricamente luogo di transito per il reinserimento nella società.

L'utenza non chiede in diversi casi: quando non ne ha il diritto perché *non esiste* (come nel caso dei clandestini), o quando non sa *cosa* e *a chi* chiedere, o quando sfugge volontariamente a meccanismi di cura che percepisce come forme di controllo, persecuzione, attentato alla propria libertà di scelta. In tal senso il caso di V. (vedi *caso 35* dei *Documenti* allegati a questo rapporto di ricerca) è paradigmatico anche in quanto spiega i motivi del sentimento di terrore piuttosto che di sollievo suscitato in molti dall'idea di essere intercettati e di cadere nella «rete dei servizi»: che in questi casi non si manifesta come rete aperta e orientata all'*empowerment* delle persone sofferenti, ma come circuito chiuso, gabbia da cui troppo spesso non si esce più. È noto da tempo quanto sia diffuso tale fenomeno, quanto sia sempre più rilevante anche numericamente questa popolazione, e quanto siano mutevoli e sfumate le forme che assume l'espressione della sofferenza psichica a seconda dei contesti e dei periodi storici: eppure l'esigenza di confrontarsi con tale fenomeno non sembra rientrare nelle priorità del dibattito attuale sulle politiche in materia di salute mentale, attestato nei migliori dei casi sulla difesa dell'esistente e sulla resistenza alla controriforma psichiatrica piuttosto che orientato a interrogarsi sulla rispondenza dei propri schemi organizzativi e delle proprie pratiche di cura alla domanda sociale reale.

Ancora pochi anni fa, anche se sembra sia passato un secolo, nell'ambito del dibattito sul ruolo dei servizi sociali e del terzo settore in Italia si prendeva atto con preoccupazione del fatto che la percentuale del cosiddetto «disagio sommerso», cioè di coloro che, pur vivendo situazioni di disagio e problematicità, non si rivolgono a nessuna agenzia di servizi (pubblica o privata), e non aderiscono a nessun tipo di programma sociale o educativo, continuava a rimanere molto alta.

A tal proposito erano diversi gli osservatori che facevano notare come ciò dipendesse in buona parte dal modello organizzativo tradizionale dei servizi, caratterizzato da una tensione alla riduzione della complessità, alla settorializzazione e alla scomposizione in interventi specifici delle problematiche dell'utenza<sup>10</sup>. Tra i limiti del-

<sup>10</sup> «La settorializzazione degli interventi, la carenza di risorse economiche e di personale, la necessità di presidiare confini e competenze, producono un innalzamento della soglia di accesso ai servizi che, se crea difficoltà a tutti i cittadini, esclude di

l'assistenza pubblica si indicava chiaramente la prevalenza della cura del sintomo e l'incapacità di intervenire su cause e contesto, e si sottolineava come tale approccio medicalizzante, producendo l'etichettamento e la stigmatizzazione della propria utenza, abbia ripercussioni negative sulla percezione sociale dei servizi: «tutti coloro che usano un servizio pubblico ricevono una denominazione tratta dalla categorizzazione prevista dal regolamento del servizio stesso [...] denominazione determinante nell'influenzare il soggetto stesso»<sup>11</sup>. Tali posizioni critiche, fortemente diffuse tra i ricercatori e gli operatori del settore, avevano origini lontane.

Il complessificarsi delle dinamiche sociali, l'emergere di nuove istanze e nuovi bisogni, infatti, avevano contribuito a mettere in evidenza già dalla fine degli anni '70 i limiti strutturali delle istituzioni centralizzate, in particolar modo per i bisogni di tipo relazionale, per i quali non sono efficaci interventi di stampo specialistico-terapeutico. Così hanno preso l'avvio in Italia diverse sperimentazioni nel campo dell'intervento sociale, che erano spesso portatrici di una critica radicale dal basso verso quel modello statalista di servizio sociale e che mutuavano moltissimo sia dall'esperienza del movimento del '77 e dall'onda lunga delle pratiche diffuse dell'autorganizzazione sociale, che del volontariato laico e cattolico: forte attenzione all'interazione comunicativa, alla componente motivazionale e alla relazione, flessibilità operativa, lavoro di gruppo, valorizzazione delle differenze, approccio sperimentale, produzione di reti a legame debole, dimensione socio-territoriale locale, promozione e affermazione dell'autonomia dei soggetti, etc...

Tuttavia non si può dimenticare che l'esplosione del fenomeno del volontariato e del terzo settore è contestuale al ridimensionamento della spesa sociale, nasce strettamente intrecciato alla crisi che ha investito i sistemi di *Welfare State* nel mondo occidentale. Non a caso spesso in quegli anni le lodi dell'efficacia del volontariato erano funzionali a deresponsabilizzare ulteriormente le istituzioni dall'obbligo di affrontare adeguatamente i bisogni sociali emergenti, ed a legittimare il subappalto dell'offerta di ser-

fatto l'utenza debole che non pone domande o non è in grado di formulare la propria richiesta di aiuto nel linguaggio codificato dalla regolamentazione dei servizi» (Bonessio M. 1997).

<sup>11</sup> Gruppo Abele 1998 p. 15.

vizi fondamentali al privato sociale, indipendentemente dal fatto che il terzo settore fosse in grado o no di rispondere alla domanda sociale con continuità ed efficacia e di garantire il rispetto dei diritti di utenti e lavoratori.

Il processo di ristrutturazione che ha investito i servizi sociali nella fase di passaggio al *postfordismo*<sup>12</sup> è stato dunque caratterizzato da spinte contraddittorie: da un lato l'affermazione dell'esigenza di operatori e utenti di passare «dalla centratura sul servizio alla centratura sulla persona [...] da un lavoro sociale esclusivamente rivolto all'interno delle istituzioni e dei servizi, al lavoro sociale sul territorio»<sup>13</sup>, dall'altro l'uso strumentale, la sussunzione e il rovesciamento di tale affermazione per legittimare la rinuncia all'universalismo dei servizi e la loro privatizzazione in nome dell'ideologia dell'efficienza.

Oggi, al 2006, la gravità dello stato dei servizi sociali non solo è sotto gli occhi di tutti, ma è ormai socialmente percepita come una fatalità ineludibile, un dato di fatto «naturale» e irrimediabile.

«Ci sono due modi per *garantire i garantiti*: uno è quello di aumentare le forze di polizia, l'altro è quello di portare solidarietà ai non garantiti».<sup>14</sup> Queste erano le «linee guida» per la sicurezza e

<sup>12</sup> «Se il fordismo aveva inglobato, e ritrascritto a suo modo, alcuni aspetti dell'esperienza socialista, il postfordismo ha destituito di fondamento sia il keynesismo che il socialismo. Il postfordismo, incardinato com'è al *General Intellect* e alla moltitudine, declina *a suo modo* istanze tipiche del comunismo (abolizione del lavoro, dissoluzione dello Stato, ecc.). Il postfordismo è il comunismo del capitale». E ancora: «Il capolavoro del capitalismo italiano sta nell'aver trasformato in risorsa produttiva precisamente i comportamenti che, in un primo momento, si erano manifestati con le sembianze del conflitto radicale. La conversione delle propensioni collettive del movimento del '77 – esodo dalla fabbrica, disamore per il posto fisso, familiarità con i saperi e le reti comunicative – in un concetto innovato di professionalità (opportunità, chiacchiera, virtuosismo, ecc): ecco il risultato più prezioso della *controrivoluzione* italiana (intendendo per 'controrivoluzione' non la semplice restaurazione dello stato di cose precedente, ma letteralmente, una *rivoluzione al contrario*, ossia una drastica innovazione dell'economia e delle istituzioni al fine di rilanciare produttività e dominio politico)» (Virno P. 2002 p. 103, p. 120).

<sup>13</sup> Gruppo Abele 1998 p. 34.

<sup>14</sup> Affermazione di G. Devastato, coordinatore regionale del C.n.c.a. (Coordinamento nazionale comunità di accoglienza) e referente dell'Assessorato alla Dignità del Comune di Napoli, nel suo discorso di presentazione del II Corso di Formazione per «Educatori di strada» del Dip. di Scienze Relazionali dell'Università Federico II e finanziato dal Comune di Napoli nell'ambito del Progetto «Sicurezza e Solidarietà» (1999).

le politiche sociali del governo cittadino di centro-sinistra nel 1999, con Bassolino astro nascente. Ma allora ricercatori ed operatori potevano permettersi ancora il lusso di criticare questa visione, e di pensare a un possibile superamento dell'approccio teso alla prevenzione del rischio e alla riduzione del danno che caratterizzava molti interventi sociali, perché si metteva apertamente in discussione la centralità del mandato politico di assicurare e *garantire i garantiti*, di «difendere la società» dal disagio e dalla devianza. Oggi, che stiamo passando rapidamente dai progetti «*Sicurezza e Solidarietà*» ai progetti «*Sicurezza e Basta*», ci vediamo costretti a rimpiangere quegli interventi, in via di estinzione per i tagli alla spesa sociale<sup>15</sup>, e sostituiti dal proliferare di misure diret-

<sup>15</sup> Cfr., a titolo di esempio, la denuncia del Collettivo operatori sociali di Napoli del 06/03/06: «Le case famiglia a cui non vengono pagate le rette dovute da 10 mesi sono attualmente costrette ad indebitarsi e/o addirittura a chiudere, licenziando i lavoratori e abbandonando i minori ospitati. Nel corso delle mobilitazioni del mese di Novembre si era ottenuto l'impegno di inserire questo servizio residenziale nella lista di quelli indispensabili, garantendo la puntualità dei pagamenti. Il dott. Attademo ha risposto che il Comune manterrà fede a questo impegno nel corso dell'approvazione della riforma del bilancio in prospettiva della formazione delle nuove municipalità, che verrà approvata nel mese di Marzo. Rimane il problema dei pagamenti arretrati per i quali le case famiglia sono indebitate fino al collo [...] Il progetto di Tutoraggio (legge 285/97), servizio strategico per le politiche rivolte ai minori a rischio, in quanto considerato l'ultima chance concessa ai minori prima dell'allontanamento dalle famiglie di provenienza, è scaduto nel mese di Gennaio 2005. Attualmente è in regime di proroga in attesa del nuovo bando di assegnazione: il dott. Attademo ha preso l'impegno di garantire la continuità del servizio fino a Dicembre 2006 attraverso una proroga che mantenga integro il monte ore complessivo del progetto. Entro questo anno il dirigente del Comune ha garantito la messa in opera della nuova gara d'appalto che dovrebbe consentire la continuità del servizio almeno per tutto il 2007. Programmazione delle politiche sociali: Il dott. Attademo ha denunciato l'impotenza effettiva del suo ufficio amministrativo dichiarando che la disponibilità di spesa gli viene comunicata anno per anno in relazione all'erogazione del governo nazionale, questo renderebbe di fatto impossibile qualsiasi forma di programmazione che vada oltre la mera prospettiva dei 12 mesi. Ciò equivale a dire che la legge quadro per l'integrazione dei servizi sociosanitari, legge 328/2000, è di fatto svuotata di contenuti reali in quanto prevederebbe la costituzione di un fondo nazionale per la spesa sociale di durata triennale. Applicazione del CCNL da parte degli enti appaltatori per i lavoratori dei servizi: Il terzo settore è diventato in questi anni uno dei luoghi privilegiati per la sperimentazione dei contratti atipici con una ricaduta impressionante sulle condizioni di precarietà lavorativa ed esistenziale degli operatori sociali. Questo è dovuto da un lato all'insufficiente e discontinua erogazione dei fondi per i progetti appaltati che rende di fatto impossibile per gli enti il pagamento di tutti i contributi volti a sostenere l'applicazione del CCNL, dall'altro lato le tariffe orarie previste dai progetti e riconosciute ai lavoratori sono in-

tamente repressive. Così oggi più di ieri, di fronte ai casi di «utenza che non chiede», o che chiede per disperazione sebbene non ne abbia il «diritto» (come i migranti costretti alla clandestinità), i servizi socio-sanitari, ovvero gli operatori con la propria coscienza individuale, sono lasciati soli di fronte a un dilemma frustrante per loro e ulteriormente umiliante per l'utenza debole: offrire come un favore personale un'assistenza che non rientra nei parametri di competenza, o annaspere nel tentativo di coinvolgere altre istituzioni per affrontare le difficoltà della persona sofferente.

Per concludere, l'abbandono *sistemico* (che traspare come trama strutturante in alcune storie della sezione *Documenti*) si articola nel campo antropico continuo secondo tre modalità che ci sembrano riconoscibili:

- i. La forte centratura dei servizi di «cura» sul servizio piuttosto che sulla persona. Ciò è dovuto all'approccio autoreferenziale, difensivo e inerziale-conservativo dei servizi rispetto all'utenza che non chiede o che sfugge o che rifiuta/contesta la «cura». La mancanza di domanda da parte di persone in stato di disagio estremo è in realtà una comunicazione precisa alla quale il sistema dei servizi si sottrae, abbandonando prima di tutto i singoli operatori dei servizi e costringendoli a un fare approssimativo, privo di qualsiasi strategia e progettualità (*caso 5*), per ciò che riguarda la condizione degli operatori parasanitari.
- ii. I meccanismi di delega e rinvii per competenza tra i servizi. Gli utenti portatori di problematiche complesse e pluridimensionali, sono (ri)consegnati alla propria condizione di disagio di partenza, alla famiglia, alla strada, al carcere. Anche se dalla prospettiva interna a uno specifico servizio, che preseleziona a monte la propria utenza, può risultare il contrario, le problematiche complesse e pluridimensionali sono le più diffuse, e certamente non l'eccezione.
- iii. i percorsi di peregrinazione continua tra diversi contenitori del controllo e dell'aiuto di persone e situazioni multiproblematiche: si tratta di casi in cui la rete tra i servizi senz'altro c'è e funziona,

sufficienti a coprire i costi previsti per l'applicazione del CCNL. Il dott. Attademo si è impegnato a monitorare, anche attraverso una relazione dettagliata del collettivo operatori sociali, l'applicazione del CCNL laddove è già possibile e ad adeguare le tariffe orarie, rialzandole, nei progetti dove si rende necessario».

ma non è attivata con l'obiettivo della cura e dell'*empowerment*, ma con quello della difesa della società dalla devianza (*caso 7*).

Ritornando ora all'abbandono *classico* (abbandono *metodologico* e abbandono *pratico* nei servizi di salute mentale), ci sembra di poter descrivere alcune figure che si ripetono:

- i. La SIR, ovvero la figura del post-manicomio: luogo di duplice abbandono (l'operatore e il malato), di intersezione tra abbandono e violenza (*caso 5*).
- ii. Il rifiuto di tutto quanto viene giudicato surrettiziamente non attinente allo psicologico-psichiatrico: sofferenti anziani ultrasessantacinquenni spediti alacremente in gerontocomi pubblici o in apposite strutture private per disabili, vecchi con segni di psicosi giudicati cronici e pertanto smistati al neurologo o altrove; sofferenti oligofrenici a cui non viene offerto alcuna presa in carico congiunta tra servizi diversi; sofferenti alcolisti, dipendenti da sostanze stupefacenti<sup>16</sup>; etc....
- iii. L'abbandono di ritorno, ovvero tutta quella umanità che viene restituita ai servizi di salute mentale in quanto residuo psichiatrico puro, non compreso nei protocolli terapeutici delle agenzie di controllo e trattamento del disagio e della devianza.
- iv. Il trattamento della «psicosi» ben compensata: l'uso smodato e routinario dei farmaci *long-acting* nella totale assenza di progettualità.
- v. Il trattamento del sofferente «riottoso» alle cure (farmacologiche) sistematiche: abbandono immediato dopo primo contatto, se non vi è pericolo sociale e/o di suicidio (*caso 6*) o abbandono successivo se non manifesta il sofferente comportamento di accettazione della strategia terapeutica (*caso 2*).
- vi. La decisione del campo di competenza (psicologico o psichiatrica) arbitraria, o non motivata, o motivata in modo incomprensibile.

<sup>16</sup> Valga per tutti costoro, soggettività di confine disciplinare, l'esperienza di quanto è accaduto con la chiusura definitiva dei manicomi. Presso l'ospedale «Frullone» (ospedale psichiatrico fino al 12 agosto 1999 quando fu definitivamente chiuso ed ora riaperto come attivo gerontocomio) dopo alcuni anni sono stati ricollocati i matti vecchi, che non era stato possibile sistemare altrove. Queste persone prima dimesse come «pazzi» dall'altro ospedale psichiatrico cittadino nel 2003, il L. Bianchi, sono rientrate come «anziani» nel *nuovo* gerontocomio del «Frullone».

- vii. L'induzione di dipendenza estrema dal servizio e come induzione della sindrome «meglio la ceramica che nulla». Conseguenze nefande sulle possibilità di autonomia (reale e non intesa in senso ortopedico) del paziente. Tutto il discorso sulla riabilitazione
- viii. L'assenza di progettazione nei «casi difficili» (*caso 1 e 3*).

## 5. CONCLUSIONI

In molte aree delle discipline medico-chirurgiche, la progressiva trasformazione dell'apparato diagnostico e terapeutico da un modello di rapporto quasi esclusivamente umano ad uno misto composto dall'uomo e dalla macchina, la specializzazione tecnica e professionale, la codifica dei modelli di intervento, ha reso non necessario e, talora, superfluo la complanarietà nella stessa équipe curante di ricerca e cura. Così non dovrebbe essere per il campo di intervento denominato «salute mentale» per il motivo semplice che la sofferenza detta malamente «mentale», pur se veicolata certamente<sup>17</sup> da sistemi corporei (biologici) quantificabili e misurabili, si esprime, comunque, in soggetti storicamente determinati, attraverso comportamenti e linguaggi che necessitano di interpretazione. Compito dei servizi di salute mentale, immersi per definizione nel tessuto storico-sociale di una popolazione, dovrebbe essere pertanto lo studio, la conoscenza e la trasformazione di questa sofferenza.

Così non è.

Mai come in questo campo, dove apparirebbe intuitivo che lo studio e la conoscenza di un fenomeno così complesso come la singolarità umana necessita di una sua propria metodologia e di uno sforzo teoretico peculiare inerente al suo oggetto, assistiamo ad una separazione netta tra assunti teorici e aspetti pratici. Non è questo il luogo per un esame anche superficiale dei due ambiti e pertanto alcune considerazioni successive appariranno ingiustificate, ma si spera che queste considerazioni abbiano una forza argomentativa interna tale da mitigare il loro carattere apodittico.

<sup>17</sup> Qui «certamente» sta per «nel nostro sistema doxico-ideologico a vasta diffusione planetaria».

Tutti gli sforzi teorici di comprensione del disagio umano, guidati da un'epistemologia naturalistica, partono dall'implicito che la causa del disagio vada ricercata in un'alterazione del funzionamento del sistema biologico, sistema che si suppone retto da leggi fisiche, le medesime che regolano il moto dei pianeti e l'agitarsi delle particelle elementari. I ricercatori del campo, i sostenitori, potremmo dire, della tesi riduzionistica sono ben consapevoli che non studiano «malattie», che si occupano solo di alterazioni, malfunzionamenti, disturbi, e che quindi non possono proporre cure nel senso autentico della parola, ma l'ipotesi riduzionistica che guida le loro ricerche serve appunto a corroborare la tesi della correlazione stretta tra alterazione esterna (la superficie dell'individuo con i suoi comportamenti) e alterazione interna (il sistema dei visceri con i suoi fluidi e le sue scariche elettriche). Costoro sono convinti che sarà possibile, in un futuro lontanissimo ma certo, correlare qualsivoglia comportamento umano ad uno scambio neuronico (anche tra solo due neuroni), ad un fluire di molecole. Ogni ipotesi riduzionista deve esserlo fino in fondo, altrimenti non è nulla.

Orbene, se immaginiamo di avere davanti a noi un enorme schermo che sia la visualizzazione di quanto accade nel nostro cervello ad ogni istante, se immaginiamo che questo schermo immenso muta incessantemente configurazione, se immaginiamo queste configurazioni come il correlato di ogni singolo attimo della nostra esperienza vitale, come possiamo pensare, innanzi a questa danza incessante, di fissare una correlazione biunivoca tra il mio corpo e la rappresentazione di esso quando l'istante dopo sono mutati entrambi i poli della correlazione? Possiamo solo immaginare che la ricerca, in un futuro lontanissimo ma certo, mi fornirà la formula per tutte le correlazioni possibili, cioè la legge del tutto<sup>18</sup>. Orbene la ricerca della legge del tutto non è un crimine contro l'umanità, ma non è una ricerca biologica. Essa, se esiste, appartiene al mondo delle leggi della fisica, o meglio della fisica e della matematica, non al mondo biologico. I sistemi biologici sono sistemi unici e ir-

<sup>18</sup> La teoria fisica oggi più accreditata al rango di «teoria del tutto» è la teoria delle superstringhe che ha molti accessi sostenitori e alcuni detrattori che l'hanno definita un esempio di autoerotismo, in quanto non è possibile oggi immaginare un esperimento che possa metterla alla prova.

ripetibili, inseriti in popolazioni di individui, legati al contesto in cui vivono, ai luoghi e agli spazi. Le tesi del biologismo psichiatrico non sono tesi biologiche. Eppure di fatto le tesi di correlazione sono condivise nel mondo della ricerca psichiatrica e nel mondo dell'assistenza psicologico-psichiatrica e costituiscono l'errore di metodo per lo studio e la trasformazione della sofferenza umana più diffuso nell'intera comunità scientifica e professionale.

Ma torniamo ora al punto da dove eravamo partiti: la funzione dei servizi di salute mentale.

Questi sogliono dividersi in servizi democratici e servizi meno democratici, più medicalizzati, meno vicini ai bisogni delle persone. Per dirla con tutta franchezza il mondo dell'assistenza in campo di salute mentale tende a dividersi in *destra* e *sinistra*, a destra coloro che sono inclini alla medicalizzazione di ogni disturbo, al trattamento anche con terapia elettroconvulsivante (ma solo se serve!) alla chiusura dei servizi alle 8 di sera, a sinistra in: sinistra dalle pratiche non buone a sufficienza e sinistra dalle buone pratiche (rispetto dei diritti dei malati, non contenzione, servizi aperti 24 ore su 24, etc...). Ora proviamo a semplificare e ad immaginare due psichiatri, che per comodità e con qualche ironia, chiameremo di destra e sinistra, e disegniamone il sistema doxico-ideologico.

Lo psichiatra di sinistra immagina una dimensione della vita civile dove il folle, sottratto allo stigma e alla violenza, debitamente aiutato può provare a vivere la sua vita. Egli (lo psichiatra) accetta, di fatto, la possibilità che la mente produca sintomi e che la mente sia una sorta di secrezione del cervello, ma ritiene che la mente malata è il prodotto sia di un cervello malfunzionante che di una società irrispettosa dei diritti dei singoli e oltremodo aggressiva verso chi è debole per natura. Lo psichiatra di sinistra ha pertanto le idee abbastanza chiare: lotta per i diritti dei malati mentali (e soprattutto casa e lavoro) e formula un piano di lavoro che preveda un clima di collaborazione tra i due attori (istituzione e malato), di crescita comune, di individuazione (partecipata) di strategie per rispondere ad esigenze e bisogni. In questa chiave, fondamentale è la prassi, vale a dire il fare qualcosa di pratico insieme con i malati, l'istituire percorsi individuali di emancipazione.

Lo psichiatra di destra ritiene che il problema della psichiatria dal «volto umano» sia un problema ideologico, un orpello del pas-

sato, un ostacolo per la cura. Egli esclude l'orizzonte politico dalle sue pratiche e rivendica la scientificità dell'approccio biologista come l'unico approccio possibile; non è contrario ad approcci psicologisti e ad interpretazioni psicologiche della malattia, ma non li ritiene centrali nel suo lavoro (almeno quello pubblico). Lo psichiatra di destra è fondamentalmente un professionista, riduzionista di stretta osservanza (le malattie mentali sono malattie del cervello), ricercatore universitario. Unica ideologia vincente è quella dell'efficacia e dell'efficienza, unico obiettivo arginare la crescita delle malattie mentali nel mondo e i relativi, elevatissimi, costi sociali. Lo psichiatria di destra è di fatto un ricercatore e professionista di serie B in quanto non può vantare grandi e significativi successi terapeutici, ed è chiamato comunque, che lo voglia o meno, al controllo sociale. Per costui unica remunerazione può essere economica o di carriera.

Ma ora cerchiamo di guardare questi due psichiatri più da vicino.

Cominciamo da quello di «sinistra».

Il primo punto da prendere in considerazione riguarda l'implicito antropologico: gli assi portanti della cura (quella psicologica e quella farmacologia) in che senso e in che modo coabitano nei processi terapeutici? Si tratta (è questo il sospetto) di una giustapposizione non ragionata, si avverte l'assenza di una concezione unitaria del disagio o un tentativo di concezione unitaria che renda possibile le operazioni di apposizione. Il collegamento tra pratica professionale (in genere psicofarmacologica, ma anche, quando accade, psicoterapica in modo rigido) e pratica di rapporto umano (tutto l'universo delle prassi «sociali») è affidato al caso, alla singola occorrenza; ora può darsi che così debba essere, che in altre parole non abbia senso (o che l'abbia in senso deterioro) una teoria che colleghi il piano psico-bio-farmacologico con quello social-linguistico-espressivo, ma forse continua ad avere senso la domanda *se e come* il collegamento sia possibile. In altre parole la domanda sul senso dell'intervento complessivo (che certamente si pongono i singoli operatori nel singolo caso) è ciò che appartiene propriamente al *politico*, alla sfera della ricerca di senso. Per lo psichiatria di sinistra si ha l'impressione che il politico sia importante ma esterno alla pratica stessa, che il poli-

tico denoti il campo dell'agire (e quindi delle prassi) e non il campo della domanda di senso che dalle prassi viene e alle prassi rinvia: la prassi rimane per lo psichiatra di sinistra il luogo di verifica del *politico*, il luogo di verifica dell'appartenenza politica, non il luogo dell'invenzione del *politico*.

Il secondo punto da considerare è quale sia, per questo psichiatra di sinistra, il rapporto tra psichiatra e paziente, tra sapere e sofferenza, tra potere e possibilità. La «cura» appare simile al processo di riparazione di un danno e di restituzione alla macchina pensante (il soggetto malato) delle capacità di agire che prima non aveva. Lo psichiatra come colui che restituisce senso all'agire confuso e difettuale del malato, la psichiatria come luogo dove si ricuce lo strappo della rete e dove si riannodano i fili interrotti. La sofferenza è portatrice di sapere istintivo e irriflesso mentre il sapere psicologico-psichiatrico è sapere della sofferenza (nel suo duplice aspetto di genitivo soggettivo e oggettivo), sapere criticabile ma sapere, potere di trasformare gli oggetti. Di fatto lo psichiatra di sinistra è colui che ha come *sapere* quello di saper utilizzare altri saperi (quello farmacologico, quello tassonomico affidato sempre più alle scale di valutazione che all'occhio clinico, quello psicologico-psicoanalitico, quello politico-sociale, quello manageriale), è il tecnocrate del benessere, dell'inserimento lavorativo e sociale. In effetti, lo psichiatra di sinistra intuisce che la sofferenza umana non è ridicibile in nessun modo al malfunzionamento cerebrale (anzi nasce da questa premessa) ma sviluppa poi il rapporto tra sofferenza e istituzione dal lato istituzione (criticandola ma credendo con forza nel suo positivo rinnovamento). Il rapporto con il sapere è quindi un rapporto ingenuo, utile per giustificare una pratica ma non per produrre modifiche del sapere stesso.

Veniamo ora allo psichiatra di «destra».

Uno dei suoi argomenti prediletti riguarda la scientificità delle proposizioni, degli enunciati della psichiatria. Egli afferma che è possibile parlare di enunciati scientifici solo se gli enunciati stessi sono verificabili e se il processo di verifica è dello stesso tipo di quello in uso nelle scienze fisiche. In pratica l'oggetto di ricerca deve essere quantificabile, misurabile, manipolabile; si deve poter fornire una spiegazione teorica dell'intervento umano sull'oggetto dell'esperimento; si deve poter misurare l'oggetto prima e dopo

l'intervento. Naturalmente in psichiatria si è ben lungi da formulare un esperimento che risponda alle condizioni di base di qualsiasi sperimentazione «fisica» del settecento, ma lo psichiatra di destra insegue con convinzione il modello dell'interpretazione naturalistica della realtà, secondo il quale il reale non è altro che la manifestazione di quello che accade a livello microscopico dove funzionano le leggi della fisica e della matematica. Il riduzionismo in medicina funziona (o può funzionare) non perché sia «vero» ma perché non si chiede all'intervento medico altro che efficacia ed efficienza; il rapporto medico-paziente è esterno o collaterale al rapporto tecnico, lo riveste e circonda, ma non pone domande alla tecnica di intervento: il bravo medico è colui che sa curare e prevedere, un bravo Sherlock Holmes, un artigiano capace. Il riduzionismo in psichiatria non può funzionare perché il suo oggetto di applicazione è in sé non misurabile, lo diviene solo per artefatto linguistico (la decisione della comunità psichiatrica); esso (il riduzionismo) può solo servire come giustificazione scientifica di prassi professionali (le prassi psicologico-psichiatriche). Lo psichiatra di destra si colloca all'interno della visione, oggi vincente, dello sviluppo umano inteso come progresso tecnico scientifico.

Ed allora che fare? Come opporsi al tecnicismo democratico dello psichiatra di sinistra e come combattere il gelido e disumanizzante riduzionismo dello psichiatra di destra?

Questa piccola e iniziale ricerca sull'abbandono vuole essere uno dei modi possibili per tentare una risposta, risposta che, in chiusura, proveremo ad elencare in proposizioni:

- i. Scelta della materia di indagine non conforme ad un oggetto di attività o ricerca professionale (la sofferenza e non il disturbo).
- ii. Scelta del gruppo di ricercatori per conformità tra protensione alla ricerca, oggetto della ricerca, strumento della ricerca stessa (osservazione partecipante non distanziante da parte di ricercatori a loro volta esclusi).
- iii. Riferimento teoretico non direttamente disciplinare (sociologico, psicologico, psichiatrico, etc...) ma a narrazione vasta dell'agire antropico (il libro *Trattato della ricerca diadromica trasformazionale* di Sergio Piro), narrazione che è parte teorica dell'intera ricerca e di fatto propedeutica ad essa.

- iv. Inserimento del gruppo di ricercatori (Mancini, Moscarelli, Verde) nel gruppo di una ricerca complessiva (*Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica*). Asserimento forte della multiaccadimentalità delle prassi.
- v. Definizione del legame di ogni ricerca antropologica ai sistemi doxico-ideologici locali e quindi asserimento forte della sua provvisorietà, ma anche della sua necessità nel turbinio dei sistemi stessi.
- vi. Porsi come punto per una successiva e più ampia ricerca sullo stesso tema (dello stesso gruppo o di altri gruppi) nella forte consapevolezza che la conoscenza è possibile solo nella trasformazione sia dell'osservato che dell'osservante.

## B. Documenti: i casi<sup>19</sup>

di

Antonio Mancini, Roberta Moscarelli e Salvatore Verde

### 1. D. M. C. (CASO N°1 DEL DATA-BASE)

C., donna di circa trenta anni, etichettata come «bipolare», ha subito un trattamento sanitario obbligatorio molti anni orsono. Dal 2000 viene seguita dal servizio competente di salute mentale. La madre controlla i suoi accessi ai colloqui clinici ed interviene con il medico curante senza che C. lo desideri. La presenza di C. è continua durante i periodi critici, molto spesso rivendicativa, altre volte tesa ad evitare di essere ricoverata in trattamento sanitario obbligatorio. La gestione del caso è affidata integralmente ad uno psichiatra. Seguimento attentissimo ma sempre solo con farmaci. Non risultano tentativi psicoterapici. Il giorno 5-9-05 trattamento sanitario obbligatorio.

*Commento.* Caso esemplare di abbandono da ipertrofia psichiatrica. In questa circostanza colpiscono alcuni fatti elementari che si prova ad elencare:

- i. La paziente vive un conflitto molto intenso in ambiente familiare, dal quale cerca di venir fuori. Il medico che la segue ha contatti con lei, con i familiari (specificamente la madre), con entrambi. Si ricava la sensazione che il medico faccia così perché ha la responsabilità del caso clinico e tale responsabilità si traduce in un totale protagonismo.
- ii. La paziente è persona vivace, di buona cultura, capace di stabilire legami. Non ha mai praticato terapia psicologica, non le

<sup>19</sup> Si riportano alcuni casi (di alcune città della Regione Campania) esemplari e ritenuti esemplificativi di condizioni diverse di abbandono. Sono stati redatti in modo diverso, perché diverso è stato lo strumento di raccolta dell'informazione. Avremo quindi spunti da cartelle cliniche, racconti di incontri con le persone coinvolte nel caso, testimonianze di rapporto di uno dei ricercatori con soggetti «abbandonati». In ciascun «caso» è stato omesso quanto potesse far individuare direttamente le persone coinvolte per motivi ovvi di deontologia professionale. Esiste comunque un «data-base», con i dati anagrafici originari, che è a disposizione delle autorità preposte.

è mai stata proposta, non è stata mai discussa. La gravità del quadro non richiede un approfondimento psicologico? I servizi di salute mentale non possono erogare altro che assistenza e seguimento farmacologico; il servizio di salute mentale è fondamentalmente un servizio psichiatrico.

- iii. Assenza di altre figure coadiuvanti. Gli infermieri in genere sono utilizzati per i casi difettuali, cioè per coloro che sono matti ma che non riescono da soli a funzionare socialmente in modo sufficiente. Chi ha il progetto di cura ritiene che il coadiuvante sia utile per supportare, a mo' di protesi, il minorato ma che non possa interferire con l'esagitato, il maniacale, lo psicotico scompensato. Di fatto non è così perché gli infermieri vivono nei servizi a stretto contatto con la follia, eppure dai progetti di cura sono esclusi se non nei casi di supporto a coloro che si ritirano dal sociale.

L'abbandono in questo caso nasce proprio dalla medicalizzazione estrema del rapporto, dalla confusione tra responsabilità del progetto di cura e responsabilità oggettiva per l'uso di farmaci, tra la presa in carico del problema e la presa in carico medicale della persona.

## 2. F. G. (CASO N°2 DEL DATA-BASE)

La paziente entrò in contatto con il servizio di salute mentale in occasione di un suo tentativo di suicidio, impedito miracolosamente da un infermiere del servizio stesso. In quella occasione subì un trattamento sanitario obbligatorio.

Dopo la dimissione dall'ospedale fu affidata alle cure di uno psichiatra del servizio di salute mentale competente. Questi limitò il suo intervento a colloqui (brevi) e distanziati nel tempo, orientati unicamente alla formulazione della diagnosi psichiatrica e alla prescrizione di terapia farmacologica. Nessuna altra figura professionale fu coinvolta nella «presa in carico», nessun progetto clinico complessivo fu discusso, nessun approccio psicologico fu tentato.

La paziente, fin dalla dimissione dall'ospedale, mostrò riluttanza nell'assunzione dei farmaci e per tale motivo, come talvolta

accade quando si è verificato un tentativo di suicidio, fu *controllata* da vicino da due infermieri che avevano il compito di visitarla presso il suo domicilio, stabilire una qualche relazione di confidenza, convincerla ad assumere la terapia prescritta.

Gli infermieri, innanzi all'angosciosa richiesta di aiuto della paziente, che talora si esprimeva in prolungato silenzio, non sapendo cosa fare, riferirono dei loro insuccessi e delle loro frustrazioni allo psichiatra.

Il risultato di questa difficoltà fu l'interruzione delle visite infermieristiche per circa due mesi, trascorsi i quali, fu richiesto un trattamento sanitario obbligatorio.

*Commento.* Questo caso riveste un grandissimo interesse per la metodologia di cura che rivela in modo chiaro e per la condizione di *malpractice* sostanziale.

Veniamo alla metodologia. Gli infermieri entrano sulla scena con il compito di un seguimento domiciliare della paziente riottosa al trattamento farmacologico. Si evince quindi che il loro compito sia quello di «costringere» la paziente ad assumere la terapia prescritta (ha tentato un suicidio), di parlarle e di ascoltarla ma solo al fine di ottenere l'effetto desiderato (la fiducia e la collaborazione della paziente) per raggiungere l'obiettivo prescelto (il trattamento farmacologico). Si noti la scomparsa dello psichiatra, che prescrive solo i farmaci, e la comparsa sulla scena dei due infermieri che non hanno solo l'incarico di somministrare una terapia (infatti sono stati scelti; non sono infermieri che a caso, a secondo del turno, si recano al domicilio della paziente, come accade di routine per gli altri pazienti accondiscendenti alle prescrizioni e impossibilitati per motivi vari a raggiungere il servizio), ma anche quello fondamentale del «convincimento dialogante».

Il sapere tecnico quindi da un lato (in genere lontano e oscuro), il sapere umano della pratica dall'altro al servizio non del sapere tecnico (gli infermieri non ricevono alcuna formazione sul campo) ma del controllo e del potere, in una parola della disciplina o se si preferisce del potere disciplinare.

Ecco che la pratica di cura apparentemente legata ad una metodologia di cura svela il suo volto: esecuzione di un potere e as-

soggettamento di un corpo, di quel corpo che voleva annullarsi nel suicidio. Il folle che vuole suicidarsi è doppiamente colpevole: del non riconoscimento della sua follia (non voglio prendere le medicine), del volersi sottrarre al potere, del voler scomparire, del non voler riconoscere con il suo corpo vivo quel potere che lo vuole annientare.

### 3. M. F. (CASO N° 3 DEL DATA-BASE)

M.F. ha 40 anni. Ha conseguito la maturità scientifica ed ha frequentato l'Università fino al 2° anno di Economia e Commercio.

La sua storia clinica sembra risalire indietro nel tempo, all'età di 7-8 anni, quando, dopo la tragica morte della sorella, più grande di due anni, si legò molto ad un cugino, che, dopo qualche mese si allontanò. Da quel momento F. cominciò a rimuginare ossessivamente su quanto era accaduto raggiungendo elevatissimi livelli di angoscia che venivano espressi sottoforma di crisi caratterizzate da grida e gesti autolesionistici.

Nonostante il grave disagio riuscì a studiare e a svolgere lavori a termine fino al 1999.

La sua vita sociale fu sempre molto travagliata così come le sue storie d'amore (l'ultima conclusasi nel 1999). Da quel momento la sua condizione psicopatologica divenne insostenibile per la comparsa di gravi ossessioni geometriche e matematiche.

Il primo contatto di M.F. con il servizio di salute mentale (da ora indicato come Servizio) è del novembre del 1999: fu richiesto un ricovero presso una struttura psichiatrica. All'epoca era seguito da uno specialista privato e, pur assumendo farmaci specifici (antidepressivi e benzodiazepine), non aveva ricavato alcun beneficio dalla terapia. L'autorizzazione venne concessa per un periodo di 15 giorni e fu effettuato il primo ricovero.

Dopo le dimissioni la sua condizione esistenziale non cambiò: angosciato, ossessionato dalle forme geometriche, presentò comportamenti autolesionistici ed interruppe totalmente tutte le relazioni sociali precedenti. Fu seguito, in quella fase, presso la Psichiatria dell'Università Federico II ed assunse molti psicofarmaci di varia tipologia.

Dopo un lungo periodo di assenza di contatto tra il paziente e il Centro e di vuoto progettuale del Servizio, nell'agosto del 2002 il paziente ritornò accompagnato dal padre. La richiesta principale che pose, in quella circostanza, fu di far parte di un centro riabilitativo, richiesta che, gli fu risposto, sarebbe stata valutata durante la riunione d'*équipe*.

Seguì un altro periodo lungo (più di un anno) di assenza di contatto tra F. e il Servizio.

Nel 2004 gli psichiatri dell'Università Federico II<sup>o</sup>, in occasione di un ricovero, durante il quale il paziente era stato sottoposto a ECT<sup>20</sup>, contattarono il Servizio, affinché il paziente fosse preso in carico.

Ciò non avvenne immediatamente e nel gennaio del 2005 F. riprese spontaneamente contatto con il centro di salute mentale subito dopo la dimissione da un nuovo ricovero presso il reparto di psichiatria dell'Università Federico II<sup>o</sup>. Fu concordato con gli psichiatri della Federico II<sup>o</sup> che F. sarebbe stato seguito presso il loro ambulatorio per l'aspetto farmacologico e presso il Servizio per la riabilitazione.

Da quel momento F. peggiorò vistosamente.

I controlli domiciliari fatti dal Servizio (a cadenza *mensile*) evidenziano grave ritiro sociale fino al blocco psicomotorio, nonostante l'assunzione di neurolettici ed antidepressivi, ridotta capacità di prendersi cura della propria persona, rituali ossessivi che duravano non meno di quattro ore. L'ipotizzato inserimento presso una struttura riabilitativa non apparve possibile, ma, d'altro canto, anche la permanenza in famiglia divenne problematica. Si optò, concordemente con gli psichiatri dell'Università Federico II<sup>o</sup>, per l'inserimento in una comunità terapeutica.

Nel maggio del 2005 venne ricoverato presso una casa di cura e vi resterà per circa due mesi.

Dal luglio al novembre 2005 furono fatti, in maniera caotica, numerosi interventi domiciliari urgenti, date le gravi condizioni in cui versava F., finché il paziente non fu inviato (allontanato) presso una comunità terapeutica.

*Commento.* La sofferenza estrema di M.F. avvolge come un'ombra l'insieme degli operatori che si sono occupati di lui.

<sup>20</sup> Terapia elettroconvulsivante (nota esplicativa dei ricercatori)

La parola «abbandono» in questo caso drammatico (F. fu anche sottoposto ad un ciclo di elettroshock) designa il vuoto progettuale, da parte dei curanti, che accompagna la vita di questa persona. Colpisce in questa condizione umana di sofferenza estrema (il paziente è tiranneggiato da una serie di pensieri e comportamenti avvertiti come propri), la navigazione a vista degli operatori del servizio di salute mentale e dei loro colleghi dell'Università Federico II°. Il rapporto tra servizio distrettuale e università ricalca una definizione dei compiti istruttiva: gli universitari sono responsabili del trattamento farmacologico, gli psichiatri del servizio distrettuale sono coloro che si occupano della parte «riabilitativa». Mai separazione tra mente individuale e mente collettiva e sociale fu sancita con maggiore nettezza. Mai separazione tra biologico e psicologico fu accettata con tanta acriticità.

L'abbandono di M.F. non è solo in questa supina accettazione del biologismo come ideologia totalitaria di cura, ma anche e forse perlopiù nell'assenza di un qualsiasi progetto psico-socio-relazionale: tutto accade come se fosse inevitabile, tutto accade come se sulla scena tutti stessero aspettando l'evento risolutore, miracoloso.

In questa prospettiva la discussione sull'elettroshock assume altra e più significativa pregnanza: non più la abusata e disonesta *quaestio* tra sostenitori e oppositori della terapia elettroconvulsivante, ma la conferma che il rivolgersi a quella terapia è segno di incapacità progettuale, di sprezzo di ogni forma di scienza che non sia lo scimmiettamento della fisica (tali sono le scienze biologiche), abbandono del paziente e (il che è lo stesso) scelta terapeutica all'ombra di un biologismo totalitario e fondamentalista, inesistente e feroce.

#### 4. S. R. (CASO N° 6 DEL DATA-BASE)

S.R. è una donna di 27 anni. La madre, nel dicembre del 2004, richiese un intervento urgente al servizio di salute mentale competente per territorio. Lo psichiatra che visitò S. R. riscontrò condizioni fisiche defedate (peso: 30 Kg.) a causa dell'alterazione del comportamento alimentare.

R. apparve in quella circostanza oppositiva, determinata nel perseguire il suo obiettivo (essere magra), non fu disponibile al colloquio e rimase ostinatamente presso la sua stanza, mentre gli operatori si intrattenevano con la madre per circa un'ora.

Gli operatori riuscirono, malgrado tutto, a scambiare con R., intenta già a preparare i regali di Natale, qualche battuta sulla possibilità di ricevere un suo regalino. La paziente accettò e gli operatori promisero di ritornare.

Ciò non accadde.

S.R. fu seguita, successivamente, per l'anoressia da un medico nutrizionista della Università Federico II° e da uno psichiatra della stessa Università, con il quale non strinse un buon rapporto (*transfert* nel supponente e antiquato linguaggio psicologico).

L'unico ulteriore contatto con il servizio di salute mentale fu del giugno 2005, allorquando sarà sottoposta a trattamento sanitario obbligatorio perchè pesava circa 28 kg.

*Commento.* Caso classico di abbandono. La paziente rifiuta «ostinatamente» di avere un rapporto con i medici, i quali stabiliscono un rapporto con la madre, riescono ad estorcere alla paziente la promessa del regalo di Natale, poi l'abbandonano. In questo caso paradigmatico il servizio di salute mentale assume la veste del notaio della condizione di sofferenza: registra il seguimiento da parte del medico nutrizionista, annota il fallimento del rapporto psicologico con medico universitario (a conferma della responsabilità della paziente del fallimento iniziale).

L'intervento sanitario avverrà per motivi di tutela della salute fisica. Il servizio risponde alle sollecitazioni e alle richieste di intervento, ma di fatto risponde per non assumere in carico. Infatti la «presa in carico» palesemente è intesa come presa in carico della persona sofferente e non della sofferenza della persona: se la persona rifiuta il contatto e non mostra segni di pericolosità sociale viene abbandonata al suo destino, salvo riprenderla in carico quando rischia la vita.

Nulla è fatto, nulla è discusso, nulla è tentato, di nulla vi è traccia. La scena si apre con un incontro professionale dal volto umano (gli operatori si trattengono a casa per un'ora, parlano di

altro con la paziente, mostrano un qualche interesse per il lavoro di preparazione dei regali di Natale), per chiudersi, dopo un'inspiegabile latitanza degli operatori, con la notarile registrazione di una delega e un fallimento: la piccola luce che era stata accesa viene con prontezza rimossa e tutto precipita nel buio della disperazione e dell'alimentazione forzata.

## 5. IL GRUPPO DI RICERCA INCONTRA A, UN OPERATORE DELLA SALUTE MENTALE<sup>21</sup> (CASO N° 15 DEL DATA-BASE)

SALVATORE: Se sei d'accordo potremmo cominciare a parlare della tua precedente esperienza lavorativa.

A.: La struttura era della Azienda sanitaria locale...<sup>22</sup> Gli infermieri c'erano solo di mattina e di notte. La mattina gli infermieri accompagnavano i pazienti a fare la terapia, le analisi. Poi c'eravamo noi operatori, due la mattina, due il pomeriggio e uno la notte.

SALVATORE: Quanti pazienti c'erano?

A.: Erano dieci persone

SALVATORE: Gli operatori lavoravano lì con una cooperativa?

A.: Sì con la cooperativa ... che aveva una convenzione con la Asl.

SALVATORE: E il personale medico?

A.: C'era uno psichiatra dell'Asl che era anche responsabile della struttura.

SALVATORE: Ma lo psichiatra per quante ore al giorno è presente in una struttura del genere?

A.: Lo psichiatra non si vedeva mai. Talvolta veniva soltanto per fare i conti, per guardarsi le carte e basta.

SALVATORE: C'era anche un servizio medico assicurato in quella struttura? E come funzionava?

A.: In caso di emergenza ci si rivolgeva al distretto ed arrivava qualcuno da lì.

SALVATORE: Cosa significa emergenza?

<sup>21</sup> Il testo che segue è la trascrizione di un incontro tra i ricercatori e un operatore di cooperativa di riabilitazione denominato «A». A. ha lavorato e lavora, come operatore di una cooperativa di riabilitazione, in strutture denominate S.I.R., deputate al reinserimento di pazienti (in genere gravi, molto spesso dimessi da ospedali psichiatrici chiusi in fretta e senza alcun ricordo con il territorio di accoglimento dei pazienti stessi). Queste strutture, collocate generalmente in periferia, sono spesso lontane dal centro di salute mentale a cui afferiscono; in genere hanno un proprio organico infermieristico e uno psichiatra responsabile.

<sup>22</sup> Nel testo sarà denominata «Asl»

A.: Se qualcuno sta male, o va in crisi. In questi casi gli operatori che arrivavano gli facevano una siringa, o lo portavano al centro di salute mentale. Ci sono gli infermieri che fanno una telefonata, chiedendo a qualcuno cosa devono fare, come devono intervenire.

SALVATORE: Se ho capito bene, per crisi si intende un momento in cui c'è un problema serio di gestione di una persona. In genere cosa si intende per crisi? Sono persone che si agitano, che diventano aggressive...

A.: Sì, in genere il segnale di crisi è uno stato di agitazione di una persona. Ha avuto un comportamento non normale.

SALVATORE: Chi è che legge lo stato di crisi di una persona? Non essendoci sempre presente uno psichiatra chi è che valuta la situazione di crisi?

A.: L'infermiere.

SALVATORE: Come funziona la divisione del lavoro tra la figura dell'infermiere e quella degli operatori?

A.: Nella struttura di ... c'erano, in pratica, soltanto gli operatori. Gli infermieri venivano soltanto per qualche ora la mattina, e poi la notte. Su dieci ricoverati c'erano tre operatori la mattina, due il pomeriggio ed uno la notte. Negli ultimi tempi tolsero anche l'infermiere di notte. Questo accadde perché il responsabile della struttura pretendeva che noi operatori segnalassimo la effettiva presenza dell'infermiere, se veniva o meno e per quante ore stava presente. Pensate cosa accadeva in questa situazione? Se qualcuno di notte aveva un infarto, non c'era nessuno di noi in grado di aiutarlo. Adirittura proposero di istituire il servizio del telesoccorso. Quando si verificò questa situazione, ci imposero di marcare il cartellino ogni ora.

SALVATORE: Mi spieghi meglio questa situazione?

A.: In pratica per essere sicuri che l'operatore non si addormentava o non si distraeva, imposero la marcatura del cartellino ogni ora, così come si fa con i vigilantes che assicurano la sorveglianza ai negozi. Come sistema di controllo sugli operatori. La direttiva era del responsabile della struttura... con l'avallo del responsabile della cooperativa che allora disse che non dovevamo preoccuparci perché si trattava di una misura che avrebbe monitorato la qualità e non la quantità del nostro intervento. Io gli risposi che il metronotte non lo facevo. Infatti, andai a parlare con i responsabili della mia cooperativa su questa mia contrarietà alla cosa e dopo 24 ore mi comunicarono che mi avrebbero spostato in un'altra struttura.

SALVATORE. Questo episodio mi porta alla mente un fatto che accadde nel carcere di Parma. In quel posto di notte la sorveglianza era affidata ad un brigadiere che per controllare se le guardie di servizio fossero vigili, giravano per i vari posti di servizio e toccavano con la

mano le sedie, per vedere se erano calde e quindi se l'agente non stava in piedi. Una volta un brigadiere, durante il suo giro di controllo, aveva notato sul volto della guardia dei segni che, nella sua interpretazione, erano stati prodotti dalla pressione della testa sulla mano. Praticamente l'accusa era che il ragazzo si era non solo seduto, ma addirittura aveva appoggiato la testa sulla mano e, quindi, se ne poteva dedurre che si era addormentato.

Ma tornando a noi ci racconti come si trascorre una giornata in un posto così?

A.: La giornata comincia con la sveglia. Poi bisogna *docciarli*, gli fanno sistemare la camera, bisogna farli vestire. Nella struttura di ... i calzini dovevano essere intonati con la camicia. Sì, intonati con la camicia, e guai se qualcuno veniva meno a questo obbligo. Ma c'è il caso di una paziente di 75 ani che era stata dimessa dal Bianchi, una pazza scatenata. Questa viene portata nella struttura di ... Le fanno la doccia, le impongono il taglio e la tintura dei capelli, e poi la portano a fare la ceretta nell'inguine. E questa, giustamente, «facette 'a pazza». L'operatrice mi disse che questa là dentro gridava e si dimenava, e diceva: «ma pecché nun se tira essa e pile a coppa a fessa?». Ma immaginate. La ceretta è una cosa dolorosissima, io me la faccio da vent'anni. E pensate a cosa significa fare la ceretta al viso ma alla fine non riuscirono a strappargliela per cui questa tornò alla struttura con tutti i pezzi di cera ancora attaccati.

SALVATORE: Quindi la mattina c'era questo rito della cura dell'igiene e questo rito della vestizione.

A.: Comunque quasi tutti quelli che stavano lì dicevano che stavano meglio al manicomio, sai. Nessuno di loro dice che sta bene lì e che vorrebbe continuare a stare lì.

ANTONIO: questo non è poi tanto strano. Negli ultimi tempi del manicomio, ad esempio al Frullone, donne e uomini stavano insieme, potevano avere scambi ed in quella struttura si riuscì addirittura a lasciare che si formassero delle coppie, persone che dormivano anche insieme.

A.: Sì infatti qualcuno lo dice che stava in coppia. Ad esempio... diceva che lei in quel periodo stava con ..., lui a volte la picchiava. Infatti anche adesso .... ogni tanto la viene a trovare, le porta dei regali. In realtà queste persone non sono vere e proprie coppie, nel senso che non stanno insieme, sono più come fratelli e sorelle. Infatti su queste situazioni i responsabili della struttura hanno fatto un po' di pubblicità, sono venuti anche i giornalisti.

A.: (tornando all'organizzazione della giornata): ... al piano di sotto c'era una cucina, con un cuoco, e mangiavano tutti al piano di sot-

to. Dove sto adesso ci sono cinque operatori. Due operatori si occupano dei pasti e poi ci sono le uscite col pulmino, due giorni a settimana, il lunedì ed il giovedì, e poi un altro giorno solo di mattina.... Poi a cadenza settimanale due pazienti si ritirano i panni e li stirano. Però nei compiti ruotano un po' tutti... Col pulmino li portano un po' in giro. O vanno al bar. Sono in cinque o sei che escono. A ..., invece, avevamo il pulmino nostro ed era molto meglio, perché, ad esempio, io tutti i pomeriggi li portavo a fare una passeggiata. Qua invece il pulmino viene fornito dall'Asl. I familiari in questo sono presenti perché organizzano collette per raccogliere i soldi per qualche attività. A portarseli a casa non se ne parla proprio, non li vogliono. Li vediamo giusto ogni tanto, quando si organizza un'uscita lunga e in questo caso vengono a mangiare anche i familiari. Ma se gli dici di venirselo a prendere e portarlo a casa non se ne parla proprio.

SALVATORE: E da soli? Quanti di questi pazienti possono uscire da soli?

A.: Uno solo. Va in giro per il centro storico. Poi c'è ... che se ne va e poi torna ubriaco. Poi c'è qualcuno che ogni tanto si allontana per andare a comprare le sigarette.

SALVATORE: Chi ha le chiavi di ingresso della struttura?

A.: Nessuno, c'è un cancello che si bussa e si apre.

SALVATORE: senti, chi decide che le persone possono uscire da sole, e come viene presa questa decisione, sulla base di quali criteri?

A.: In effetti non decide nessuno. In realtà a ... (quello che esce) non gli dicono più niente. Gli altri se escono vengono visti dall'infermiere che controlla il monitor della telecamera posta all'ingresso e così lo va a cercare. In effetti non è che c'è proprio qualcuno addetto al controllo del monitor. Il monitor è in medicheria e l'infermiere che è lì gli dà un'occhiata.

SALVATORE: Ma quindi non c'è nessuno che decide su chi può uscire e chi no?

ANTONIO: Nessuno può decidere perché queste strutture non sono, o non dovrebbero essere, carceri. In teoria ciascun paziente è libero di entrare o uscire, in pratica escono solo coloro che sono giudicati affidabili.

SALVATORE: Ma questo giudizio di affidabilità come matura?

ANTONIO: Matura attraverso l'osservazione del comportamento. La persona che esce è colui che non torna ubriaco, non torna malmenato, che non ha fatto casini fuori; che non delira troppo, o che, se delira molto, non è aggressivo e violento. I problemi nascono quando la malattia mentale si esprime come opposizione alle regole interne o come comportamento che può dar fastidio alla società esterna. In questi casi la prima risposta è: questo non esce.

SALVATORE: Quindi possiamo dire che si opera una sorta di scambio tra osservazione delle regole interne ed esterne e questo beneficio, che è poi l'uscita?

A.: In parte è così. Ma ci sono casi di persone che non sono autonome, autosufficienti. Ad esempio il caso di ..., una persona di 73 anni, che magari se esce si perde, non riesce più a trovare la strada.

SALVATORE: E invece il monitoraggio sulle condizioni psicologiche delle persone?

A.: Non lo fa nessuno, pragmaticamente sono gli operatori che gestiscono questo aspetto.

ANTONIO: Ecco, questo è l'abbandono, quello che io chiamo abbandono. Perché se il paziente fosse veramente seguito, magari sarebbe anche «razionale» la decisione di non farlo uscire da solo, perché avrebbe un fondamento. Ma questo non accade, ed allora decisioni anche rilevanti sugli aspetti dell'autonomia e del processo di cura della persona seguono una metodologia implicita, e l'implicito qui è «se ti comporti bene ti viene dato un premio». Si perché se un operatore non partecipa alle riunioni, non dico giornaliere, ma almeno bisettimanali, dove si valutano i processi, tutto quello che viene dato o meno alla persona deriva soltanto dalla pura osservazione dei comportamenti. Alla fine questi sono luoghi dove le persone vengono semplicemente accudite, talvolta meglio che nei manicomi, per certi aspetti spesso non con lo stesso dispendio di risorse come era nei manicomi, ma soprattutto sono luoghi dove il dato psicologico viene dato per scontato. Si tratta di soggetti cronici dove non c'è più nulla da recuperare, dove la riabilitazione è fondamentalmente ortopedica, ti sei fratturato la coscia e non riesci più a camminare, io ti metto in condizione di poter zoppicare per casa.

SALVATORE (rivolto ad A.): Quindi tutto quello che viene fuori dalla relazione tra te e il paziente che fine fa? Cioè, il tuo giudizio sul paziente, le tue valutazioni, il tuo seguirlo quotidianamente, sono informazioni che vengono raccolte da qualcuno? Vengono discusse da qualche parte?

A.: Ma non so. Ad esempio, durante un'uscita ultimamente una paziente è entrata in un negozio e mi ha chiesto di poter comprare qualcosa. Io mi sono offerta di anticiparle i soldi, perché la sua famiglia non le dà i soldi. E lei è stata tutta contenta perché aveva potuto da sola comprarsi qualcosa. Di questo fatto ne ho poi parlato con la responsabile della struttura e lei mi ha detto di parlarne un po' con la sorella e vedere se era possibile organizzare questa pratica in modo più sistematico. Per queste cose ogni settimana c'è una riunione di coordinamento tra gli operatori ed i responsabili dove si parla un po' dei vari problemi della struttura e dei singoli casi più gravi.

SALVATORE: Non si discute dei singoli casi?

A.: No, si discute soltanto dei casi gravi. Ad esempio ultimamente si è discusso spesso di ..., uno che non può uscire, perché sta sotto controllo. E' uno di quei casi che ha un infermiere assegnato ogni giorno, che lo deve guardare a vista e deve impedirgli di uscire. L'infermiere è pagato con lo straordinario. Perché ogni volta che esce si ubriaca e torna sempre molto scassato... L'infermiere se ha lo straordinario lo guarda, se non ce l'ha non se ne fotte proprio. Queste attribuzioni di straordinario si chiamano «*seguimento individuale*», che avvengono nella struttura, dovrebbero avvenire nella struttura, nel senso che l'incaricato dovrebbe accompagnare la giornata dell'ammalato. E invece questo non accade. E infatti proprio ieri è scappato ...e quando ci si è accorti che ... era uscito sono intervenute due macchine della polizia ed un'ambulanza per andarlo a prendere. Perché si ubriaca e diventa aggressivo.

SALVATORE: ma il seguimento prevederebbe anche l'eventuale accompagnamento all'esterno?

A.: Certamente. Ma questo non avviene, perché gli infermieri preferiscono tenerli chiusi nella struttura. Infatti anche la responsabile della struttura più volte ha chiesto agli infermieri di farli uscire. Una cosa che ho notato è che i pazienti stanno più o meno tranquilli a seconda dei turni degli infermieri, delle squadre di infermieri che si alternano. Con quelli più umani e comprensivi le dinamiche nella struttura sono diverse. Con quegli altri nasce un clima di forte tensione e preoccupazione tra gli ammalati. Il loro umore dipende dalla squadra di infermieri che è presente.

SALVATORE: Com'è strutturato il centro?

A.: C'è un piano superiore dove ci sono le stanze, tutte a due letti. Poi c'è il piano terra che è uno spazio comune, un salone enorme, una sala da pranzo, la cucina e un giardino. Buona parte della giornata la passano stando in questo ambiente comune. Poi c'è un'altra cosa che bisogna dire. Il rapporto tra noi e gli infermieri è anche condizionato dal timore che essi hanno di «perdere il posto di servizio», nel senso che gli operatori esterni sono vissuti come concorrenti, come quelli che potrebbero sostituirli. Un'esperienza molto bella è stata quella che abbiamo fatto lo scorso anno, quando due di noi e un'infermiera (scelta da noi perché è una di quelle «buone») abbiamo vissuto un periodo di vacanza in una casa di... E' stato molto bello. Noi chiedemmo di avere la possibilità di poter cucinare con loro, rifiutando la pensione completa. E loro, al rientro nella struttura, ebbero molti problemi di adattamento. In quella situazione sembrava una famiglia; e poi il fatto di fare le cose insieme, fare la

spesa, preparare da mangiare, attendere alle faccende della casa, essere liberi di andare a mare, di stare in casa, di fare le proprie cose, insomma vivere insieme veramente. E poi non c'erano «gli impiegati», come loro li chiamano.

SALVATORE: Chi sono gli impiegati?

A.: Gli infermieri. Gli ammalati li chiamano così per distinguerli da noi, operatori di comunità, perché loro vivono una forte differenza tra queste due figure. Degli infermieri loro hanno paura, sì, paura ....

SALVATORE: Quindi c'è questa differenza enorme nella percezione tra voi e le figure degli infermieri.

A.: Certo, per questo dico ma di quale riabilitazione stiamo parlando, se i ricoverati vivono con terrore il rapporto con una parte degli operatori. Qualcuno di loro riesce a tener testa a questi personaggi soltanto quando ci siamo anche noi, perché forse si sentono protetti.

SALVATORE: Possiamo dire che i ricoverati hanno la percezione della continuità tra la loro esperienza nel manicomio e questa nuova condizione proprio nella presenza della figura dell'infermiere?

A.: Sì, è proprio così, anche perché questo personale viene, in gran parte, proprio dalle strutture manicomiali dismesse. Ma anche quelli nuovi, quelli che sono arrivati non dal manicomio, dopo un po' che sono nel servizio sono «costretti» ad un atteggiamento di conformità e di omerosità verso quella situazione.

ANTONIO: Quale autonomia decisionale hanno i pazienti? Ad esempio, hanno la disponibilità di gestire in proprio i loro soldi?

A.: No, il paziente può indicare le sue preferenze, ma poi è sempre l'operatore che provvede materialmente all'acquisto. Loro hanno la possibilità anche di decidere cosa comprarsi, ma il vero e proprio maneggio dei soldi non gli è concesso. Anche perché molti di loro non sono in grado di farlo. Molti si confondono, quasi tutti non hanno ancora capito la differenza tra euro e lire. Alcuni, per comprare ad esempio delle sigarette vanno dal negoziante e mettono sul bancone tutti i soldi che hanno, chiedendo di un pacchetto di sigarette. E allora se trovi il negoziante onesto è una cosa, ma se trovi quello che vuole approfittare della situazione, e spesso è così, i soldi spariscono. Un'altra cosa da dire è che nel fondo comune per la gestione della struttura i familiari versano 60 euro mensili per le spese delle uscite e di alcune piccole attività.

ANTONIO: Nessuno gestisce i soldi direttamente? E' mai stato fatto un tentativo di aiutarli nella gestione del danaro?

A.: No, da quando sto lì non è mai stato fatto un tentativo in questo senso.

ANTONIO: Come mai, secondo te, i pazienti hanno tante difficoltà nella gestione del denaro?

A.: Non lo so, credo per lo stesso motivo per cui quando vanno al bagno nessuno di loro si pulisce il culo, perché non è mai stato fatto un lavoro per dargli queste abilità. Non lo so. Nella situazione dove sto ora è diverso rispetto a quella di ..., dove eravamo soltanto operatori, ed allora avevi più autonomia nel poter fare le cose, nel poter decidere delle cose. Qui è tutto più complicato. E poi quella di ... era più una casa, perché lì erano soltanto dieci di loro e proprio spazialmente sembrava una vera e propria casa. Qui, invece, è proprio un posto di ricovero.

ANTONIO: è forse questo un aspetto importante. Nella situazione di ... il fatto che non ci fossero infermieri, paradossalmente, facilitava di più la nascita di dinamiche tipiche di una ordinaria vita domestica, con un accudimento di tipo casalingo.

SALVATORE (rivolto ad A): Questo è dovuto, secondo te, al fatto che si passa da una struttura per dieci persone ad una per venti?

A.: In parte, il fatto che è una struttura di venti (forse troppi) ma soprattutto gestita con la presenza degli infermieri.

SALVATORE: Come sono suddivisi i turni degli infermieri?

A.: Tre la mattina, tre il pomeriggio e tre la notte. Poi c'è il quarto uomo sempre per il «seguimento». Come operatori siamo invece cinque, e tutti giornalieri. Una con un contratto a trenta ore, poi ci sono io che ho trentotto ore settimanali. Noi facciamo la mattina fino alle sette di sera o il pomeriggio. La notte non è proprio contemplata nella convenzione.

SALVATORE: I vostri compiti specifici quali sono?

A.: Due di noi si occupano del progetto ... e del gruppo che vi partecipa. Però poi li coinvolgiamo anche in altre piccole cose, come ad esempio farli uscire a fare una passeggiata.

SALVATORE: Quindi voi operatori entrate in queste strutture con dei progetti?

A.: No, la cooperativa ha una convenzione con la Asl per un certo monte ore e per un gruppo di operatori; poi dentro l'operatività si individuano delle iniziative, dei progetti. Noi siamo lì dentro con un progetto annuale, denominato...

ROBERTA: Volevo chiederti, rispetto agli altri servizi presenti sul territorio, a quelli della salute mentale ma non solo, c'è una rete? I rapporti tra le varie strutture come sono, c'è una rete che funziona?

A.: Non c'è nessun collegamento. In effetti tutto si svolge lì dentro.

ROBERTA: Neanche con il Servizio per le tossicodipendenze?

A.: No. In effetti c'è questo ... che è un paziente a doppia diagnosi (alcolista), ma non c'è stato esito.

SALVATORE (rivolto ad A): Tornando alla tua condizione di «operatore» c'è mai stato qualche tentativo di costruire un coordinamento di operatori?

A.: Sì, e per qualche tempo ho anche partecipato. La cosa non venne presa molto bene dal consorzio di cooperative, perché lo vedevano come una cosa *contro*. Mandarono anche qualche spia alle riunioni per vedere cosa accadeva. Il momento di maggiore forza questo coordinamento lo ebbe in un periodo in cui non ci pagavano, ed allora molti operatori si fecero avanti perché c'era questa situazione di grande disagio. Poi, una volta arrivati i soldi, la cosa si smorzò. Anche perché molti hanno paura, perché sono tutti con contratti a termine o con convenzioni per prestazioni occasionali, ed in qualsiasi momento una cooperativa può buttarti fuori senza neanche doverti dare tante spiegazioni.

SALVATORE: cioè come fanno a buttarti fuori?

A.: Niente, ti licenziano perché gli sei antipatico, perché gli dai fastidio, perché devono mettere qualcun altro. E tutti noi sappiamo che non c'è nessuna possibilità di tutela legale per queste situazioni. Infatti questa mia amica che lavora con me, dopo due anni di contratto a termine si rifiutò di firmarne uno nuovo, perché ne voleva uno a tempo indeterminato. Il responsabile della cooperativa le disse che o avrebbe firmato o se ne sarebbe dovuta andare. Anche perché in questi contratti c'è sempre una clausola dove si dice che in caso di risoluzione del contratto non si ha nulla a pretendere. E se ti rifiuti di firmarlo per loro non c'è alcun problema, sai quanti ce ne stanno in coda che premono per entrare?...

SALVATORE: nella struttura dove lavori adesso quanti hanno il contratto a tempo indeterminato?

A.: Due su cinque, ma perché siamo vecchi di incarico, siamo entrati tutti e due nel '98. E gli ultimi contratti di questo tipo che hanno fatto sono del 1999.

SALVATORE: Com'è la gestione degli orari di lavoro? Rispetto agli orari vi chiedono flessibilità e disponibilità?

A.: No questo no, su questo sono molto fiscali. Anzi se capita che faccio qualche ora in più non mi è autorizzata e devo recuperarla. Ma un'altra cosa importante è che quasi tutti gli operatori sono inquadrati ai livelli retributivi più bassi del contratto, nonostante svolgano mansioni a volte estremamente qualificate. Quando ho chiesto perché mi tenevano ancora inquadrata al terzo livello, pur avendo i titoli e qualificazione per ambire ad un quinto livello, loro mi risposero: «quando ti farai un culo così poi vedremo». L'avanzamento di carriera funziona sul giudizio discrezionale del responsabile della cooperativa. Loro ti inquadrano a livelli superiori solo se te lo meriti (se ti fai un «culo così»). Le disparità che si vengono a creare sono dovute a fatti personali, a valutazioni assolutamente non oggettive. Queste contrattazioni avvengo-

no personalmente con il responsabile della cooperativa. Spesso accade che questo responsabile, per far risparmiare soldi alla cooperativa, non opera le sostituzioni quando un operatore viene meno. Per cui chi rimane in servizio deve coprire anche il lavoro di chi è assente.

ANTONIO: C'è una situazione in cui con una certa frequenza il mondo di fuori entra nella struttura, un modo di funzionare della struttura che facilita l'ingresso di persone esterne? Non so, che si realizzano iniziative, si organizza una mostra, si proietta un film, dove si invitano persone esterne?

A.: No, tranne qualche piccola iniziativa (ma forse una all'anno) non c'è una situazione del genere. C'è, in certi periodi, la presenza di ragazze che vengono a fare il tirocinio da noi. Ma in questi casi queste persone non si accorgono assolutamente delle situazioni di cui abbiamo parlato finora.

SALVATORE: Questa situazione mi appare paradossale, assurda, se la penso in confronto a quello che accade nella prigione. Nel carcere la quasi totalità delle attività interne, dalla scuola a quelle cosiddette culturali e ricreative, a quelle formative e ludiche, sono tutte fatte da associazioni, cooperative ed enti esterni. Immaginate che nel carcere dove lavoro a fronte della presenza di otto educatori dipendenti dell'amministrazione penitenziaria, ogni giorno entrano circa un centinaio di operatori esterni per attendere alle varie attività di assistenza e formazione dei detenuti. E' incredibile come questo tratto tipico dell'istituzione totale, la chiusura ermetica con l'esterno, finisca per essere molto più pronunciato nelle strutture post-manicomiali.

ANTONIO: questa situazione appare paradossale soltanto se non si tiene conto dello specifico della malattia mentale, che non soltanto comporta pratiche del contenimento, del controllo, dell'internamento ma, soprattutto, prassi del nascondimento, perché la malattia mentale è oscurità, perché è molto più inquietante del crimine, dell'illegale, la follia è un lato oscuro che veramente coinvolge tutti quanti noi. E questa esigenza del nascondimento è talmente forte che non è bastato chiudere i manicomi, per cui, non appena hai una situazione di accesa medicalizzazione, di nascita di nuove strutture di ricovero, i meccanismi del manicomio si riproducono immediatamente. Oggi nei centri di salute mentale c'è una tale fame di forza lavoro intellettuale che si aspetta letteralmente che le scuole di specializzazione in psichiatria sfornino nuovi professionisti per metterli immediatamente al lavoro. Questo perché c'è sempre più bisogno di «tecnici» che custodiscano e annichiscano altre persone. Le due leve con cui si controlla oggi il dilagare del malessere mentale è l'elargizione di sussidi alle famiglie attraverso il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e il fiume di farmaci che vengono distribuiti sulla popolazione.

SALVATORE: mi è sembrato di capire che l'utenza di queste strutture è al di sopra dei cinquant'anni. Non c'è un flusso di ingresso di persone più giovani?

A.: No, nella mia struttura no, anche perché non ci sono dimissioni. E siamo noi operatori stessi che talvolta non siamo d'accordo con lo spostamento di queste persone in un altro posto, un po' perché col tempo sono nati rapporti affettivi con loro, un po' perché non siamo sicuri che andrebbero a stare meglio.

SALVATORE: In tutte le Sir le cose vanno in questo modo?

ANTONIO: Queste strutture nate per ospitare temporaneamente pazienti sono divenute luoghi di internamento. Il manicomio rinasce laddove ripetitività, abbandono, violenza e sopraffazione divengono stili di lavoro ed oggi gli stili di lavoro e di cura in queste strutture sono un buon esempio del degrado dell'assistenza sociale e sanitaria nella città di Napoli.

SALVATORE: Forse per oggi può bastare. Ci rivedremo.

A.: Ciao.

*Commento.* Qui ogni commento è pleonastico.

## 6. IL RACCONTO DI UN INCONTRO (CASO 23 DEL DATA-BASE)

L'incontro è avvenuto il 12 marzo 2005, in un bar del quartiere dove abita E, luogo dove usualmente Salvatore lo incontra.

A occasione l'incontro è Salvatore. Il contatto avviene nel quartiere di residenza di E, il quartiere di Capodimonte, nella città di Napoli.

Salvatore conosce già E., perché lo incontra regolarmente il sabato e la domenica mattina al bar ed all'edicola di Capodimonte, i due luoghi di solito frequentati dagli anziani, dai non occupati e dagli sfaccendati del quartiere. E trascorre buona parte della sua giornata per le strade di Capodimonte. In genere non si allontana dalla zona.

Gli abitanti del rione conoscono E. perché la sua storia è una storia «eclatante». E. è un uomo di 40 anni, sin da ragazzo è stato un «ragazzo particolare», fino a quando questa sua originalità non è approdata a forme di sofferenza estreme. E., nel sentire comune, è uno dei pazzi del quartiere. Qualche anno fa questa sua follia ha portato anche ad un tentativo serio di suicidio: il giovane si è lanciato dal terzo piano del suo palazzo; è riuscito comunque a salvarsi.

E. vive da solo, i genitori sono entrambi morti alcuni anni fa, a distanza di poco tempo l'uno dall'altro. Non sappiamo nulla della sua abitazione, tranne il fatto che si tratta di una casa di tre stanze, cucina e bagno, situata nella zona centrale del quartiere. Non sappiamo come E. attiene alle incombenze della gestione quotidiana della sua abitazione, come provvede ad assicurarsi da mangiare, come vive in casa, se qualcuno lo aiuta o meno. Sappiamo soltanto che, generalmente, l'aspetto di E. è abbastanza curato, che gli indumenti sono in genere puliti, che il suo stato di salute appare discreto, anche se ha evidenti problemi odontoiatrici non curati.

Nei frequenti incontri con E., Salvatore ha potuto appurare che il giovane attraversa fasi diverse, dove il tono dell'umore oscilla tra un polo di forte sofferenza, con crisi di pianto (in pubblico), dove egli lamenta l'insostenibilità dell'assenza dei genitori, in particolare della madre, a fasi di maggiore serenità, dove orienta l'incontro con gli altri su contenuti gioiosi e conviviali.

Le sue relazioni con gli abitanti di Capodimonte sono fondamentalmente cordiali. Nessuno mostra di temere la sua «follia» e non è mai capitato di osservare quei tipici fenomeni di «persecuzione» che i ragazzi in genere agiscono nei confronti di quelli come E. Apparentemente la sua «integrazione» nel quartiere non soffre di forme eclatanti di rifiuto e di esclusione, anche se le relazioni comunicative con gli altri sono fondamentalmente centrate su quella bonaria tolleranza e interazione di superficie che le persone hanno verso i folli che non spaventano. Nel quartiere non si raccontano di episodi di eteroaggressività di E. e ciò, probabilmente, spiega la sua accettazione.

Capodimonte è una zona di insediamento piccolo-medio borghese, con prevalenza di un ceto impiegatizio che ha goduto dei programmi di edilizia popolare degli anni sessanta. Confina con i Colli Aminei, zona di residenza dell'alta borghesia, e con i quartieri popolari della Sanità e di Miano. La sua perimetrazione tra due grosse vie di comunicazione (viale Colli Aminei e Via Miano), e il carattere fortemente stanziale della sua popolazione, ne fanno un'enclave che, nel corso degli anni, ha sviluppato tratti di relazioni sociali tipicamente delle situazioni comunitarie. Gli abitanti, per la maggior parte, vivono nel quartiere da oltre quarant'anni, ed il mercato delle abitazioni è tradizionalmente gestito at-

traverso la valorizzazione dei rapporti faccia a faccia, che opera, di fatto, una selezione dei flussi di ingresso di nuovi abitanti del quartiere. Nel rione ci si conosce tutti, si conosce la storia di tutti, così come può avvenire in un piccolo comune. La presenza di forme solidaristiche di relazione sociale è significativa e tempera quel prevalente tratto antropologico che possiamo definire «individualismo familistico» che comunque è la caratteristica culturale dominante nella qualità degli scambi sociali. Nel quartiere sono assenti quelle situazioni di disgregazione e di abbandono tipiche delle aree periferiche; la struttura sociale è piuttosto omogenea per appartenenza di classe e modelli di vita.

Su decisione del gruppo di lavoro, Salvatore avvicina E. per proporgli un'intervista. Alla richiesta di un incontro dove si sarebbe affrontato la sua situazione di sofferenza, E. risponde con un no deciso. Salvatore, nel chiedere l'incontro, aveva precisato ad E. che insieme a lui ci sarebbe stato anche uno psichiatra (Antonio). A questa precisazione E. ha risposto che non se la sente di parlare con uno psichiatra, che sono anni che parla con gli psichiatri, e che ne vede uno una volta al mese, quando va all'ospedale a farsi l'iniezione. Alla domanda posta da Salvatore riguardante eventuali interventi domiciliari da parte degli operatori E. risponde che sono andati a casa sua soltanto una volta, quando è stato particolarmente male. Aggiunge che lui adesso sta bene, che con la puntura una volta al mese e le gocce che prende la sera non ha alcun problema. E. poi, aggiunge, che lui parla già con tutti, che parla tanto durante la giornata e che non ha bisogno di parlare anche con altra gente.

Durante lo scambio E. si è piuttosto irrigidito nei confronti di Salvatore. In genere il rapporto tra i due è sereno e leggero. Dopo che Salvatore ha deciso di lasciare la situazione, interrompendo la comunicazione ed allontanandosi, E ha continuato per un po' ad osservarlo da lontano, preoccupato, poi si è allontanato dal bar.

*Commento.* Dall'esito dell'incontro Salvatore ha tratto la conclusione che E. ha trovato la sua particolare strategia di riduzione del danno da esposizione prolungata all'azione di un servizio psichiatrico.

## 7. UNA TESTIMONIANZA TRA RECLUSIONE E ABBANDONO<sup>23</sup> (CASO 35 DEL DATA-BASE)

### *Primo incontro*

Mi chiamo V.

Mi sono perso nella mia vita. Stavo con mia madre, poi mi ha abbandonato e ho conosciuto la droga. E così gli scippi e le rapine, poi sono stato male. Stavo bene con le ragazze, avevo una bella comitiva, tante ragazze... poi sono arrivate le fissazioni, avevo 19-20 anni, ero troppo alto, tagliavo i tacchi sotto le scarpe con la sega, ora sono felice perché la psicologa mi ha curato, non perché era brava, perché era a pagamento, si prendeva 80 mila a seduta, era bella, aveva gli occhi blu, noi parlavamo, lei mi comprava i libri, era anche psichiatra ma non mi dava le medicine, sono passati 14 anni...

C'era un centro di igiene mentale a..., c'erano tanti dottori, era un bel posto, prendevo la terapia, poi mi hanno ricoverato, mi hanno messo il T.S.O. avevo 20 anni, ho rotto la casa, prima i mobili e poi la casa. Mi hanno portato alla Doganella, stavo chiuso... Un giorno mi hanno legato con le corde, non so, stavo sul letto così, un giorno intero, ho dato un calcio alla dottoressa, stavo male, le chiedevo continuamente se ero brutto, lei diceva "no, non sei brutto", io le ho dato un calcio perché diceva le bugie...

### *Secondo incontro*

Quando ero piccolo mi mettevo nell'angolo, stavo sempre solo, avevo 7-8 anni, poi mio padre beveva il vino nelle cantine e nelle bettole, per una parte lo odiavo, per una parte gli volevo bene, volevo essere uguale a mio padre, i capelli neri e gli occhi blu, poi mi è passato, ora è morto...

Io non volevo andare a scuola, a 11 anni lavoravo con mia madre nel ristorante, portavo i piatti di cozze a tavola, 4-5 piatti per braccio, sono bravo.

Io vedevo gli animali che uscivano per il naso e per la bocca, prendevo troppa terapia, poi sono uscito sul Mattino, ero pieno di roba, la davo a tutti, anche le birre, siamo andati tutti all'ospedale per avvelenamento, mi hanno legato e mi hanno messo il catetere. Sono stato ricoverato in 11 ospedali psichiatrici, il più brutto è stato..., stavo legato, avevo 22 anni, non mi ricordo, prendevo troppe medicine, c'erano anche le ragazze, c'era uno spaccio, compravo le sigarette, io volevo il vino ma loro non me lo davano.

<sup>23</sup> Il gruppo di ricerca ha incontrato V. fuori dal carcere; si tratta di una sorta di autobiografia ricostruita in una quindicina di incontri dove V. ha riletto frammenti di memoria, scritti, evocazioni ed un carteggio avuto con l'intervistatrice durante gli ultimi tre mesi di reclusione.

Ho conosciuto comunità, ospedali, carceri, il carcere è quello più brutto, qui mi scoppia la testa.... Poi sono stato a Foggia, Gragnano, Rebibbia, il più brutto è Poggioreale, il carcere più brutto d'Europa, vedevo le persone malate di AIDS, stavano morendo, gridavano, i lavoranti li prendevano in braccio, io li vedevo dalla mia cella... Che vita di merda, vorrei fare 12 km a piedi, qua non si cammina, stai nel ..., prima stavamo aperti, ora siamo chiusi, poi ho altre cose, ora però non le dico.

### *Terzo incontro*

... Al Centro di Igiene Mentale avevo le fissazioni, stavo con mia madre, il dottore diceva che da una fissazione passavo all'altra, era un centro sporco, puzzava, non mi piaceva, stava a Napoli... Non mi ricordo niente più, c'erano altri malati, stavano male, mia madre mi aveva portato un maglione e io l'ho trovato addosso ad un altro, lui era un pazzo, c'erano anche le donne. Anche all'ospedale psichiatrico alla ... c'erano le donne, io facevo sesso con loro, loro erano buone di testa, e poi qualche volta avevano le crisi, io andavo bene allora, le infermiere stavano fuori, a volte ci hanno beccato, ci separavano, poi loro se ne andavano e noi un'altra volta nei letti, prima stavo bene, ora non più, facevo bene l'amore, ora non più, io non riesco a capire.

Io non lo so quando esco, cosa devo fare, ho paura di tutto, di morire, di stare bene, che mi vado a fare un'altra volta, tante paure, ma è una paura sola, bisogna guardarla negli occhi la paura, abita qui (si tocca lo stomaco), è brutta, si soffre, si toglie la paura e viene l'ansia, la paura è più brutta, tremi, sudi, pensi che ti possano sparare, ammazzare.

Io non voglio fare una brutta fine, chissà come è bello stare bene, io non mi ricordo come si sta, vorrei avere il vostro sorriso, mi piace la gente che sorride, vorrei stare al loro posto, quando uno è felice ha la ricchezza interiore, non gli pesa neanche il carcere...

I sogni sono il passato di un'altra vita o è il cervello che gira mentre dormi.

Ho paura di stare bene, può essere per non affrontare la vera vita, è difficile crescere, perché devi affrontare le cose, c'è una linea che sale e che scende, vai avanti e indietro, io ora sto giù, perché sto in ....

Io sono sempre stato male, mia madre sa affrontare tutto, mi piace, io non sono come lei, perché sono un tossico, mi sento un fallito, non ho una donna, sto in mezzo alla strada. Speriamo che mi accetti in casa, però mia madre non vuole la terapia e neanche il metadone, il metadone lo tolgo, la terapia la devo prendere altrimenti mi viene il prurito, mi sento brutto, mia madre queste cose non le capisce. Sono scuse, penso, ho 34 anni, però la società ti scarta, perché sei tossico, una cosa è saperlo, una cosa è provarlo, io soffro ma alla fine il mondo sta con i forti di carattere.

#### *Quarto incontro*

Oggi ho scassato la stanza, mi sono fatto male (indica la mano sinistra escoriata in modo evidente), sempre quel problema, il dottore si mette a ridere. Stamattina è venuta la dottoressa, ha detto «forse hai un'infezione» poi ha visto l'esame delle urine e ha detto che sto bene, ma non lo sa neanche lei. La guardia mi ha chiuso il blindato in faccia, bastardo, io ho preso la televisione e l'ho buttata in aria e anche lo sgabello, ora devo pagare, non me ne frega dei soldi.

Non voglio parlare più con nessuno, perché non mi sento bene, devo risolvere questo problema, mi sento male, che devo fare, mi fa male la testa, ho il sangue teso...

#### *Quinto incontro*

Ieri sono stato male, non ce la faccio più, neanche oggi mi hanno chiamato, hanno mandato la carta all'ambulatorio, ma la visita non me la passano e io non so neanche scrivere.

Non si sa più niente della Comunità, lì sono più libero, sono stato 4-5 volte, si sta bene, si mangia bene, qui non si mangia bene, io sono a vitto bianco perché ho una punta di grasso nel sangue, l'urina va bene...

Sto sudando e ho pure i problemi psichici, ho una patologia, devo prendere la terapia a vita, vorrei toglierla ma non la posso togliere...

Io non ci sto nella realtà, mi faccio i film, la vita è difficile, la vita è come un'aquila, voli, io però sono qui dentro, non mi importa niente della vita, quando esco mi farò tutte le visite, qui sono chiuso, mi sento impotente.

Mi piace il blu perché è un colore di serietà, il bianco perché è puro, il verde perché io spero ed io spero tutto.

#### *Sesto incontro*

... Io vorrei una casa piena di marmo, un bagno con una vasca con gli scalini e l'acqua che bolle, mia madre ha tre case in una. Poi vorrei una cucina bellissima però antica, anche una saletta antica, tutto in granito. Il letto deve essere bello e di ottone. Poi nel salotto vorrei un bar come da mia madre, con le bottiglie di liquore, io sono astemio.

Cos'è l'ambivalenza? Ho letto sul libro di psicologia, quando qualcuno vuole fare una cosa e poi non la fa... Mi facevo la cocaina e poi l'eroina per calmarmi. L'eroina è un benessere ma è distruttiva. Quando ti fai è come quando fai l'amore, ti senti bello, senti un benessere, la fantasia si accende e poi comincia la rota. Io mi facevo 4-5 volte al giorno. Ho le vene bruciate per la cocaina.

Quando uno è debole va vicino alle cose brutte, quando uno è forte non ci va perché caccia il carattere. Io sono debole, mi sento sporco, però

io mi lavo, quando guardo le braccia mi sento male, perciò prendo la terapia, se non la prendo, mi consumo.

Voglio buttare questo pensiero via e stare un pò tranquillo.

### *Settimo incontro*

Mia madre non vuole che io parlo con gli psicologi, io parlo con voi ma lei non lo sa. Lei dice che gli psicologi sono imbroglioni, come la dottoressa della SAUB. Io ero timido, avevo vergogna di parlare con lei, allora le sedute le faceva mia madre, lei le portava il profumo e le sigarette, prima ci credeva, adesso non più, non capisco perché. Mamma le portava sempre i regali, lei li prendeva subito, una volta anche gli orecchini d'oro, a pendolo, io non ci andavo, guardavo i cartoni animati. Lei faceva le sedute di psicologia, ora è contraria allo psicologo, non vuole che vengo qui. Mi ricordo che quando stavo ricoverato in Psichiatria mi dissero che dovevo andare dallo psicologo per sbloccarmi, i farmaci non bastavano. Così sono andato dalla dottoressa, mia madre pagava, aveva lo sconto, la psicologa diceva che io dovevo andarci sempre, anche sporco e scalzo. Mia madre non mi voleva dare i soldi, diceva che Gesù Cristo mi doveva aiutare non lei, io mi arrabbiavo e alla fine lei mi dava i soldi della seduta. Andavo da solo, le persone non si incontravano mai, io uscivo da un'altra parte, lo studio era bello, pieno di cose antiche. La madre della psicologa era brava, mi offriva il caffè. Nella stanza mi metteva sul lettino, mi toccava i muscoli perché ero troppo teso, mi faceva respirare e poi parlavamo, io non capivo, io mi preoccupavo dell'altezza, lei parlava della mia famiglia, io mi arrabbiavo, lei faceva domande, a volte rispondeva, a volte no, a me importava dell'altezza e piangevo, lei mi accarezzava i capelli, diceva che avevo una finta, io mi arrabbiavo ancora di più. Mia madre mi ha accompagnato solo due volte, una volta l'ha insultata sullo studio, ha detto che non capiva niente, la psicologa non rispondeva, la faceva sfogare, io mi vergognavo. Litigò pure con lo psichiatra dell'USL, io ero affezionato a lui, non mi dava i farmaci, qualche volta solo 10 gocce, mia madre lo aggredì, diceva che non era buono, si presero a parolacce...

Ieri sono stato male, ho avuto una crisi, l'urologo non è venuto, mi prendono per culo, io voglio pagare. Ho parlato con l'infermiera, mi ha detto una brutta parola, mi ha chiamato depravato, io voglio un uomo, questa non ha capito che io ho un problema serio.

### *Ottavo incontro*

Ho parlato con l'urologo, mi ha fatto la visita, mi ha messo le mani dove sapete, è tutto a posto, dice che prendo troppe schifezze, il metadone e i farmaci, ora sto bene, ho tolto questa fissazione, avevo paura che mi

dicessero qualcosa di brutto, veramente la fissazione un poco è rimasta, non sono sicuro.

Mia madre a casa non mi vuole, ha detto che anche quando finisco il ... non mi accetta a casa, ha paura che mi vado a fare un'altra volta, dove vado, di nuovo in mezzo alla strada, devo andare in comunità, in ospedale o in carcere, questa è la mia vita, mia madre non mi mette l'avvocato per farmi fare tutta la condanna.

I parenti non mi prendono perché ho il problema. Sto male mentalmente, lei mi fa passare la mia vita dentro, questa è la mia vita, vorrei proprio morire...

Io sono cronico, ho una patologia...

Quando sto bene vorrei trovare una psicologa come fidanzata, così mi può anche aiutare, ma è difficile. Le psicologhe ti fanno pensare, ti fanno viaggiare, ogni sogno che faccio è stampato nella mia testa.

Ho bisogno di affetto, neanche del sesso, mi manca proprio l'affetto.

#### *Nono incontro*

Ho tolto la terapia, le pillole, adesso mi sento timido, brutto, sto male, però devo sopportare, già sono due giorni, ho scalato anche il metadone per vedere di aggiustare il problema, prendo soltanto la cardioaspirina.

Adesso sto venendo poco, mi sto preoccupando.

Sto male ma non me ne importa...

Sono stato a 5 comunità..., quella di Napoli era una casa molto alta, però meglio quelle fuori. A Napoli ho fatto storie con le ragazze e mi hanno fatto partire...

Sono 10 anni che manco da casa, è brutto stare in mezzo alla strada, questa è la vita del tossico, la droga ti distrugge, vorrei volare, andrei su Napoli, su tutta la città.

Mia madre non mi può aiutare, lei non è una psicologa.

#### *Decimo incontro*

... Sono stato male anche da piccolo, ho preso gli orecchioni e l'encefalite. Avevo 7 anni, stavo per morire, non vedevo bene la luce, muovevo sempre la testa, l'encefalite va nel cervello e si muore, sudavo, mia madre mi portava i biscotti, le caramelle, le macchine.

Da piccolo facevo i salti nel letto.

Mi mettevo sempre nell'angolo...

Vorrei essere piccolo e non vorrei crescere per non pensare. Il problema è affrontare, è bello quando stai male perché cresci e sei più forte.

Giocavo con mia sorella, facevamo le capanne, io rompevo i mobili, mi prendeva il nervoso, litigavo con tutti.

A scuola c'era una bambina, lei mi faceva i compiti e io le davo le caramelle e i soldi. La maestra era brava ed era incinta. Mi ha bocciato in V elementare e poi non sono andato più a scuola e sono andato con mia madre a lavorare...

Io sono sempre stato in mezzo alla strada. Sono stato bene fino ai 18 anni, poi, dopo, il carcere, le comunità, l'ospedale e l'ictus...

Il mio amico ... è morto, gli ho portato il pigiama nuovo in ospedale, lui aveva le gambe gonfie, era un ragazzo sensibile, aveva la faccia magra, stava bene con quel pigiama. Gennaio ed io ci conoscevamo da piccoli, giocavamo con le palline americane, con il tappo, con le figurine dei calciatori, con i dollari finti, vinceva sempre lui, poi è morto, ho pianto tanto, è stata la droga, siamo noi a cercare la morte, io non do la colpa alla mia famiglia, se uno è forte non va vicino alla droga. Io non ci vado.

Se esco vado a farmi tutte le visite, vado al Ser.t, il dottore del Ser.t mi parlava sempre, a volte mi offriva un panino perché diceva che ero troppo deperito e mi mandava nelle comunità.

Adesso vado sopra e mi metto a pensare.

#### *Undicesimo incontro*

... Ho fatto un sogno brutto, questo posto era un cimitero, c'erano i fiori con le foto dei morti, allora esiste l'anima, io guardavo, era un posto strano ma era questo posto.

I sogni miei sono bruttissimi.

[V. esce dal contenitore a prevalente funzione punitiva ed entra nel contenitore a prevalente funzione curativa].

#### *Dodicesimo incontro*

Qua sto bene. Appena sono uscito mi sono andato a fare...

Il giudice ha detto «favorevole, puoi andare», mi ha chiesto se avevo le crisi e se stavo bene, ho aspettato due giorni e mi hanno chiamato. Stavo con un amico, mi ha messo le cose in testa, «andiamoci a fare, non ti preoccupare» e sono caduto, lui è di ..., non lo conosco. Ho comprato la cocaina..., ho pagato 13 euro, mi sono tirato, se bucavo morivo. Poi me ne sono andato, sono stato a casa, ho fatto una bella doccia, lei si è arrabbiata, non mi voleva, già lo sapevo e sono andato per tutta Napoli. Era di notte, poi, sono venuto qua con mia madre, sotto..., non mi hanno voluto, Allora siamo andati dall'assistente sociale, mi ha fatto una carta e sono tornato. Sono stato già otto volte qua.

Oggi viene mia mamma, mi porta i panni e le sigarette. Questi panni me li ha dati la comunità. Io non me ne vado da qua, mi arrestano se me ne vado, vado a... con ... Qua prendo il metadone e la cardioaspirina. Qua mi sento bene, fanno i gruppi, ci sono tanti bravi ragazzi. Dormo con

un mio amico di vecchia data, c'è anche un vecchietto nella stanza. Ho paura che viene mia madre e sa del metadone, non la faccio parlare con l'operatore.

Le mie sorelle stanno bene, non so se vengono a trovarmi.

È brutto pensare che non ti accettano a casa.

Qua taglio gli alberi, li dò fuoco, faccio il muratore, vado nel laboratorio, faccio le sedie, mi piace. C'è una ragazza che guarda tutto quello che facciamo.

Mi sono affezionato a voi, non mi abbandonate, ci vuole qualcuno che mi segue e che mi vuole bene, da solo non ce la faccio...

Ho saputo che deve venire l'assistente sociale, speriamo che è bella e giovane, non lo so perché deve venire.

Vorrei andare in piscina, so nuotare, ho imparato da piccolo, ho imparato da solo.

Adesso vado di sopra, stanno facendo un gruppo, più tardi viene mia madre, veramente non lo so se viene.

Vi ho sognato ma non si può dire.

È un film, soltanto un film.

*Commento.* Si è discusso a lungo sull'opportunità e la rilevanza di questo caso ai fini della ricerca. La questione, sotto il profilo teorico, ha questi contorni.

Nel dibattito in corso nel campo del controllo sociale e del disciplinamento un filone di pensiero si sta interrogando sul rapporto tra psichiatria e prigione. Una delle questioni rilevanti riguarda la relazione funzionale tra questi due grandi contenitori, in un quadro che vede come tendenza il progressivo svuotamento degli spazi tradizionali di internamento per i sofferenti psichici a fronte di una nuova era di grandi internamenti nelle varie forme del carcerario.

Sul piano delle ipotesi la ricerca pone, tra l'altro, queste opzioni:

- i. la riduzione-estinzione della tradizionale istituzione internante per i sofferenti psichici avviene anche attraverso una delega al carcerario nel trattamento di questa condizione umana, una sorta di cessione di sovranità nella gestione dei sofferenti psichici, che induce un flusso di nomadismo tra i luoghi del dolore. A sostegno di questa tesi vi è l'accertata crescita dell'incidenza di «malati di mente» nella prigione (nel caso italiano si parla di un 15% degli internati);
- ii. un'altra tesi, sostenuta da ricerche sul campo avviate soprattutto nella realtà statunitense, propone una lettura più articolata

di questa fenomenologia. In realtà il travaso di popolazione eccedente tra il manicomio e la prigione alla fine produce un ritorno d'utenza dalla prigione ai nuovi servizi psichiatrici. Pertanto i meccanismi di stigmatizzazione e punizione del sofferente psichico finiscono per restituire ai servizi di salute mentale quella quota di eccezionalità non trattabile con le prassi trattamentali carcerarie;

- iii. ad avviso del gruppo di ricerca, il campo si complessifica ulteriormente se per carcerario si intende non solo l'area degli interventi definiti dai sistemi penali, ma si accede ad una definizione più estesa delle pratiche di sequestro legale-esclusione-neutralizzazione-incapacitazione della popolazione eccedente, comprendendovi anche le diffuse istituzioni fondate sui meccanismi dell'«autoreclusione», come le comunità per tossicodipendenti e le case di riposo per anziani, e le variegate forme della sorveglianza e del disciplinamento territorializzati. Al gruppo di ricerca sembra rilevante indagare sui flussi di «trattamenti» che attraversano queste diverse istituzioni sociali, sugli scambi di popolazione che esse operano, sulle dinamiche di specializzazione che mettono in campo;
- iv. in questo contesto, ancora nella fase di pura esplorazione teorica, il gruppo di ricerca colloca il caso di V., come situazione paradigmatica di una condizione umana connotata da percorsi di peregrinazione continua tra diversi contenitori del controllo e dell'aiuto.



## Cap. VIII: DISCORSO FINALE INTERMEDIO

Now small fowls flew screaming over the yet yawning gulf; a sullen white surf beat against its steep sides; then all collapsed, and the great shroud of the sea rolled on as it rolled five thousand years ago.

*Herman Melville* 1851 p. 624 ed. 1967

Nel giugno 1952 Ventris sentì che la scrittura Lineare B aveva ceduto... Man mano che aumentava il numero dei testi esaminati, le parole greche andavano affiorando in numero proporzionalmente crescente. Nuovi segni potevano essere identificati grazie al riconoscimento di parole contenenti un solo segno ignoto, e il valore così accertato poteva poi essere verificato altrove. Le regole ortografiche ricevevano conferma; il sistema di decifrazione si dimostrava sicuro.

*John Chadwick* 1958 pp. 93-94 trad. it. 1959

### A. Commenti, risultati, ipotesi, altro di Antonio Mancini e Sergio Piro

#### 1. PREMessa OPERAZIONALE

Questa ricerca (*Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica*) è stata caratterizzata da un atteggiamento necessario e peculiare:

- i. l'accostamento ricercante *molteplice* alla *molteplicità* di accadimenti antropici estesi, definiti intenzionalmente nelle esigenze epocali del parlare (in questo caso il termine *esclusione* e, ancor più, l'espressione *osservazione partecipante*);
- ii. il necessario atteggiamento metodologico-linguistico di analisi delle derivazioni proposizionali degli accadimenti rilevati;
- iii. la correlata qualità delle prassi di ricerca di essere fra loro diverse e poste in atto da soggetti diversi, ciò che comporta l'organizzazione di focolai di ricerca che siano allo stesso tempo:
  - α. numerosi (sette nel presente caso),
  - β. contigui,

- γ. fra loro diversificati,
  - δ. raffrontabili nell'impianto delle loro sub-ricerche,
  - ε. intercomponibili in un quadro unitario.
- iv. la possibilità di una formulazione finale – di una *metaconclusione* – capace di condensare efficacemente (sia pure in una sussunzione con inevitabile aumento dell'alone semantico) le conclusioni elementari delle sub-ricerche componenti.

## 2. ESAME DEI DOCUMENTI DELLA RICERCA

I documenti di questa ricerca possono essere così distinti:

- i. Documenti della formazione e del passaggio dalla fase di formazione a quella di ricerca in corso (redatti in genere o raccolti dal gruppo di coordinamento o dai *portavoce* dei gruppi).
- ii. I Rapporti della ricerca stilati, nei sette gruppi, dall'intero collettivo in forma paritaria e firmati in ordine alfabetico.
- iii. I Documenti di singoli ricercatori o di sottogruppi o di utenti vincitori di borse di studio per la ricerca; documenti storici o operativi dei servizi.

Nei paragrafi di questa sezione le considerazioni che derivano dall'esame dei documenti della ricerca saranno annotate e, quando possibile, comparate dai seguenti diversi punti di vista:

- a. la decisione di passaggio dall'attività formativa alla ricerca multiaccademica;
- b. gli aspetti simili e aspetti differenti nei sette gruppi;
- c. la partecipazione all'accadere e la sistematizzazione della ricerca;
- d. esclusi e non-esclusi;
- e. i momenti trasformativi dei ricercatori;
- f. la formazione del magma trasformativo;
- g. la descrizione del lavoro di ricerca;
- h. il contributo narrativo dei Documenti della ricerca;
- i. le conclusioni finali dei Rapporti di ricerca.

a. *La decisione di passaggio dall'attività formativa alla ricerca multiaccademica*

Già un anno prima che la Regione Campania accettasse il programma di ricerca *Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica* (promozione della ricerca scientifica secondo la legge regionale 28/3/2002 n. 5, Assessorato Ricerca Scientifica, Regione Campania) si era affermata nell'assemblea di coloro che partecipavano all'esperienza didattica, allora in corso da oltre un anno della Scuola diadromico-trasformativa, l'esigenza di collegare le loro esperienze di lavoro e/o di formazione in un unico impegno di ricerca collettiva multiaccademica. In particolare:

- i. Gli specializzandi in psichiatria presso il Policlinico dell'Università Federico II ed Enrico De Notaris, loro docente e complice, sviluppando meglio una loro precedente proposta, avrebbero studiato la struttura operativa della Scuola di specializzazione, l'insegnamento teorico e pratico, l'ideologia, le prassi, la coerenza fra ciò che è insegnato e ciò che è praticato. Primo nome del gruppo: *Autonomia* (poi: *Una cattedrale nel deserto*).
- ii. Gli operatori psichiatrici di ruolo, precari e volontari, Giovanna del Giudice, Alessio Maione, insieme agli utenti, avrebbero approfondito l'andamento culturale, assistenziale, pratico dell'esperienza in corso nella Asl Caserta 2 della Campania che era quella di trasformare in abitazioni, piccoli appartamenti, soluzioni domestiche «naturali», le cosiddette strutture intermedie residenziali per pazienti psichiatrizzati, veri e propri nuovi manicomi. Nome provvisorio del gruppo 2: *Abitare* (poi definitivo).
- iii. Un gruppo di operatori di ruolo, precari e volontari avrebbero cercato con Francesco Blasi e Teresa Capacchione – in un servizio del centro di Napoli (Uosm. 44 del Dipartimento di salute mentale della Asl Napoli 1) – di sorpassare la stereotipica noia, l'antiterapeuticità e la resa esistenziale delle tecniche di riabilitazione correnti per pazienti psicotici gravi (tecniche che essi chiamano scherzosamente «ceramica»), provando esperienze nuove e «vissute» e ridando iniziativa ai pazienti. Nome provvisorio di questo gruppo: *Morte alla Ceramica*. Questo, in relazione all'interesse dei ricercatori e all'interven-

to di nuovi allievi, prolifererà nei mesi successivi dando origine ai gruppi 3 (*Quelli della sindrome romantica*), 4 (*Morte alla ceramica*) e 5 (*365 giorni all'alba*).

- iv. Gli studenti di medicina, allievi interni già dal 2001 della Scuola diadromico-trasformazionale, avrebbero riferito della loro esperienza nella scuola, della loro condizione di abbandono culturale e metodologico nella facoltà di medicina, a dispetto della faticosità e ponderosità dei programmi; avrebbero cercato di approfondire le reazioni degli altri colleghi e i rapporti con studenti immersi in altre e diverse realtà. Nome provvisorio del gruppo 4, che poi diverrà 6: *Studenti di medicina...*
- v. Un gruppo ristretto di operatori (Antonio Mancini, Roberta Moscarelli e Salvatore Verde) avrebbero sviluppato la loro esperienza di raccolta dati, esplorazione ed interpretazione dell'abbandono dei malati mentali nella città di Napoli e in altri capoluoghi della Campania. Nome provvisorio del gruppo, che poi diverrà definitivo, 7: *L'Osservatorio dell'abbandono*.

Il passaggio confuso e un po' avventato dalla fase in cui l'esperienza didattica e culturale è comune a tutti i partecipanti (situazione Palazzo Spinelli, cfr. *Introduzione programmatica*) alla fase di un ricercare comune in diverse sedi, nell'unità di un progetto, ha quel carattere caotico e impulsivo che altrove fu definito dagli autori di questo rapporto come *magma trasformazionale* e di cui si dirà più avanti.

#### b. *Aspetti simili e aspetti differenti nei sette gruppi*

- i. Come si disse nel paragrafo precedente. tutti i gruppi di questa ricerca nascono da un'esperienza comune di studio, di dibattito culturale e operativo, di approfondimento epistemologico (Coroglio 1999-2000, Nocera Inferiore 2000-2003, Napoli-Scuola diadromico-trasformazionale 2002-2006), concorrente con una situazione accademica precedente.
- ii. Tutti i gruppi si sono formati da/in una situazione accademica analiticamente descrivibile e in particolare: dalla condizione degli specializzandi in una scuola di specializzazione in psichiatria (gr. 1); in un processo anti-istituzionale di sostituzio-

- ne di civili abitazioni urbane alle strutture residenziali (neomanicomiali) per malati mentali (gr. 2) inizialmente spinto e poi ostacolato dall'amministrazione dell'Azienda sanitaria locale; dal superamento della riabilitazione psichiatrica come recita inutile e come neo-istituzionalizzazione a favore di attività reali e di impegni vitali utili, di spinte alla riconquista dell'autonomia personale (ggr. 3, 4, 5); dalla descrizione di un processo prevalente di tecnicizzazione acritica degli studenti di medicina e dei tentativi di antagonizzazione possibili messi in atto (gr. 6); dalla descrizione degli effetti devastanti dell'abbandono dei malati mentali da parte dei servizi territoriali di salute mentale in alcune realtà urbane (gr. 7).
- iii. Tutti i gruppi hanno espresso, nel corso dell'esperienza comune di studio e di progettazione, l'adesione fattuale e poi la consapevole accettazione dell'ipotesi di una *prassi osservazionale partecipante*, in alcuni casi perché questa prassi nei nuclei originali precedenti all'incontro intergruppo era già nascente (ggr. 2, 4 e 5) o auspicata (gr. 3), in altri casi perché è un aspetto preliminare determinante nella formazione del gruppo (ggr. 1, 6 e 7).
- iv. L'accettazione fondamentale – nel corso dell'esperienza comune di studio, di dibattito, di approfondimento (esperienza Palazzo Spinelli) – dell'ipotesi generale della ricerca *Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica*, la connessione di questa ipotesi con prassi locali antagonistiche già iniziate o aurorali o progettate, lo sviluppo connessionale e il completamento della ricerca si costituiscono definitivamente come *un tratto di un sistema doxico-ideologico* che contiene:
- A. *convinzioni basilari* (doxo-axio-ideologiche) sui diritti inalienabili dei cittadini del mondo, a netta caratterizzazione egualitaria, e
- B. *convinzioni attuali*<sup>1</sup>:
- α. sulla derivazione della conoscenza antropologica dalle azioni trasformazionali interreciproche;
- β. sull'a-gerarchicità necessaria di questo tipo di gruppo;

<sup>1</sup> *Attuali* nel senso proprio del termine, cioè operative, protensive, conseguenza pragmatica delle convinzioni basilari.

- γ. della coincidenza fra apprendimento e insegnamento *et vice versa*;
- δ. della prevalente utilità dell'autodidattismo di gruppo (una situazione antropica legata sovente alla spinta iniziale di un attore o più attori in funzione di istigazione *versus* una pluralità antropica capace di rispondere adeguatamente all'istigazione all'autodidattismo);
- ε. dell'utilità altissima ma secondaria<sup>2</sup> del rinvio alle conoscenze istituzionalizzate;
- ζ. etc.
- v. Appare nettamente diversa la composizione professionale dei 7 gruppi con le seguenti evidenti tipologie: monoprofessionale (ggr. 1 e 6), pluriprofessionale (ggr. 2, 3, 4 e 5), trans-professionale (gr. 7).
- vi. Sono necessariamente monoprofessionali i gruppi che si sono legati alla ricerca quale primo necessario momento prassico di contestazione della loro stessa *monoprofessionalità intesa come prigionia*: gli specializzandi in psichiatria del gr. 1 e gli studenti di medicina del gr. 6. Nei primi la visione e la conquista dell'interdisciplinarietà precede la coscienza della necessità di una prassi conseguente, e dunque fortemente alternativa, di cui alcuni dei documenti di ricerca rendono conto; nei secondi il processo è analogo nella primarietà di uno slargamento interdisciplinare del loro mondo, ma è differente nella conseguenza prassica che di fatto consiste nell'utilizzazione di sedi di formazione alternative e/o integrative e nel tentativo di trasmettere la loro problematica ad altri studenti e di creare una coscienza di massa.
- vii. Sono fin troppo evidentemente pluriprofessionali (con elevata potenzialità transprofessionale di coinvolgimento esterno) tutti i quattro gruppi (2, 3, 4 e 5) che hanno lavorato nel

<sup>2</sup> In nessuno dei gruppi vi è stata una contestazione del sapere scientifico; anche la critica estrema rivolta alla psichiatria (come apoteosi dell'ideologia concentrationaria in passato e come *dépliant* pubblicitario dell'industria psicofarmacologica oggi) è l'aspetto distruttivo di una tecnologia comportamentale contrastante con i diritti dei cittadini del mondo quale momento iniziale necessario di prassi del tutto rispettose di tali diritti. Quella tecnologia non è in alcun modo considerata una conoscenza scientifica.

campo della salute mentale, sostituendo abitazioni a strutture manicomiali o, analogamente, provocando l'attività, la creatività, l'apertura al futuro, il ritorno alla durezza della vita sociale in luogo del trasognato imbambolamento delle attività riabilitative intra-istituzionali. In genere pluriprofessionale era questa attività nelle sedi di lavoro originaria (psicologi, infermieri, riabilitatori, maestri d'arte, talora psichiatri), ma la ricerca ha accentuato fortemente il carattere interdisciplinare, operativo, antropologico del lavoro<sup>3</sup>. Ora proprio questi gruppi fanno un salto particolare di qualità, in senso transprofessionale: in tutti i pazienti più attenti e impegnati apprendono, partecipano come curanti alle attività di cura, scrivono sull'accadere locale e sulla loro condizione; essi si sono trasformati in *ricercatori*, fanno stabilmente ricerca con gli altri e vengono premiati con una piccola borsa di studio *per la ricerca* di € 1000.

- viii. Infine deve essere considerato potenzialmente transprofessionale il piccolo gruppo 7, abbenché costituito da professionisti, in relazione alla sua elevata possibilità di coinvolgimento di cittadini comuni, utenti, familiari nella difesa dei diritti dei malati mentali. Già ora, mentre questo libro va in stampa, il gruppo tende ad allargarsi e a coinvolgere altri cittadini.

### c. *La partecipazione all'accadere e la sistematizzazione della ricerca*

Nelle sette varianti gruppalì, la partecipazione all'accadere *diviene ricerca* in modo diverso (la partecipazione alle attività didattico-sperimentali della Scuola ne è un segnale *premonitore* per i singoli o *indiziario* per gli allievi che già facevano parte di una struttura gruppalì attiva):

<sup>3</sup> Entrambi gli autori di questo tratto del libro sono stati a favore di una interdisciplinarietà (professionale e pratica, non ideologica o sentimentale) nei servizi di salute mentale, ne hanno indicato i modi e l'hanno messa in pratica quando hanno potuto (Mancini A. 2002; Piro S. 1989, 1990, 1991; Piro S. e Mancini A. 1997).

- i. Nei gruppi che affrontano il problema dell'esclusione culturale, epistemologica e professionale nei luoghi della formazione (università; scuola di specializzazione in cui l'esclusione è anche sociale relativamente agli utenti), il compimento della protensione di significato (*presa di coscienza* nella terminologia corrente) direttamente conduce a prassi di antagonizzazione, individuali e autoriflesse (documenti del gr. 1) e poi gruppali e trasformazionali (gr. 1; gr. 6); non vi è qui dunque un'*intermediazione dell'istituzione* che rimane, nel complesso, ostile, sorda, inaccessibile a tempo breve.
- ii. Nei gruppi che affrontano il problema dell'esclusione sociale, lavorativa, emozionale, etc. nelle sedi istituzionali in cui ciò è stato reso in qualche modo possibile (servizi di salute mentale), il compimento della protensione di significato/senso (*presa di coscienza*) precede il momento della ricerca e l'antagonizzazione dell'esclusione è già in atto su un piano pragmatico:
  - α. come compito proprio e prevalente del servizio *versus* l'esterno sociale (ggr. 4 e 5) in servizi tendenzialmente rispettosi dei diritti dei cittadini;
  - β. *versus* un interno istituzionale in contrastata trasformazione (gr. 2 nel primo anno),
  - γ. *versus* un interno istituzionale avverso (gr. 3) o assediante (gr. 2 nel 2004-2005).
 Questa prassi diviene ricerca nella riflessione sul suo darsi, nell'antagonizzazione locale, nell'inserimento nella rete di questa ricerca.
- iii. Nel gruppo che ha affrontato – già in una condizione di piena presa di coscienza – il problema dell'abbandono e dell'esclusione sociale dei malati mentali dal loro diritto alla cura, alla presa in carico, al seguimento, all'intervento domiciliare, etc. (gr. 7) la *ricerca* rappresenta:
  - α. un momento di conferma dei dati dell'ispezione sociale immediata, una spinta all'approfondimento dei meccanismi di una forma di esclusione sociale rivelatasi a tratti ancor più terribile di quella praticata un tempo nel manicomio;
  - β. un contributo di comprensione, di approfondimento e di informazione sociale del fatto che la legge di riforma della psichiatria del 1978 è – nell'area esplorata – contraddittoriamente

te attuata in strutture istituzionali apparentemente proprie e rispondenti al dettato delle leggi, ma con pratiche oppressive, esclusive, distruttive.

#### d. *Esclusi e non-esclusi*

Sull'esclusione (ovvero sulla *rianimazione pratica necessaria di un termine sorpassato*) si fece un breve cenno nell'*Introduzione programmatica* di questo rapporto alla p. XX e si ritornerà nel successivo sub-capitolo B. *Multiaccadimentalità e ricerca antropologica*, dove si esporranno le riserve e le obiezioni al senso e all'utilità del termine per questa ricerca.

In questo paragrafo l'attenzione è rivolta ai ricercatori e alla loro diadromica presenza nella ricerca. Di essi, una parte si trova in quella condizione di sofferenza, l'*esclusione*, che in questo rapporto viene correlata a una situazione di negazione o di limitazione di un diritto personale, condizione che caratterizza la massima parte delle persone a cui i ricercatori pretendono la loro azione. D'altra parte, per sei persone fra gli Autori di questo libro (i «pazienti»), il procedimento inizia essendo essi l'«oggetto» di una ricerca sia pur partecipante e continua con la loro progressiva assunzione di un'attività che è osservante, partecipante, eterocentrata. L'accettazione di questo passaggio da oggetto antropico di una ricerca a membro di un gruppo di ricercatori concretamente avviene nelle trasformazioni pratiche e socio-gruppali connesse al concorrere e al conseguire la borsa di studio per ricercatori e nelle trasformazioni interiori derivate dall'attivarsi del *magma trasformativale*.

A dispetto dell'improprietà e l'indeterminazione del termine *esclusione*, che pur non è possibile evitare, questa ricerca pone insieme come ricercatori:

- α. persone con esclusione massimale (pazienti psichiatrizzati interessati alla ricerca, inseriti poi come vincitori di borsa di studio; carcerati; in una ipotesi iniziale poi abbandonata: migranti clandestini);
- β. persone con esclusione lavorativa di varia tipologia (disoccupati, sotto-occupati, precari);

- γ. persone con esclusione sovrastrutturale, culturale, relazionale (studenti; specializzandi in psichiatria; infermieri; pensionati; tecnici; artisti);
- δ. persone con esclusione istituzionale politica: si tratta di operatori a tempo pieno, che non hanno caratterizzazioni di tipo α. β. e γ. ma che sono fortemente ostacolati nello svolgimento di attività di tutela dei diritti dei pazienti psichiatrici o dei carcerati, che subiscono rappresaglie di carattere organizzativo del lavoro (turni di lavoro, attribuzioni di sede), che non possono organizzare attività culturali o didattiche nel loro gruppo di lavoro, che sono sottoposti a quella modalità di persecuzione dei lavoratori che viene gentilmente definita *mobbing* discendente [si deve qui segnalare che questo tipo di esclusione può associarsi con quella di tipo β. e γ. e non solo dal principio: in un caso (gr. 2, Asl Caserta 2) questo tipo non esisteva in un primo momento e si è poi determinato successivamente per decisioni negative di tipo politico-amministrativo a livello regionale e locale].
- ε. persone da considerare non in condizione di esclusione (persone a lavoro stabile: medici psichiatri; psicologi; liberi professionisti; funzionari).

Un chiarimento: si pone un problema peculiare per gli infermieri psichiatrici, in genere esclusi dalla «cura» e addetti alla «gestione» dei pazienti: ora questo caratterizza la gestione psichiatrica anche territoriale esplicitamente o sostanzialmente autoritaria, mentre manca nei gruppi che svolgono il loro lavoro o il loro intervento in strutture psichiatriche con prassi fortemente alternativa e rispettosa dei diritti di cittadinanza (Gr. 2, 4, 5). Ma a livello culturale, in generale e al di fuori del suo gruppo di lavoro, anche l'infermiere di questo tipo è oggetto di una mancata considerazione o di un peso pari a quello degli altri alternativi «professionisti»; per questo occorre attribuirlo alla categoria γ.

Si fa dunque ora una rudimentale conta dei 51 ricercatori attribuendoli alle 5 categorie di cui sopra (α. β. γ. δ. ε.):

- α. persone con esclusione massimale: 6;
- β. persone con esclusione lavorativa di varia tipologia (disoccupati, sotto-occupati, precari, pensionati): 13;

- γ. persone con esclusione sovrastrutturale, culturale, relazionale (studenti; specializzandi in psichiatria; infermieri; etc.): 16;
- δ. persone con esclusione istituzionale politica: 6;
- ε. persone non in condizione di esclusione: 10.

### e. *I momenti trasformazionali dei ricercatori*

Quando si opera nel modo previsto per questa ricerca, i gruppi di ricercatori sono immersi in un gruppo osservato: non è più possibile porre un limite fra *osservatori* portatori di una protensione alla ricerca e *osservati* che diventano (sovente, in parte, non sempre) *partecipanti* e dunque *osservatori anche essi*, contribuendo così alla formazione del *magma trasformazionale*, a progressiva accelerazione (cfr. § successivo).

Questo processo non può essere né semplificato né banalizzato. La ricerca diviene un complicato meccanismo scenico in cui i diversi quadri sono accadimenti complessi, catene accadimentali variamente intrecciate. I gruppi complessi di questo tipo sono l'occasione migliore per impostare una ricerca sulla trasformazionalità degli aggregati antropici.

Il palcoscenico descritto non è il luogo da cui astrarre elementi per allinearli in qualche modo, ma fonte di una *narrazione antropologica* attenta che è l'unica forma proposizionale utile in una siffatta situazione. Ciò senza togliere alcun valore indicativo, indiziario, segnaletico ai dati che si possono contare, in modo utilissimo se la scelta metodologica è corretta<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Non fa parte della tradizione metodologica dell'indirizzo diadromico-trasformazionale il rifiuto delle metodologie statistiche in campo di scienze umane (propriamente: *scienze antropologiche trasformazionali*). Già nelle ricerche iniziali sul linguaggio schizofrenico fu usato un insieme di metodologie di ricerca, alcune delle quali richiedevano un'analisi statistica, mentre altre erano affidate all'immediatezza metodologica dell'analisi linguistica, fenomenologica, descrittiva (Piro S. 1967, 1992, 2005; cfr. anche Mancini A. 1998). E le metodologie quantitative furono la portante necessaria di una grande ricerca sulla riforma psichiatrica nel Meridione (Unità operativa di Napoli del Sub-progetto finalizzato Obiettivo 30: *Marginalità sociale e marginalità psichiatrica* del Consiglio Nazionale delle Ricerche), realizzata in Campania, Calabria e Sicilia (Piro S. e Oddati A. 1983; Adamo P. e Sala G. B. 1986; Corrivetti G. 1986; Di Munzio W. e Corrivetti G. 1986; Petruzzellis V. e Pinzone F. 1986).

Nelle scienze umane applicate e nel campo psicologico-psichiatrico non si è data mai esperienza reale d'innovazione operativa che non fosse contemporaneamente, per concorso operativo, anche *sperimentazione didattica*. La strettissima relazione che, nell'ambito considerato, si dà fra pragmatica e didattica, fra aspetti propri dell'insegnare e aspetti propri del lavoro preventivo-curativo, fra mutamento didattico e mutamento della cura permette di *lavorare sperimentalmente in un campo di sovrapposizione fra le due specificazioni*, così come richiede l'impostazione *connessionale* di questa ricerca. E, come è agevole osservare, vi è qui una sovrapposizione: la connessione operativa fra didattica, cura, ricerca è il caso particolare di un più vasto sistema connessionale che sussume, nell'enumerazione delle operazioni dell'apprendere/insegnare/curare, tutti i sotto-insiemi operazionali relativi alle interazioni umane (*interazioni sinteliche*) di cui meglio si dice più avanti nel sub-capitolo *Multiaccadimentalità e ricerca antropologica*.

#### f. *La formazione del magma trasformazionale*

L'attività trasformazionale protensiva si costituisce come prassi *molare* (cioè discreta, descrivibile, non molecolare, narrabile) di trasformazione di altre singolarità o pluralità antropiche. Si deve fare qui una distinzione fra *atto* e *processo* trasformazionale, poiché debbono essere ascritti all'*atto* uno scopo semplice e una durata limitata, al *processo* uno scopo complesso, una durata maggiore, una più evidente conseguenza. Descrittivamente diverso è il *magma trasformazionale*.

«Per *processo* trasformazionale può essere meglio utilizzata la distinzione generale fra la definizione diacronica dell'evento trasformazionale come un incrocio *di traiettorie d'esistenza* (che meglio evidenzia euristicamente il mutamento del destino personale) e la definizione *pancronica* come un'interferenza catastrofica di sotto-insiemi di eventi umani, scopisticamente

Infine l'intera ricerca didattica iniziata nel 1980 e tuttora in svolgimento in una serie di tappe successive si serve parimenti di un assortimento di metodologie qualitative e quantitative (Piro S. 1997, 1999, 2005). Questa precisazione viene fatta in relazione al fatto che in questa ricerca la metodologia di esposizione dei risultati è prevalentemente descrittiva, fenomenologica, linguistica.

volta a una trasformazione conoscitiva, emozionale e relazionale (che meglio evidenzia euristicamente l'interazione e il miscuglio di eventi umani fra gli attori). I concetti di "insegnamento" e di "terapia" meglio coincidono con la descrizione del *processo* trasformazionale: tuttavia alcuni semplici *atti* trasformazionali (come, ad esempio, l'apertura di un'assemblea di ricoverati in un manicomio), in un passato non lontanissimo, crearono onde trasformazionali che si allargarono all'intera istituzione totale e da questa a tutte le altre. Il *magma trasformazionale* si genera, indipendentemente dalla presenza di primi attori, allorché l'insieme di persone coinvolte è molto esteso: questo è il caso di tutte le trasformazioni rapide di massa che conseguono ad accadimenti naturali o sociali importanti, tale da mutare il destino della collettività di cui si parla. Ne deriva un'accelerazione trasformazionale per il moltiplicarsi interattivo pancronico degli atti trasformazionali all'interno dell'insieme umano considerato e con l'eventuale scatenamento di una prassi collettiva che può essere considerata come una risultante statistica di massa» (Piro S. 1993 pp. 192-194).

«2.8.0.4. Apparirà qui evidente la progressività della gamma delle attività trasformazionali. 2.8.0.4.1. Dai più semplici atti trasformazionali, attraverso processi sempre più complessi, si giunge alle grandi trasformazioni collettive e ai cambiamenti di orizzonte epocale: tutto il campo appare operazionalmente connesso, tutti i passaggi sono ben descrivibili, di tutte le situazioni esistono protocolli osservazionali ed esperienziali (*processi trasformazionali*), oppure osservazioni storiche, sociologiche, giornalistiche, documentaristiche (*magma trasformazionale*)» (Piro S. 2005 pp. 154-155).

La comunicazione nel grande gruppo didattico iniziale (Scuola diadromico-trasformazionale presso Palazzo Spinelli, Napoli) inizia per *atti reciproci* (il gruppo non è discendente), sviluppa un *processo* tenace e profondo di trasformazioni diffuse, che – al momento del passaggio a un atto collettivo (dall'esperienza didattica alla ricerca praticata da tutti) – si accelera e si estende prendendo dunque la forma che nella descrittiva di questo tipo di ricerche si dice *magma trasformazionale*.

Non sfugge il collegamento del concetto di *magma trasformazionale* con la descrizione dell'*osservazione partecipante spontanea* che si prolunga nell'*osservazione partecipante protensionale* di chiunque fa ricerca nel campo dell'umano. Questo passaggio fra la spontaneità dei rapporti naturali e l'atteggiamento di chi vuol capire è determinante per questo tipo di ricerca: un passaggio che va insieme all'accelerazione e alla moltiplicazione delle protensioni interreciproche.

In questo senso la ricerca dovrebbe aver significato per tutti (e continua ancora a significare, perché la ricerca non finisce quando scadono i termini amministrativi) un mutamento forte e sensibile, denso di conseguenza. Per quanto riguarda coloro che scrivono questo capitolo e i ricercatori che hanno scritto la maggior parte dei documenti riportati nei capitoli I-VII, sembra essere proprio così.

g. *La descrizione del lavoro di ricerca*

Nelle istruzioni iniziali convenute dai gruppi, ciascuno di essi, approssimandosi il termine convenzionale dell'esperimento (5 dicembre 2005), avrebbe dovuto presentare (per la valutazione, per il confronto e per l'inserimento nella relazione generale), un *dossier* composto da:

- i. un *Rapporto di ricerca* semplice e ordinato secondo un modello preformato, redatto e firmato da tutti i membri del gruppo, volto a dare documentazione semplice e lineare (nei limiti del possibile) di una prassi svolta e delle conclusioni che il gruppo ne ha tratto;
- ii. una serie di *Documenti della ricerca* scritti liberamente dai ricercatori, come contributo esplicativo, narrativo, politico-culturale, emozionale, letterario alla ricerca in corso e accettati dal gruppo per la pubblicazione; nei *Documenti della ricerca* sono pubblicati anche i contributi scritti degli utenti dei servizi, vincitori delle 6 borse di studio per la ricerca scientifica.

Sia pur nella differenziazione massima compatibile di organizzazione compositiva, forma e stile, sei dei sette *dossier* si sono attenuti al modello generale, mentre il gruppo 6 (*Studenti*) ha presentato – per riconosciuti motivi – tre sub-rapporti di ricerca. I capitoli di questo libro da I a VII riportano i *dossier* dei sette gruppi.

Dei Rapporti e dei Documenti si dice separatamente nei due paragrafi che seguono. Si precisa qui che essi corrispondono a una distinzione di modalità della narrazione scientifica nelle scienze antropologiche, che è di questo tipo:

«La compresenza, nelle scienze umane, di modalità diverse di narrazione si offre come “duplice volto” solo ai suoi estremi di *narrazione strutturata ad elevata referenzialità*, maggiormente protesa in senso epistemologi-

co, e di *narrazione poco strutturata ad elevata evocatività*, maggiormente protesa in senso esistitivo» (Piro S. 1997 p. 604). «*Narrazione poco strutturata ad elevata evocatività*: maggiormente protesa in senso esistitivo; al di là della narrazione poco strutturata ad elevata evocatività dell'esercitazione semantico-emozionale della fluenza d'espressione... v'è la pratica della vita, dell'arte narrativa, della poesia, dell'orazione: è forse lì il confine misterioso e impercettibile fra l'*esposizione* antropologica, psicologica, psicopatologica, daseinanalitica e fenomenologico-strutturale e l'*espressione artistica* (nell'ambito di una fenomenologia dell'immediatezza effusiva...). *Narrazione strutturata ad elevata referenzialità*: maggiormente protesa in senso epistemologico; al di qua di essa vi sarebbe un discorso proposizionale puro che... in generale nelle scienze umane, non avrebbe luogo» (*ibidem* p. 610).

Prevale infatti nei Rapporti di ricerca una narrazione strutturata ad elevata referenzialità e nei Documenti della ricerca una narrazione strutturata ad elevata evocatività. Ma non necessariamente. Vi sono sovrapposizioni e inversioni di questa formula, come si vedrà nei due paragrafi successivi.

#### *h. Il contributo narrazionale dei Documenti della ricerca*

Ai Rapporti di ricerca dei gruppi sono stati associati, come l'assemblea ultima aveva stabilito, una serie di interventi individuali o microgruppi, a contenuto attinente ma libero. Per darvi, uno sguardo complessivo se ne riporta l'elencazione:

1. L'anti-formazione dello psichiatra, di Elisabetta Ferrandes, Anita Manzi e Monica Petrosino
2. Appunti per la riunione del gruppo Autonomia del 22/6/04, di Claudio Ardia e Alessandra Mirabella
3. Appunti per la riunione interna del gruppo Autonomia del 22/10/04, di Giuliana Cecchi e Simona Palmieri
4. Sulla ricerca «Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica», di Monica Petrosino
5. Scintilli e «Rassicurazioni», di Claudio Ardia
6. Entrare nella scuola di specializzazione..., di Filomena Maffullo
7. Dal diario semi-serio di una specializzanda, di Maria Augusta Iandolo e Alessandra Mirabella
8. Percorsi, di Alessandra Mirabella

9. Il problema della mia casa, di Giovanna Corvino (borsista)
10. Il ruolo della cooperazione nel processo di deistituzionalizzazione, di Mirella Letizia e Giuseppe Pagano
11. L'esperienza dei coordinatori dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali nel passaggio dalle strutture alle case, di Genoveffa Corvino
12. Dallo psichiatrizzato, ricettacolo di scelte e valori non propri, alla persona in un processo di cura, protagonista della propria vita, di Francesco Diana
13. Le scelte dell'abitare, un primo passo, di Francesco Diana
14. Quale riconoscimento nella follia di Giuseppina Diana
15. Rannicchiarsi in una tana glaciale, su un letto di sassi, non è abitare, di Filomena Vella
16. Terra di lavoro, terra di manicomi, di Alessio Maione
17. La costruzione di un dipartimento di salute mentale, di Giovanna Del Giudice
18. Carta bianca, di Ileana Ambrosio, Francesco Blasi, Simone Petrella, Gennaro Varchetta, Gianpiero Zappatori
19. La sindrome romantica, o dell'intertestualità della cura, di Francesco Blasi
20. Morte alla ceramica, di Antonella Amodeo e Filomena Basile
21. F, la sua famiglia, la ceramica, un lavoro, di Raul Pollio
22. Ceramica e riabilitazione, di Margherita Spagna
23. L'esperienza dei laboratori, di Giancarlo Garofano borsista
24. In conclusione un inizio, di Antonella Amodeo e Filomena Basile
25. Telemaco, di Angela Prisco, portavoce
26. L'incontro con Angela e Nino, di Tay Giuliana Palmieri, borsista
27. Relazione sul laboratorio «La Fucina dell'Arte», di Tay Giuliana Palmieri, borsista
28. Una ipotesi di conclusione, di Teresa Capacchione
29. Documento introduttivo della ricerca, di Angela De Lisio
30. Caso D. M. C. (n°1 del data-base), di Antonio Mancini, Roberta Moscarelli e Salvatore Verde
31. Caso F.G. (n°2 del data-base), di A. M., R. M. e S. V.
32. Caso M. F. (caso n° 3 del data-base), di A. M., R. M. e S. V.
33. Caso S. R. (n° 6 del data-base), di A. M., R. M. e S. V.
34. Il gruppo di ricerca incontra A, un operatore della salute mentale (caso n° 15 del data-base), di A. M., R. M. e S. V.
35. Il racconto di un incontro (caso n° 23 del data base), di A. M., R. M. e S. V.
36. Una testimonianza tra reclusione e abbandono (caso n° 35 del data base), di A. M., R. M. e S. V.

E si riporta anche la classificazione, non sempre facile, del contenuto:

Casistica:	8
Attività agogica:	5
Attività di destituzionalizzazione:	5
Critica istituzionale:	5
Formazione e attività connesse:	4
Autobiografia (esistenziale, culturale):	2
Sviluppo teorico:	2
Analisi storica di un'istituzione:	1
Esperienza critica:	1
Incontro-intervista:	1
Rapporto integrale di un servizio di salute mentale:	1
Sceneggiatura:	1

In totale: 36

Tutti i 6 borsisti hanno presentato un Documento di ricerca individuale o, in due casi, associato con altri ricercatori. Nella *Sceneggiatura* (doc. gr. 3) l'idea e la gran parte dello sviluppo è del borsista. Una ricercatrice borsista ha presentato due scritti (gr. 5).

I 6 borsisti hanno avuto preparazione al ricercare e alle regole basilari della ricerca all'interno del loro Gruppo di ricerca, insieme ai volontari e agli operatori che iniziavano per la prima volta una ricerca. Al termine essi hanno presentato un Documento di ricerca individuale o, in due casi, associato con altri ricercatori. Nella *Sceneggiatura* (doc. gr. 3) l'idea e la gran parte dello sviluppo è del borsista e su questa base il gruppo Tre ha collaborato a un arrangiamento collettivo. Una ricercatrice borsista ha presentato due scritti (gr. 5). Una semplice commissione di esame, composta da due-tre membri del gruppo e da S. Piro ha valutato, all'interno dell'*équipe* locale, la preparazione del candidato e la qualità del suo elaborato (o della sua collaborazione alla scritturazione). I verbali di esami sono stati trasmessi alla Fondazione CeRPS e al competente ufficio dell'Amministrazione regionale della Campania.

Se il lavoro di gruppo e la stesura del Rapporto di ricerca hanno costituito l'ossatura metodologica della ricerca del gruppo e hanno recato le conclusioni e/o le proposte finali, i Documenti della ricerca hanno portato vivacità, individualità, amarezze, sconforto, fiducia, ironia, vaghezza dando al lavoro di ricerca antropologico carattere di *partecipazione autentica*. Nessuna ricerca partecipante può essere fredda, pena il suo non essere una ricerca. E alla fine, alla maggiore paticità dei Documenti, subentra la riflessione epocale del Rapporto.

### i. *Le conclusioni finali dei Rapporti di ricerca*

Si riportano qui, necessariamente in carattere piccolo, brevi tratti dei 7 rapporti di ricerca che possono in qualche modo costituirsi come conclusioni o che possano rendere a uno sguardo i luoghi centrali di un'esperienza complessa. È bene inteso che le proposizioni che qui si riportano sono pienamente comprensibili e spiegabili solo nella lettura dell'intero Rapporto da cui sono tratte.

#### *Gruppo 1 Una cattedrale nel deserto.*

«Può apparire contraddittorio che in un'istituzione universitaria, per definizione protesa alla sperimentazione di nuove modalità di approccio, interpretazione e cura, riappaiono e si materializzino fantasmi che il passato sembrava aver definitivamente sepolto, eppure il corteo di simboli regressivi e punitivi connessi alla scossa elettrica, illusoriamente prescritta a scopo terapeutico, non ha provocato alcun interrogativo sulla dignità dell'atto».

«L'esperienza partecipante, qui narrata con voluta e dovuta frammentarietà, ha avuto come obiettivo la lotta all'ovvio, alla *innocenza epistemologica* intesa come acquiescenza al sapere psichiatrico ufficiale ed al suo immediato riflesso che sterilizza docenti e discenti in rigidi esecutori materiali di sentenze emesse da altri attori».

«Questo rapporto non illustra, come già detto, un metodo; ma non per questo nega di per sé il rigore o l'impegno o lo studio, tutt'altro: esso tende anzi a sottolineare l'importanza di un ampliamento di visuale, di un arricchimento umano e culturale che esca dalle angustie dello *psychologically correct* e squarci il velo di quello che esso colpevolmente cela... In tal modo la relazione terapeutica diventa uno stimolo reciproco a conoscere,

si impara molto da quel che si dice, si discute insieme e si scoprono modalità di formazione ed informazione mutuabili, differenziabili nelle diverse traiettorie personali e da cui si colgono valori, credenze, principi nel loro relativismo culturale».

«Non c'è un nuovo metodo psicologico, non c'è una nosografia alternativa o un rifiuto totale a riconoscere la presenza di conflitti e di condotte di sofferenza, non c'è cioè alcuna oggettività cui confrontare qualcosa: esiste però, e si mostra, una persona che ricerca alcuni fili per comprendersi ed esistono altri che ricercano capacità mutevoli di permetterlo, anche a se stessi. *Partiti per spiegare, e ora in viaggio per ricercare*. In trasformazione».

### *Gruppo 2 Abitare*

«*Primo*. Raccontare la storia di una persona non è osservare in modo diligente un fenomeno da parte di un ricercatore. Ciò darebbe luogo a una lettura scotomizzata, dove manca sempre un pezzo. Nel nostro campo, ci si perderebbe ineluttabilmente nella scrittura di storie trasformate in cartelle cliniche o di cartelle cliniche in forma di storie. Chi scrive la storia (il "ricercatore") e la persona di cui si dovrebbe raccontare (il "soggetto sperimentale") sono coinvolti, piuttosto, in una circolarità: il primo è latore di un'istanza di conoscenza meramente iniziale, perché ben presto si verifica una situazione dove le informazioni scientificamente rilevanti scaturiscono da una relazione tra soggetti e non da oggetti di studio isolati. Ciò è vero tanto più per chi si è vista negare la possibilità di narrarsi ed essere narrato.

«*Secondo*. Il campo dell'*abitare* è quello in cui, come la storia del manicomio insegna, si sono consumate le negazioni più assolute dei diritti delle persone coinvolte con la psichiatria. *Pare perciò di fondamentale importanza poter distinguere una struttura psichiatrica da una casa, per le persone con sofferenza psichica. E l'esperienza dice che la questione non può essere trattata che in termini di diritti*. Ma oggi il tema dei diritti sembra aver perso rilevanza teorica, politica, etica. Si considerino le argomentazioni che il potere politico utilizza, anche in quelli che la scienza politica chiama Stati di Diritto, per legittimare le guerre da esso scatenate. Si pensi ai discorsi dei maggiori Statisti occidentali contemporanei, dove sempre si fa riferimento alla necessità di difendere presunti *valori* fondanti la propria civiltà, invece che diritti! Dal canto suo, l'*azienda* sanitaria italiana sembra interessata a produrre servizi misurabili su indicatori, nel contesto di un acritico ossequio al valore economicistico dell'efficacia/efficienza, invece che ad assicurare il diritto alla cura ai suoi assistiti. Dato il contesto descritto e dato l'attuale assetto della sanità pubblica e della nostra regione

in particolare, abbiamo ragione di temere che i diritti relativi all'abitare delle persone con sofferenza psichica siano trattati alla stregua di prestazioni e diventino qualcosa di reversibile».

### *Gruppo 3 Quelli della sindrome romantica.*

«Si conferma:

i. la decisiva centralità dell'*osservazione partecipante ravvicinata* (dalla presenza di tipologie esistenti intermedie come quella degli studenti, degli artisti, dei pazienti partecipanti, degli operatori di base);

ii. il carattere non tecnicistico della trasformazione antropica determinata e la spinta verso obiettivi extra-istituzionali;

iii. il decisivo superamento di qualunque forma di riabilitazione tradizionale, noiosa, istituzionalizzante, ripetitiva, ceramicoidale.

In questo senso il piccolo gruppo sperimentale ha nettamente forzato il limite posto dalla direzione del Dipartimento di salute mentale della Asl Napoli 1 in vario modo (e principalmente con la mancata erogazione delle necessarie risorse umane e finanziarie) al lavoro di auto-organizzazione e di spinta all'esterno in pazienti altrimenti destinati alla psichiatrizzazione e alla passività».

### *Gruppo 4 Morte alla Ceramica.*

«La marginalizzazione diffusa delle persone con disagio psichico e la loro trasformazione in oggetti passivi e permanenti di assistenza (anche nei lunghi periodi di benessere e di compenso), si rivela in ritardo persino con le stesse acquisizioni recenti in ambito di organizzazione del lavoro in un sistema produttivo globalizzato in cui molti lavorano individualmente (magari davanti ai loro PC) senza dover dar conto delle abilità utilizzate, dei loro tempi e dei loro percorsi produttivi».

«Forzando queste definizioni potremmo dire che il modello a cui oggi ci ispiriamo, *capovolgendolo*, è quello dell'estrema flessibilità del lavoro; stavolta non finalizzata allo sfruttamento intensivo e globale della forza lavoro, ovunque essa si trovi; ma ad un adeguamento della produzione alle singole unità produttive, intese come piccole comunità che organizzano il lavoro sulle loro specifiche capacità, tenendo conto delle diverse abilità e dei percorsi procedurali individuali, senza rigidità o tempi obbligati. Si tratta di ribaltare una logica ed una modellistica che, in tutte le sue varianti, considera l'uomo che lavora sempre uguale a sé stesso, un uomo "teorico" che non contempla diversità, abilità suppletive, fragilità non invalidanti.

Gli utenti dei dipartimenti di salute mentale non vanno considerati come una fascia di popolazione da assistere e sostenere fin quando è possibile, compatibilmente con le risorse disponibili o da emarginare ed esclu-

dere quando queste risorse vengano meno, e ciò avviene purtroppo sempre più frequentemente».

### *Gruppo 5 365 giorni all'alba.*

«Emerge, altresì, l'intuizione di intendere la "cura" come caduta dell'odio e l'albeggiare dell'amicizia, della pace. La spinta al ripristino di normali rapporti sociali, l'accoglienza, l'abitare in luogo dell'essere reclusi sono alcuni degli effetti trasformazionali positivi che sono prodotti da questo iniziale movimento».

«Il processo eterotrasformatore con la conseguente relativizzazione del proprio ruolo istituzionale crea una *fissure*, uno iato, una interrogazione che sostituisce la monolitica identità precedente e dà vita, con un'opportuna formazione, ad una transpersonalizzazione, cioè al mutamento significativo di coloro che sono detti "curati". La *fissure*, l'interrogazione, la breccia che si crea nel loro ruolo istituzionale (non possiamo qui dimenticare la iatrogenicità delle istituzioni totali e le conseguenti psicopatologie che hanno spesso rappresentato, alla chiusura dei manicomi, l'unica traccia di una sofferenza psichica ormai codificata) è l'elemento che può dare vita ad un processo autotrasformatore, che può dare nuovamente voce alla ribellione, senza che essa sia espulsa come malattia e la malattia soffocata come ribellione. In questo senso anche i rapporti più naturali si deformano».

«Un'ipotesi di continuazione della ricerca per questo gruppo potrebbe essere dunque la seguente:

- Studio sulla possibilità di costituire un'associazione di utenti che si allontanino dalla salute mentale.
- Diffusione territoriale dell'esperienza di *self help*, nella quale dovrebbero avere un ruolo di primo piano gli operatori del terzo settore.
- Formazione degli operatori tutti (istituzioni e terzo settore, utenti)
- Depsichiatriizzazione reale del territorio e delle istituzioni di salute mentale con definizione del livello o dei livelli di relazione tra istituzione e associazioni territoriali».

### *Gruppo 6 Studenti di medicina punto interrogativo di un'epoca.*

«Il lavoro di formazione culturale e intellettuale si continua direttamente nella ricerca partecipante: la ricerca partecipante nel campo antropologico presuppone la "confusione" tra oggetto e soggetto di ricerca, tra enunciati oggettivi e descrizione di stati d'animo, la concreta possibilità di operare trasformazioni e di poterne descrivere l'accadere... Nella facoltà di medicina talora gli studenti sembrano essere i peggiori nemici di se stessi».

«L'esperienza di questo incontro con il gruppo di studenti israeliani e palestinesi ha confermato tra l'altro molte tesi già esposte e che si prova a riprendere:

- i. La curiosità, la spinta alla conoscenza e alla partecipazione attiva all'accadere del mondo è fattore determinante nella formazione agli studi universitari e alla ricerca in generale. Questa spinta può essere uno dei fattori che contribuiscono ad una evoluzione pacifica della nostra specie. Non vi è didattica che non sia alternativa (nel senso di non noiosa, partecipata, per piccoli gruppi) e non vi è didattica alternativa che non sia propensione verso l'uguaglianza, la libertà e lotta contro ogni forma di esclusione.
- ii. *Omissis*
- iii. Il lavoro di formazione culturale e intellettuale si continua direttamente nella ricerca partecipante: la ricerca partecipante nel campo antropologico presuppone la "confusione" tra oggetto e soggetto di ricerca, tra enunciati oggettivi e descrizione di stati d'animo, la concreta possibilità di operare trasformazioni e di poterne descrivere l'accadere».

### *Gruppo 7 L'Osservatorio dell'Abbandono.*

«L'Osservatorio, dalla casistica non amplissima ma ben documentata, ha messo in evidenza, nei grandi agglomerati urbani della Campania, una condizione di "abbandono" della sofferenza antropica, strutturata a diversi livelli: a) un abbandono *metodologico* che attiene ai sistemi di presa in carico del "paziente" e di "cura" da parte delle unità operative di salute mentale (assoluta prevalenza dello stile medico-professionale nella "cura", utilizzo dei farmaci a dosaggi elevatissimi con gravi conseguenze ed effetti collaterali, riduzione del "rapporto umano" a puro veicolo dei farmaci, etc...), b) un abbandono *pratico* che attiene al singolo *caso* (del paziente difficile che non accetta di buon grado la visita ambulatoriale, del paziente ultra sessantacinquenne, del paziente che soffre ma non è inquadrabile in una casella del manuale diagnostico e statistico, etc...), c) un abbandono *sistemico* che attiene all'assoluta indifferenza delle istituzioni verso quella "utenza sofferente" che non chiede aiuto, che vive ai margini della società, che ha difficoltà ad accedere ai canali tradizionali della "cura" (assenza di prevenzione da parte dei dipartimenti di salute mentale, arroccamento *intramurale* dei dipartimenti di salute mentale, rimpallo delle responsabilità per quei pazienti che presentano, ad esempio, disturbi psichiatrici e tossicodipendenze, tentativo di sbarazzarsi del paziente pericoloso con l'invio in carcere o, all'inverso, alta prevalenza in carcere di persone con diagnosi di patologie psichiatriche, etc...)».

### 3. RISULTATO ESPRIMIBILE DELLA RICERCA

Dall'insieme dei rapporti e dei documenti riportati, delle considerazioni e delle interpretazioni, questa ricerca sembra raggiungere i seguenti obiettivi:

- i. Confermare sperimentalmente, l'ipotesi [finora intravista negli scritti teorici (Piro S. 1997; Piro S. e Mancini A. 1997; Piro S. 2001) e realizzata in modo parziale in una precedente esperienza (Mancini A. 2002)] del passaggio da un *gruppo* per l'aggiornamento culturale e semantico – volto dunque a scopi (τέλη, plurali di τέλος)<sup>5</sup> presentemente didattici e formazionali – a un gruppo portatore di una *protensione* di ricerca antropologica allargata.
- ii. Determinare sperimentalmente il passaggio da un *gruppo* per la ricerca nel campo delle scienze umane applicate (propriamente: scienze antropologiche trasformazionali) al *gruppo di gruppi* con tutte le modalità operazionali della ricerca diadromico-trasformatzionale.
- iii. Trasformare le esperienze trasformazionali locali già in corso in esperienze trasformazionali connesse ad altre esperienze.
- iv. Raggiungere e scatenare il *magma trasformazionale*, inteso qui riduttivamente come contemporanea espansione e accelerazione dello svolgimento della ricerca.
- v. Confermare – con una sperimentazione estesa multigrupale e coordinata – che il *magma trasformazionale* si genera nella *multiaccadimentalità* (nella pluralità delle operazioni di ricerca in corso, già praticata in tutta la ricerca antropologico-trasformatzionale e diadromico-trasformatzionale a partire dal 1980).
- vi. Porre in evidenza la consustanzialità della *multiaccadimentalità* con l'*osservazione partecipante*, dato che essa, appunto, è una partecipazione multiaccadimentale. La partecipazione è tanto più accelerata ed efficace, quanto più largo è il ventaglio degli accadimenti considerati.

<sup>5</sup> «L'attività trasformazionale protensiva si costituisce come prassi molare (cioè discreta, descrivibile) di trasformazione di altre singolarità o pluralità antropiche. Il risultato di questa trasformazione può essere considerato come un sovra-scopo o *telos* (τέλος). Per questo motivo la costituzione trasformazionale dell'agire antropico è *telica*» (Piro S. 2005 p. 152).

- vii. Ottenere conferme euristiche (nel senso proprio delle scienze antropologiche narrative, cioè *formulazioni a cui corrispondono sequenze di avvenimenti*):
  - α. dell'accostamento, sovrapposizione e interpenetrazioni dei sistemi doxico-ideologici dei gruppi precedentemente isolati;
  - β. della generalizzazione di metodologie trasformazionali basate sull'interpenetrazione dei sottoinsiemi osservanti con i sotto-insiemi osservati.
- viii. Ottenere conferme sperimentali :
  - α. della centralità dell'esclusione e della privazione dei diritti nella genesi di una condizione di sofferenza;
  - β. dell'estesa reversibilità operativa della sofferenza;
  - γ. della specificità doxo-axio-ideologica delle condizioni capaci di determinare una reversione della sofferenza.
- ix. Riaffermare criticamente, attraverso anche la consapevolezza di un dibattito durato 40 anni, il carattere sociale e politico delle condizioni che generano esclusione fattuale e sofferenza personale, indipendentemente e al di là – per quanto riguarda i soggetti psichiatrici e psichiatritti – della presenza di condizioni biologiche di malattia.

## B. Note e appunti sulla ricerca di Sergio Piro

### 1. APPUNTI AGGIUNTIVI SULL'ESCLUSIONE

*Testimonianza di un sopravvissuto*, Reth Belgassen, recluso ad Agheila (cfr., Ottolenghi op. cit.): «Dovevamo sopravvivere con un pugno di riso o di farina e spesso si era troppo stanchi per lavorare... ricordo la miseria e le botte... Le nostre donne tenevano un recipiente nella tenda per fare i bisogni... avevano paura di uscire, rischiavano di essere prese dagli etiopi o dagli italiani... le esecuzioni avvenivano... al centro del campo e gli italiani portavano tutta la gente a guardare. Ci costringevano a guardare mentre morivano i nostri fratelli. Ogni giorno uscivano 50 cadaveri».

Fisica/mente.net 2005

Riferisce il ras Immirù di un bombardamento italiano: «Prima che mi rendessi conto di ciò che stava accadendo, alcune centinaia fra i miei uomini erano rimasti colpiti dal misterioso liquido e urlavano di dolore, mentre i loro piedi nudi, le loro mani, i loro volti si coprivano di vesciche. Altri, che si erano dissetati al fiume, si contorcevano a terra in una agonia che durò ore. Fra i colpiti c'erano anche dei contadini che avevano portato le mandrie al fiume, e gente dei villaggi vicini».

Angelo Del Boca 1992 pp. 70-71

#### a. *Esclusione sociale ed esclusione dal diritto alla cura*

Di esclusione (ovvero della *rianimazione pratica necessaria di un termine sorpassato*) si fece un cenno brevissimo nell'*Introduzione programmatica* di questo rapporto. Il termine non era stato inizialmente abusato dall'autore di questo sub-capitolo, che anzi, in un tempo della sua ricerca in questo campo, scriveva:

«In questo senso la conoscenza della follia da parte dello stato moderno non è *esclusione* di improduttivi, ma *inclusione* nell'ordine statuale...»... e additando più avanti «quella commistione iniziale di *inclusione nell'ordine statuale* e di *razionalizzazione scientifica* della follia come malattia in qualche modo obiettivabile» (Piro S. 1978).

Questo scritto era stato inviato circa un anno prima all'editore (si riallaccia infatti ad altre pubblicazioni e interventi in dibattito degli anni 1975-77, e in particolare all'intervento nel congresso di psichiatria democratica di Trieste del settembre 1977). Però una siffatta visione dell'*inclusione* strutturale poco dopo veniva decentrata proprio dalla Legge n. 180 che restituiva al cittadino in condizione di sofferenza mentale o emozionale il *diritto alla cura*, sia pure con una timidezza e incompletezza che sono in qualche modo corresponsabili del fallimento dell'attuazione della riforma e del conseguente abbandono dei malati mentali.

Come è ben noto ai sociologi, l'esclusione sociale cambia con il tempo e con il trasformarsi della struttura delle società. Sia pure nel difficile costituirsi delle strutture istituzionali e operative della riforma del 1978 e nell'ancor più difficile cambio di mentalità, al concetto di *esclusione del folle dalla società* va progressivamente sostituendosi il concetto di *esclusione della persona dal diritto alla cura*. In questo senso ha operato e scritto, in questa ricerca, il Gruppo 7 *L'osservatorio dell'abbandono*. Ed è questa appunto la *rianimazione pratica necessaria di un termine sorpassato* di cui diceva Mancini nell'introduzione, trattando delle basi epistemologiche e metodologiche di questa ricerca.

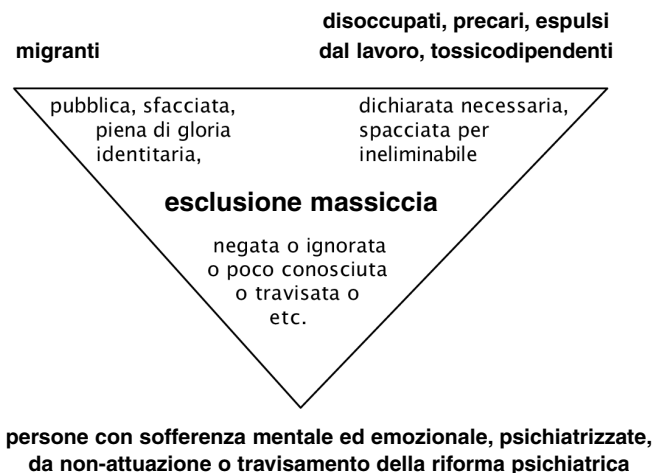
Inoltre:

«1.4. Nelle dimensioni generali dell'esclusione e della guerra si considera il destino di popolazioni, grandi aggregati culturali ed etnici, minoranze linguistiche, gruppi nomadi, etc. (dalla persecuzione razziale e religiosa al genocidio, all'affamamento, alla desertificazione, alla negazione delle cure, dei farmaci, della salute, delle cure parentali, all'abbandono all'ignoranza e alla superstizione, etc.). 1.5. Le forme di *esclusione sociale a fascia* (*versus* le donne, le persone di diversa condizione sociale, le persone di diversa cultura o lingua o aspetto esterno, gli omosessuali, i transessuali, i disoccupati, etc.) o *circoscritta* (*versus* i disabili, i malati mentali, i tossico-dipendenti, i vagabondi, etc.) si costituiscono come negazione di diritti delle persone perseguitate e come stato di attiva guerra contro di esse. Queste considerazioni sulla indeclinabile continuità fra gli accadimenti antropici generali e quelli più ristretti, cioè microsociale, nulla tolgono alla considerazione della specificità medica e/o psico-antropologica di alcuni tipi di sofferenza e/o di inabilità, né all'importanza di un agire specifico in tali condizioni o componenti» (Piro S. 2002a p. 18).

Ora, dopo il completamento di questa ricerca, che è pesante come un macigno nell'obbligo di aggiornamento semantico, il problema del significato di *esclusione* si ripresenta. Il termine, sia pur nella sua genericità ed indeterminazione, viene rilanciato da una congiuntura complessa che mette insieme condizioni inizialmente diverse che però subito si raffrontano nel loro estendersi, saldarsi e, a volte, divenire paradigmatiche.

Si riguardano qui brevemente:

- > l'*esclusione sociale massiccia* che si estende dal genocidio, al maschilismo, al razzismo, al nazionalismo, alle altre gravi forme di sofferenza di massa e può essere: *ignorata* (o poco conosciuta o negata o travisata etc.), *dichiarata* (e quindi spacciata per ineliminabile, necessaria, etc.), o *pubblica, sfacciata, piena di gloria identitaria*, secondo il seguente schema<sup>6</sup>:



<sup>6</sup> Il tema dell'esclusione di genere è troppo complesso per rientrare nelle categorie di questo tipo. Sul pianeta essa varia dalle forme in cui l'esclusione è pubblica, sfacciata, piena di gloria identitaria ad altre in cui nascosta, implicita, mistificata, ad altre in cui la situazione è intermedia. Anche per i migranti s'è detto della forma di azione prevalente, ma, come per il maschilismo e il nazionalismo, non è stata affrontata la problematica antropologica di fondo dell'identità forte, dell'esclusione (e della guerra), trattata con ampiezza in Piro S. 2002a e aggiornata, per questa ricerca, in Piro S. 2005 pp. 303-311.

- *l'esclusione sociale sovrastrutturale* che si esprime con limitazione, impedimento, sopraffazione, danno, privazione di senso e/o di gioia; con privazione culturale ed epistemologica, impedimento a capire, impedimento all'affermazione sociale.

Come ogni schematizzazione anche questa comporta variazioni ed eccezioni, dovute soprattutto al fatto che le numerose varianti dell'*esclusione sociale sovrastrutturale* includono forme che riguardano gruppi ristretti e forme caratterizzate da dimensioni più ampie o di categoria (es. studenti di medicina), mentre in altri casi le forme descritte sembrano sovrapporsi e complicarsi.

## b. *La riforma tradita*

In effetti la descrizione degli accadimenti nel campo della salute mentale in Italia dopo il 1978 e la presenza di un elevato numero di documentazioni, pubblicazioni ufficiali, resoconti, programmi, scritti scientifici, interventi dei *mass-media*, informazioni in rete dei movimenti, siti di documentazione internet etc. permettono di tracciare un profilo pre-storiografico del procedere della riforma, al di là delle informazioni talora imprecise o vaghe o tendenziose del Ministero della Salute, delle Regioni, delle Asl (cfr. Piro S. 2003, 2004b).

Il presente discorso su alcuni aspetti della riforma psichiatrica in Italia e sulle caratteristiche di alcuni tipi di cattiva attuazione dopo il 1981 presuppone che ci sia stata una riforma e che questa riforma dovesse essere attuata: l'alternativa italiana in salute mentale doveva consistere in una trasformazione complessiva in cui i *mutamenti istituzionali*, nella loro complessità e articolazione, erano *condizione necessaria, ma assolutamente non sufficiente* al compimento del processo trasformazionale: l'alternativa italiana per la salute mentale, nel suo periodo di *affermazione e diffusione*, si costituì infatti come connessione fra *riforma* (cioè un *mutamento istituzionale* nei molteplici suoi livelli e nelle sue dimensioni organizzative) e *trasformazione profonda delle prassi* (nella tipologia e nella qualità).

Per quanto riguarda la riforma dell'assistenza psichiatrica del 1978 in Italia, occorre considerare i seguenti mutamenti istituzionali, principali e esemplificativamente intesi: i. gli atti legislativi del mutamento; ii. il mu-

tamento dell'ente preposto; iii. i mutamenti del bacino di utenza [passaggio dal manicomio con bacino di utenza provinciale o poliprovinciale (e con conseguenti fatti di *deportazione, concentrazione e privatizzazione*) ai servizi di salute mentale del Sistema sanitario nazionale con bacino di utenza definito, cioè un'unità sanitaria locale (poi azienda sanitaria locale)]; iv. i mutamenti delle strutture operative (passaggio dall'unica struttura del manicomio alle strutture multiple per il lavoro territoriale continuativo, per la gestione della crisi, per la residenzialità, per l'attività creativa e il rilancio esistenziale; l'allargamento dell'intervento domiciliare; etc.); v. i mutamenti del personale operante [dal binomio medico-infermiere del manicomio alla ricchezza poliprofessionale dei servizi e, più in là, alla presenza di professionalità nuove, intermedie, contaminate nelle strutture volontarie o convenzionate; la significativa partecipazione di familiari e degli stessi utenti (*auto-aiuto*) nell'operatività territoriale]; vi. etc.

Come si diceva, tutti questi mutamenti costituivano, nel loro insieme, una condizione *necessaria ma non sufficiente* per la realizzazione in Italia di una vera alternativa nel campo della salute mentale (riassunto da Piro S. 2003).

La riforma psichiatrica italiana del 1978 avrebbe dovuto determinare un vasto e profondo mutamento delle prassi:

- ✓ sia nel senso della *tipologia operativa*,
- ✓ sia nel senso della *qualità complessiva dell'agire pratico (pratica integrale dei diritti)*.

La *tipologia delle operazioni* s'intravede in una serie di indicazioni formulate nei primi due lustri di tentata attuazione e che vengono ripresi da scritti personali dell'epoca, di cui si stralcia qualche elemento<sup>7</sup>: il servizio territoriale di salute mentale è *multiordinale e pluri-qualitativo*; è capace di accogliere *tutta l'utenza* di un bacino di estensione limitata e ben determinata; è attivo *senza soluzioni temporali* e non sottopone mai l'utenza ad alcun disagio evitabile; ha come fondamento metodologico i criteri della reperibilità e disponibilità, della non-selettività, dell'adeguatezza e tempestività di ogni intervento; organizza il proprio lavoro con precisione e puntualità; fa dell'invenzione pratica collettiva la *basse epistemologica* del suo agire<sup>8</sup>; etc.

<sup>7</sup> Le voci che seguono sono solo indicazioni esemplificative variabili di concezioni che, all'interno di una stessa concezione della sofferenza e della cura, variano da gruppo a gruppo di operatori seriamente impegnati alla realizzazione della riforma.

<sup>8</sup> «Ogni servizio territoriale di salute mentale che sia multiordinale e pluriquale, che sia capace di accogliere tutta l'utenza di un bacino di estensione limitata e

Esemplificazione ESTENSIONALE della qualità complessiva dell'agire pratico (PRATICA INTEGRALE DEI DIRITTI)<sup>9</sup>:

- A. Rispetto pieno, senza falsi limiti, della libertà e dei diritti dei cittadini;
- B. Rifiuto della violenza e dell'oppressione nei rapporti interumani;
- C. Arco vasto di attività, massimo sforzo per ridurre l'afflittività degli interventi, conseguente rifiuto di tutte le pratiche violente e coattive, ereditate dell'era manicomiale o reinventate al presente;
- D. Invenzione continua della «cura» come legame epocale a una collettività umana, come espansione vitale, come comprensione del mutamento prodotto dalla crisi e dalla sofferenza;
- E. Opposizione frontale alla mutilazione prodotta dalla soppressione meccanica o farmacologica della crisi e conseguente presenza continuativa e partecipante degli operatori anche nelle fasi acute;
- F. Relativizzazione di ruoli, di identità, di professionalità (formazione interprofessionale nei servizi basata sulla prevalenza netta della *competenza antropologica di rapporto* sulle *specificità professionali*, rese in genere marginali, accessorie, addizionali nei servizi a «buona pratica»);
- G. Coazione incondizionata, singolare e plurale, d'impegno, quale *stile del servizio* e quale *pratica dell'accoglienza*;
- H. Prevalenza del lavoro di gruppo, di *équipe*, di nucleo operativo, etc.; organizzazione del servizio come struttura capace di sviluppare una propria prassi adeguata all'unicità di se stessa e all'unicità della situazione il cui *équipe* è «gettata» ad operare;
- I. Istigazione alla possibile autonomia territoriale degli psichiatrizzati (Mancini A. 2002);
- J. Etc. in tutte le varianti culturali, linguistiche, attuative dei progetti di «cura» che sono fra noi in quest'epoca.

ben determinata, che sia attivo senza soluzioni temporali, che abbia come fondamento metodologico i criteri della reperibilità e disponibilità, della non-selettività, dell'adeguatezza e tempestività di ogni intervento, che organizzi il proprio lavoro con precisione e puntualità, che sia portatore di innovazioni e invenzioni nel campo della ricerca, dell'operatività e della didattica, ogni servizio di questo tipo è uno *strumento del tutto nuovo* rispetto a quello delle psichiatrie tradizionali, anche extramurarie» (P. 1991). «Il *servizio territoriale di salute mentale*, per il fatto di operare in un campo limitato e geo-socialmente definito (il territorio dell'unità sanitaria locale) di cui può esplorare l'intero universo degli eventi umani e interreagire con essi, è, *nel presente periodo storico, l'unico strumento realmente scientifico di ricerca nel campo psicologico-psichiatrico* per quel settore che attiene le dimensioni antropologiche della sofferenza, della limitazione e del danno» (P. 1988b).

<sup>9</sup> Questo elenco verrebbe probabilmente compilato dai singoli impegnati (oggi) nella realizzazione di una *pratica integrale dei diritti* in modo diverso o molto diverso nella scelta delle parole, nelle priorità dei concetti, nell'ampliamento di alcune voci: a dispetto di ciò, con elevata probabilità, l'orizzonte politico e culturale delle diverse scelte, preferenze e denominazioni rimarrebbe unitario e coerente.

Sulla questione dei diritti si rinvia, come esempio, al Regolamento del DSM di Trieste (da art. 16 regolamento Dsm /Ass n. 1 Triestina, dicembre 1995) e al recente libro di Peppe Dell'Acqua (2003). Si tralascia qui anche il documento del *Comitato nazionale di bioetica Comitato su psichiatria e salute mentale* del 24 novembre 2000 riportato nello stesso libro di Dell'Acqua, la cui applicazione integrale e diffusa risolverebbe immediatamente tutti i problemi della cattiva attuazione della riforma in tante parti d'Italia (riassunto da Piro S. 2003).

Bisogna poi sottolineare – come momento della massima importanza – che la *pratica di alternativa* alle attività oppressive della psichiatria e del manicomio e il ripristino dei diritti dei malati mentali intervennero in Italia, da Gorizia in avanti, *prima* che si desse forma organizzata alle ipotesi di mutamento istituzionale, al progetto di abolizione del manicomio, allo spostamento territoriale della «cura»: questo viene ricordato a conferma storica del fatto che l'urgenza politica, culturale, emozionale, ideale della trasformazione dell'agire interumano e della pratica di un modo più ampio di tutela dei diritti dei cittadini precede di molto l'organizzazione del progetto socio-istituzionale che vi è inerente.

### c. *Le forme della restaurazione*

Ora, senza dilungarsi sulla cronaca dell'accadere dal 1981 ad ora, quello che viene subito colto nella cronaca dell'attuazione italiana della riforma su tutto il campo nazionale è una sorta di *dis-sociazione fra mutamenti istituzionali* che vanno avanti (sovente con lentezza e fatica, altre volte abbastanza rapidamente) e *trasformazione delle prassi*.

Si osservano dagli anni ottanta in avanti:

- i. l'allestimento, a mano a mano sempre più esteso e adeguato, delle strutture operative e organizzative nate dalla riforma italiana della psichiatria del 1978 e quindi dei mutamenti istituzionali, nel senso di cui si è detto prima;
- ii. il mancato sviluppo o la parziale negazione della *pratica dei diritti* oppure la regressione da un livello accettabile di pratica a livelli non accettabili o addirittura di tipo neo-manicomiale (contenzione fisica; sommersione psicofarmacologica; mecca-

nicità burocratica del rapporto; rifiuto di prestazioni o di interventi; scadimento del rapporto con l'utenza; progressiva riduzione del tempo di lavoro e/o del personale dei servizi, etc. per molte voci);

iii. crescenti difficoltà politiche, culturali, amministrative per le esperienze legate a una pratica rispettosa dei diritti.

«La formula del *revisionismo psichiatrico italiano* a partire dagli anni ottanta è dunque data da → mutamenti istituzionali della riforma del 1978 + pratiche neomanicomiali e/o psichiatriche e/o fortemente istituzionalizzanti e/o fortemente negatrici dei diritti di cittadinanza e/o caratterizzate da caduta progressiva dei tempi, delle attività, del numero degli operatori e/o francamente degradate a un'ambulatorietà arcaica e da negazione di prestazioni dovute, etc. ... Per poter parlare *revisionismo*, e non, semplicemente, di *bieco totale rifiuto della riforma*, è necessaria l'evidenza di un *contrasto* fra una serie di mutamenti istituzionali conformi o parzialmente conformi al dettato riformatore e una pratica di lavoro fortemente difforme dai principi di fondo del movimento anti-istituzionale italiano. Si deve altresì ricordare che in tante parte d'Italia anche la realizzazione dei mutamenti istituzionali della riforma è stata difficile ed è costata impegno e sacrificio: non si tratta dunque di dare un valore diverso ai due momenti della trasformazione, ma solo di ribadire con forza la necessaria complementarità» (Piro S. 2003).

Una potentissima spinta alla revisione culturale radicale e al capovolgimento di tutta l'impostazione delle prassi anti-istituzionali viene dalla progressiva instaurazione di un *dominio planetario degli psicofarmaci*.

«4.2. L'industria degli psicofarmaci ha usato, per la preparazione e la diffusione del suo programma di vendita, un complesso programma operativo. 4.2.1. Essa ha dovuto costruire, con la complicità di studiosi e ricercatori consapevoli o non consapevoli, un grosso apparato di *advertising* che consta: a. di un modello biologistico della sofferenza; b. di una classificazione dettagliata, universale, valida in tutte le culture e in tutte le varianti antropologico-linguistico-culturali dell'area di diffusione internazionale dei farmaci psicotropi; c. di una dichiarazione di scoperta dei nessi certi o comunque "operabili" tra psicopatologia e architettura cerebrale; d. di una teoria di ciò che può essere definito attendibilmente "migliorare", "guarire"; d. di una identificazione di effetti certi e affidabili dei farmaci. 4.2.2. Su questa base epistemologica s'è costruita negli ultimi venti anni una nuova teoria organi-

cistica della sofferenza, un biologismo totale e rassicurante, un ripristino definitivo del concetto di norma per la definizione delle “deviazioni dalla norma”, un ironico disprezzo su tutto quello che non è quantificabile, quasi che la quantificazione non risultasse assurda se i dati quantificati non hanno senso» (Piro S. 2002a p. 26).

Centrale per questa ricerca e, in genere, nella pratiche connesse al problema psichiatrico è la successiva proposizione 4.2.3. che qui si pone in evidenza tipografica: «In conseguenza di tutto ciò, i reparti ospedalieri, nei quali la crisi doveva essere compresa nel suo senso umano e nella sua potenzialità trasformazionale (oltre che intelligentemente medicata), si sono sovente trasformati in reparti di ammissione manicomiale con camicie di forza, grave ottundimento farmacologico, degenze illegalmente lunghe; le residenze per persone che non potevano vivere in famiglia sono diventate reparti manicomiali, chiusi a chiave a doppia mandata; i servizi territoriali che dovevano conoscere appieno il loro territorio, accettare, intervenire senza risparmio di tempo e di impegno sono sovente divenuti squallidi ambulatori, capaci solo di erogare farmaci» (*Ibidem*, pp. 26-27).

«4.2.4. L'intera opinione pubblica occidentale è stata orientata nel trovare nei farmaci la soluzione di una serie di problemi che fin troppo evidentemente appartengono all'ambito esistenziale, relazionale, sociale. Nuove forme di disagio nevrotico sono state create per “collocare” farmaci il cui spettro d'azione non coincideva con quello delle nevrosi descritte nei precedenti manuali. Ogni discorso critico viene stroncato con una valanga estesa di dati artefatti e convalidati dalle diffuse complicità universitarie. 4.2.5. L'informazione scientifica di massa posta in atto dall'industria farmaceutica ha creato, dagli anni '80 una *religione psicofarmacologica*, una spaventosa ideologia regressiva di massa, capace di soggiogare le popolazioni, di dirigere il comportamento dei singoli e delle masse, di ridicolizzare ogni sforzo personale singolare o plurale verso l'autonomia e l'indipendenza di destino, di eliminare gli oppositori scientifici dal campo sociale, di soggiogare i sofferenti e le loro famiglie, di non permettere alcun *empowerment* dei sofferenti, alcun *outreach* dei servizi. 4.3. La psichiatria ha così una forza enorme, perché in tutto coincide con le strutture proprie del capitalismo più avanzato: essa è *globalizzata, volta al profitto industriale, basata su un sistema organizzato di asserimenti scientifici falsi o deformati o usati tendenziosamente, negatrice* sostanziale e senza rimedio di ogni senso della sofferenza, di ogni insegnamento della crisi, di ogni possibilità

di trascendimento della gettatezza, di ogni autentico mutamento del destino, di ogni prassi di mutuo aiuto, di ogni possibile vero *empowerment* della gente che sta male, di ogni speranza nella sorte delle singolarità avvolte dalla sofferenza... 4.3.2. Questa critica non impedisce né ostacola in alcun modo l'uso sapiente di tecniche psicologiche e riabilitative e l'uso finalizzato di farmaci all'interno di una complessa prassi di liberazione, basata sul rispetto dei diritti e della dignità di coloro che soffrono e di una "cura" che rispetti il senso della sofferenza e la muti in progetti di vita, in realizzazioni esistentive» (*Ibidem*, pp. 27-28).

#### d. *Una coscienza non ritrattabile*

L'obbligo a una pratica integrale dei diritti si protende al mondo come scelta esistensiva di fondo, come appartenenza a un'umanità in evoluzione, dunque egualitaria, non violenta, alla fine pacifica. Nella presente congiuntura della storia della nostra specie, la presenza dell'esclusione, della diseguaglianza, della persecuzione dei diversi, della sofferenza, della fame, della guerra, dell'emigrazione coatta, della distruzione del mondo naturale, etc. costituisce per tutti *coloro che vi sono esistivamente gettati* un obbligo inderogabile di prassi.

Questa ricerca *Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica* è una testimonianza complessa, correlata e stringente sulla riforma psichiatrica italiana e sulla sofferenza derivata dalla mancata attuazione delle prassi necessarie.

Nel momento iniziale sui 5 gruppi allora attivi, 2 hanno affrontato problemi relativi all'esclusione culturale e progettuale di studenti di medicina e specializzandi in psichiatria; 3 hanno iniziato la loro ricerca nel campo della sofferenza psichiatrica, della cura e della prevenzione.

Di questi tre gruppi, solo uno nasce direttamente ed in relazione alla mancata attuazione della riforma (*L'osservatorio dell'abbandono*): a dispetto della difficoltà di raccogliere i dati, i rilievi hanno già dato un quadro indiziario molto preoccupante, pur essendo parziali e asistematici<sup>10</sup>. Un altro gruppo si occupa di mo-

<sup>10</sup> Nell'ambito della Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane di Nocera Inferiore e del Centro Culturale La Città del Sole di Napoli, la ricerca di questo gruppo proseguirà dopo il presente impegno e andrà sistematizzandosi, fino a che *L'osservatorio dell'abbandono* potrà trasformarsi in una struttura permanente.

menti positivi di superamento della cattiva applicazione della riforma, un tema così stringente che il gruppo si moltiplica e allarga la ricerca a tre sedi territoriali, formando due nuovi gruppi. La ferma antagonizzazione della riabilitazione quale tecnica, banale, ripetitiva, imprigionante in strutture nate come aperte e subito manicomializzate e la proposta di prassi di forte rilancio esistenziale e di autonomia sociale (in tutta la sua problematicità: cfr. rapporto gr. 4: *Morte alla ceramica*) sono una critica non alla condizione precedente alla riforma, bensì *ai disastri derivati dai modi regressivi e neomanicomiali con cui la riforma è stata realizzata in buona parte degli altri servizi dell'area regionale campana e in quasi tutta la città di Napoli*.

Ma drammatica ed emblematica è la storia di un altro gruppo (gr. 2 *Abitare*) che si era formato nella Asl Caserta 2 della Campania nel corso di una tumultuosa esperienza alternativa, raccontata in questo libro nell'Appendice dei Documenti del gruppo 2 *Abitare* nella relazione di Giovanna Del Giudice (pp. XX-XX). Qui lo scontro fra i modi della prassi è, fin dall'inizio, molto forte e si fa cenno qui solo alle vicende connesse alla concezione, alla realizzazione e all'utilizzazione di *soluzioni autenticamente abitative*, rinviando per tutti gli altri aspetti (servizio territoriale di salute mentale, servizio ospedaliero, attività sociale, prevenzione, etc.) alla citata relazione Del Giudice.

Già subito, in quell'azienda sanitaria, lo scontro si pone fra modi dell'attuazione delle riforme. All'inizio viene opposto alla precedente attuazione sciatta e neomanicomiale una visione attiva fortemente volta alla tutela dei diritti dell'utenza: il servizio ospedaliero deve cessare di essere una forma di *lager* manicomiale, le attività di seguimiento dei pazienti territoriali debbono essere tutte svolte con solerzia e impegno, le residenze per malati mentali, chiuse, affollate, stereotipiche, manicomiali debbono essere superate dalla progressiva sistemazione degli utenti in piccole abitazioni del tutto aperte, autogestite, sistemate nei nuclei urbani. Ma dopo qualche tempo il taglione del regime clientelare regionale e degli interessi locali offesi scatta inesorabile e torna il regime direttoriale precedente, sacrificando gran parte del lavoro fatto e obbligando gli operatori-ricercatori di *Abitare* a una strenua resistenza.

Tutto, in questa situazione come in altre analoghe, denuncia l'intenzione di trasformarli in reparti manicomiali per cronici (con dirigente medico e turni di «guardia») e non in strutture proprie dell'abitare (piccole, familiari, aperte) e adatte a spingere – come deve avvenire per tutte le donne e gli uomini – dalla casa al mondo che è lì fuori<sup>11</sup>. E per tutto il resto si deve rimandare al capitolo II.

## 2. NOTE RIGUARDANTI LA MULTIACCADIMENTALITÀ

Ma il momento di svolta che determinò l'inizio di un'ampia campagna di razzismo e di discriminazione in Italia si colloca in concomitanza con la conquista dell'Etiopia nel 1935. Ebbe allora inizio la stesura di una legislazione indirizzata a contenere il meticciato fra italiani e popolazioni indigene africane e si fece strada una concezione di superiorità razziale mai lineare e spesso confusa, che tuttavia portò in pochi anni all'emanazione di una legislazione apertamente razzista.

*Fabio Gentile* 2004 p. 54

### a. *L'immersione della ricerca sulla sofferenza negli accadimenti del mondo*

Nel novembre-dicembre 1999 si apre a Seattle una stagione nuova nella storia che va facendosi. L'epoca è cambiata, il movimento antagonista reagisce e, questa volta, su scala planetaria. I temi dell'esclusione, della guerra, della sofferenza, della fame, della violenza, dello sterminio dei migranti operata dalle leggi nazionali sull'emigrazione, del razzismo sempre riemergente, del mancato accesso all'acqua della devastazione delle foreste, della distruzione industriale e commerciale del pianeta divengono portanti e saldano nuovamente le pratiche anti-istituzionali della «cura» della follia con tutte le altre lotte epocali, in un'estensione partecipativa mai

<sup>11</sup> Di pari indecente gravità è il fatto, realizzato a Napoli, di considerare «geriatrici» tutti gli psichiatrizzati che compiono sessantacinque anni, privarli per principio della cura della sofferenza mentale, e metterli in RSA a 40 posti: ma qui si tratta non di revisionismo psichiatrico, bensì come è evidente, di semplice violazione della legge dello Stato.

immaginata prima: la confusione, il luogo comune e l'improvvisazione sono ora, come ogni volta nella storia, le caratteristiche di una coscienza di massa che inizia a farsi («Apparirà allora che il mondo possiede da sempre il sogno di una cosa di cui deve soltanto avere la coscienza per possederla realmente», Karl Marx, *Lettera a Ruge*, Kreuznach, settembre 1843). Questo tipo di coscienza politica ha la caratteristica nuova *di non essere in nessun modo ritrattabile*, connessa come è al destino della specie, a dispetto delle vicende caotiche, contraddittorie, immature, inutili, controproducenti, infiltrate di malizia reazionaria e di poliziotti di ogni tipo, delle varie aggregazioni di movimento nelle contrade del mondo (forse un *infantilismo infantile* necessario o inevitabile, premonizione ad alta probabilità di crescita e coordinazione).

La portante doxico-ideologica e culturale del movimento anti-istituzionale in psichiatria va, passo per passo, collegandosi ad essa.

Il movimento ha imparato in questi decenni che la buona pratica in campo di salute mentale non è parte o specificazione o qualità dell'agire professionale in quanto tale, ma momento portante dei sistemi doxico-ideologici e axiologici in cui questo agire è immerso, connessione portante fra la «cura» della sofferenza e i diritti fondamentali dei cittadini del mondo: *fa parte cioè delle scelte di vita e non di quelle professionali*.

Ogni pratica sociale, ogni impegno nella sofferenza e nell'esclusione è una ricerca sull'accadere umano: ogni operatore dei pubblici servizi, ogni volontario, ogni cittadino che attivamente svolga un'azione positiva, liberatrice, nell'esclusione e nella sofferenza, conduce una ricerca fertile di insegnamenti e di conseguenze.

Questa conoscenza non si contrappone per principio alla ricerca scientifica «ufficiale» quando fornisce dati corroborati. La pratica sociale è una parte in movimento di una complessa attività di ricognizione dell'universo che la specie umana pone irresistibilmente in atto da sempre, per quanto è possibile sapere. Questa conoscenza si contrappone in modo critico e totale alle false scienze create per lo smercio dei prodotti e la globalizzazione dei mercati; si oppone in modo critico e totale allo svilimento della ricerca nel gioco di poteri accademici e della corruzione politica, ma ne scevera anche i portati correttamente utilizzabili e le isole di autentica ricerca; si oppone altresì alla pretesa degli istituti e del-

le scuole psico-terapeutiche di bloccare al secolo scorso e alla *forma mentis* di classi ristrette le concezioni sull'accadere umano.

Non può essere fermato il percorso di una conoscenza antropologica che derivi da prassi molteplici fra loro liberamente interferenti: esperienza antropica e pratica sociale allargata, insegnamento, cura, rilancio alla vita<sup>12</sup>, attività artistica, auto-esperienza (esperienza interiore e crisi personale), esperimento scientifico, etc.

Nel campo antropico continuo, nella conoscenza traversante, nella radiazione microsemiotica e microsemantica ubiquitaria, nel grande inespesso fluente è *diluuita e moltiplicata l'identità di ciascuno di noi*: la sofferenza, la follia, la crisi, la metanoia, la trasformazione del destino, l'*Erlebnis* corale popolano la nostra specie in un presagio di catastrofe planetaria, in un avvertimento cosmico finale che non può essere ignorato.

Questa prassi complessiva della cura, gettata nel mondo al di là dei limiti istituzionali del servizio di salute mentale o della struttura operativa, senza soluzione di continuità con le lotte di sopravvivenza della specie, non si presenta più come una psichiatria democratica e dunque revisionista, non si getta più come un'*antropologia alternativa pratica* nel campo della sofferenza oscura e della follia, ma si dà – nel transito epocale – come un'*antropologia pratica illimitata*, dove la cura è la fine della guerra e la salvezza della specie.

In questa *antropologia pratica illimitata* ha spazio tutto quell'enorme lavoro, quella scrupolosa, inesauribile, non definitiva, sempre mutevole attività che è – in tutto il pianeta – la cura della sofferenza oscura. Il revisionismo psichiatrico italiano iniziò forse quando, nell'urgenza di strappare l'assistenza psichiatrica dalla buia e cupa unilateralità manicomiale delle amministrazioni provinciali, essa fu consegnata ai medici e agli psichiatri, tradendo forse il mandato popolare di quegli anni e facendone – quasi dovunque in Italia – materia di scambio fra primariati, concessioni alla libera professione e alle cliniche psichiatriche private, posti al parlamento, orge di raccomandati, fine di ogni partecipazione di altre categorie di operatori, della popolazione, dell'utenza. Non

<sup>12</sup> *Riabilitazione* nel gergo regressivo e offensivo delle psichiatrie tradizionali e/o mal rinnovate.

si può fare una depsiichiatriizzazione senza demedicalizzazione. La negazione del ruolo suona in questi tempi come una favola gori-ziana, una storia vera e isolata di fatti remotissimi.

Il resto dovrebbe perciò iniziare a dirsi in un *forum* che ha estensione planetaria.

### b. *Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica*

In questa ricerca la molteplicità concorrente dei programmi locali, la diversità culturale, professionale, situazionale dei ricercatori e l'indistinzione progressiva di ruolo fra soggetti osservanti e soggetti osservati (*multiaccadimentalità*) ha condotto alla formazione di un campo osservazionale di grande ampiezza e mutevolezza (*osservazione partecipante allargata*), capace di creare un *magma trasformazionale* (una serie d'interreazioni multiple, tanto più osservabili e meglio narrabili quanto più vanno accelerandosi).

Mentre il presente libro va in stampa, continuando il lavoro intra-istituzionale da cui la ricerca è nata, molti dei ricercatori stanno proseguendo nel loro impegno, indipendentemente dalla possibilità di redazione e pubblicazione degli ulteriori risultati (i gruppi operanti nei servizi di salute mentale); in altri casi, cambiata la composizione del gruppo per scadenze istituzionali (gruppo 1: fine del tragitto di specializzazione) gli elementi «superstiti» stanno esaminando possibilità diverse e nuove; continua nel gruppo 6 (*Studenti universitari*) l'impegno nella Scuola diadromico-trasformazionale che prevede lo sviluppo dei temi di ricerca iniziati per il conseguimento di una specie di *Charta finale*, di diploma; infine il gruppo 7 (l'*Osservatorio dell'abbandono*) ha svolto – nell'ambito di *Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica* – solo la fase iniziale e organizzativa della sua ricerca e va sviluppandosi ulteriormente in relazione al suo impegno di ricerca e di iniziativa sociale.

Sembra così profilarsi un vantaggio e una possibile utilizzazione anche in una successiva fase della ricerca:

- ✓ dell'osservazione partecipante (come *elemento metagogico forte*);

- ✓ della concorrenza di ricercatori;
- ✓ della concorrenza di ricercatori come operatori;
- ✓ della concorrenza di ricercatori come precari;
- ✓ della concorrenza di ricercatori come subalterni (tecnici, infermieri);
- ✓ della concorrenza di ricercatori come non-operatori (studenti, cittadini interessati, utenti dei servizi: *res tua agitur*);
- ✓ dell'aggregazione di ricercatori;
- ✓ dell'aggregazione di ricercatori, della loro disaggregazione e della formazione di nuovi gruppi o partecipazione a nuovi gruppi;
- ✓ dell'aggregazione di gruppi in fase di preparazione e formazione;
- ✓ dell'aggregazione di gruppi analoghi confluenti come *magma trasformazionale*;
- ✓ dello sviluppo della ricerca multiaccademica come *magma* in incremento.

«2.6.1.2. La pratica sociale, per diventare fonte di una conoscenza scientifica (nel sistema doxico-axio-ideologico dell'autore), deve consistere in una narrazione strutturata ad elevata referenzialità, riducendo per quanto è possibile l'indeterminazione della narrazione poco strutturata ad elevata evocatività. 2.6.2. La pratica sociale dei singoli o dei gruppi è un'azione scenica che si apre alla conoscenza scientifica come narrazione accurata. 2.6.3. La potenza trasformazionale della scena ha il suo correlato diretto nell'ineludibile teatralità di ogni accadimento umano (culturale, didattico, "terapeutico", politico, etc.), proteso ad ottenere trasformazioni in altre donne e in altri uomini. 2.6.3.0. Le parole *trasformazionalità* e *teatralità* sono modi diversi per parlare di una stessa fluente caratterizzazione della comunità umana. 2.6.3.1. Nella pratica sociale, come nella vita, il testo letterario non è scritto da una sola "persona" o maschera prevalente di un singolo, bensì da tutte le "persone" che vanno configurandosi come attori: il testo letterario dell'attività trasformazionale è così un aggregato di copioni personali» (Piro S. 2005 p. 149).

Si tratta ovviamente di un'analogia molto parziale.

«Ma nell'attività trasformazionale, come nella vita, il testo letterario non è scritto da una sola persona di una singolarità, bensì da tutte le

“persone” che vanno configurandosi come attori (vedi quadro): il testo letterario dell’attività trasformazionale è così un aggregato di copioni personali. Mentre dal teatro il copione deriva dal testo, nella vita il testo letterario è la risultante di una serie di copioni. La scena trasformazionale infine contiene tutti i copioni testuali come elementi di compresenza progettuale e linguistica nel flusso degli eventi trasformazionali nuovi che si costituiscono senza posa nella pancronia dello svolgimento scenico.



Nelle scene trasformazionali della vita, dell’insegnamento e della terapia, un singolo può essere portatore protensionale di un singolo copione personale oppure di una molteplicità di copioni personali, in accordo con l’ipotesi antropologico-trasformazionale che la singolarità coincida con una molteplicità di persone o “maschere” (Piro S. 1997 pp. 500-501).

2.6.3.5. Così, contro ogni forma di innocenza ideologica e di limitazione d’orizzonte, *la ricerca diadromico-trasformazionale postula la fondamentale teatralità degli accadimenti antropici plurali e dunque della pratica sociale*» (Piro S. 2005 p. 150).

La definizione operativa della pratica sociale attualizzata e narrata – nelle modalità ad alta referenzialità, ad alta evocatività e miste – e la comunicazione dei dati intermedi, parziali, sperimentali, reversibili, costituiscono un programma di ricerca sconfinato e si gettano come il luogo, il più delle volte unico, della conoscenza scientifica antropologica: un programma aspro, espressione di una tensione diadromica totale, dissonante, paradossale, transitoria ed onticamente esaustiva come una passione, nemica delle convinzioni di eternità.

### 3. LA RICONQUISTA DELLA VERSATILITÀ<sup>13</sup>

Il 30 novembre del 1999 a Seattle il centro congressi dove si svolge la riunione dell'Organizzazione Mondiale del Commercio viene assediato da una serie di manifestazioni che occupano le strade e la scena mediatica con grande fragore. Catene umane, azioni dirette, blocchi stradali, caroselli e teatri di guerra, disobbedienze e non violenze impediscono il normale svolgersi dei lavori del vertice. La celebrazione della potenza dell'impero naufraga clamorosamente di fronte all'insubordinazione di un popolo che si pensava ridotto a massa di consumatori di immagini.

Salvatore Verde 2002 p. 198

ἄνδρα μοι ἔννεπε, Μοῦσα, πολύτροπον...<sup>14</sup>

Omero p. 4 ed. 1977

#### a. *Trasformazioni nel campo didattico e formativo*

L'unità di quelle trasformazioni dette *didattiche* (scolastiche, culturali, formative in senso professionale, talora anche ideologiche, etc.) e di quelle dette della *cura*, è constatabile – in modo evidente – anche in questa ricerca. La prima risonanza trasformativa è interna ai gruppi: quello che viene ritenuto una fase di *istruzioni per l'uso*, diviene subito un momento di apprendimento critico, preludente a una più generale crisi di orientamento.

La lettura dei *Rapporti* e dei *Documenti di ricerca* permette di seguire – passo per passo – l'evoluzione dei gruppi, dall'iniziale bisogno di un approfondimento culturale e/o di una conoscenza di momenti alternativi di formazione e di prassi, alla meditata de-

<sup>13</sup> «*Versatile*. Ant. e lett. che può volgersi da una parte e dall'altra; girevole (un organo, un macchinario, uno strumento, un oggetto, etc.). 2 Figur. Capace di dedicarsi a diverse attività con buoni risultati, che ha attitudini, interessi e potenzialità intellettuali molteplici; eclettico (una persona, l'ingegno). [Vasari, 11-114: Ingegno buono e versatile. Piovene, 7-317: Si definisce vario, multiplo, versatile, multiforme: si vanta acrobata dell'anima, moralmente capace di camminare su una corda - Vasto, multiforme, esteso a molti ambiti (la cultura di una persona)]... 5. Che può avere diversi significati (una parola), etc.» (Battaglia S. 2002 p. 798, I e II col.).

<sup>14</sup> «Dimmi, Musa, dell'uomo πολύτροπος», che Ippolito Pindemonte aveva giustamente tradotto: *dal multiforme ingegno*.

cisione di passare da un'esperienza di formazione a un'esperienza di ricerca.

Rileggendo il materiale prodotto dai gruppi, un lettore interessato può trovare un enorme numero di riflessioni e punti indicativi, può trovare linee convergenti e divergenti.

Si segue qui un percorso fra i tanti possibili:

i. EVIDENTE APPARE IN TUTTI I GRUPPI LA NECESSITÀ DI UNA TRASFORMAZIONE E DI UN ALLARGAMENTO DI ORIZZONTE:

Gruppo Uno (*Una cattedrale nel deserto*): «In virtù della scoperta della propria personale vulnerabilità nei confronti di metodologie osservative inconsapevolmente apprese e assunte come ovvie, i ricercatori hanno avvertito come urgente conseguenza la necessità di una profonda trasformazione dei comportamenti, per apprendere non solo a formulare dei *perché* nuovi o inventare problemi dalla lettura e dall'accostamento di discipline strutturalmente non praticate dalla scuola di specializzazione (filosofiche, antropologiche, linguistiche, sociali, artistiche etc.), ma soprattutto per essere in grado di riconoscere il livello di mutazione personale che la pratica psichiatrica impone e di rintracciare gli elementi che colgono le traiettorie umane nelle loro infinite potenzialità».

ii. LA PROPRIA CONDIZIONE DI ESCLUSIONE DIVIENE SPINTA A UNA MODALITÀ PARTECIPATIVA DELL'OPERARE E DEL RICERCARE:

Gruppo Due (*Abitare*): «In particolare, la modalità partecipativa è *composita*: alcuni ricercatori, infatti, sono sottoposti all'esclusione derivante da un'esperienza alienante e segregante come utenti di *strutture residenziali*; altri a un'esclusione peculiare legata al proprio ruolo di operatori precari e/o all'essersi schierati in favore di una salute mentale emancipativa in un contesto organizzativo e doxico-ideologico ad essa ostile, laddove il potere della direzione aziendale non può non ostacolare il loro operare».

Gruppo Sei (*Studenti...*) Angela De Lisio: «Non vi è un senso di appartenenza degli studenti al loro presente formativo, che appare loro remoto, estraneo, talora preciso ma come un foglietto d'istruzione nella scatola di un apparecchio, privo di ogni aggiornamento su tutto quello che è adiacente, complanare oppure complementare, aprendo lacune culturali, linguistiche ed epistemologiche talora paurose... E riguardo agli studenti, al di là dei dati del questionario, s'intuisce – come fatto informale ma potente – la necessità di un mutamento traumatico (di una *metànoia* nel linguaggio proprio della Scuola diadromico-trasformativa), come avvenne nel 1968, ma diverso e molto più esteso, che restituisca agli studenti una maggiore responsabilità sul modo dello studio, sul senso del sapere e sull'arco degli apprendimenti necessari.».

iii. IL TRAGITTO SEMBRA IN GRADO DI TRASFORMARE IL GRUPPO STESSO DA UN INSIEME DI INDIVIDUI FRUITORI PASSIVI DELL'ELARGIZIONE CULTURALE E TECNICA IN RICERCATORI ATTIVI:

Gruppo Uno (*Una cattedrale nel deserto*): «Il gruppo così formato ha quindi aderito al seminario di formazione della *Scuola diadromico-trasformativa* e quindi alla ricerca *Prassi trasformazionali in campo di esclusione psichiatrica, sociale, culturale* (promozione ricerca scientifica L.R. 28/3/2002 n. 5...) avendo acquisito alcuni strumenti d'indagine fondamentali. Soprattutto ha iniziato così un tragitto in grado di trasformare il gruppo stesso, da un insieme di individui passivamente succubi della elargizione culturale della scuola<sup>15</sup>, in ricercatori attivi capaci di cogliere il nesso tra la loro condizione di emarginati (dalla possibilità di comprendere, di cogliere gli inganni e le seduzioni della psichiatria accademica etc.) e l'analoga condizione di emarginazione vissuta (sicuramente a maggior prezzo e con maggior sofferenza e violenza) dai pazienti».

iv. IL PERCORSO FORMATIVO SFOCIA IN ATTIVITÀ ORGANIZZATE E INNOVATIVE:

Gruppo Quattro (*Morte alla ceramica*), Antonella Amodeo e Filomena Basile: «Il percorso formativo si è concretizzato nella realizzazione di una cooperativa di utenti sotto la presidenza di un maestro d'arte che si è fatto carico delle procedure burocratiche e del coordinamento del lavoro e dei progetti individuali per le borse lavoro. I ragazzi hanno scelto per la cooperativa il nome di IUCAN, che ha una doppia genesi verbo-strutturale: dall'inglese *You can* (tu puoi) o dal napoletano *iucanno* (giocando), rispettando così la vera natura del progetto che vuole offrire un'opportunità d'integrazione, d'inserimento vero e proprio, insomma una *chance* di futuro, ma vuole essere anche una lettura leggera della vita, una sdrammatizzazione dello stigma sociale, un modo per guardare al futuro con ottimismo.

v. PRESENTE IN TUTTI I GRUPPI IL CONCETTO DELLA CENTRALITÀ DELLA PRATICA:

Gruppo Quattro (*Morte alla ceramica*): «Tuttavia, fatto salva la specificità professionale, allo stato attuale nessun titolo di studio, nessun corso di formazione (per quanto talora utilissimi) possono conferire l'abilitazione alla professione di *operatore della salute mentale* che è data anche e soprattutto dalla raggiunta consapevolezza ed accettazione del carattere multifunzionale della propria professione cui dovrebbero conseguire non frustrazioni e "disturbi d'identità" bensì una maggiore duttilità ed entusiasmo nel lavoro».

<sup>15</sup> Scuola di specializzazione in psichiatria.

Gruppo Due (*Abitare*): «Il campo dell'*abitare* è quello in cui, come la storia del manicomio insegna, si sono consumate le negazioni più assolute dei diritti delle persone coinvolte con la psichiatria. *Pare perciò di fondamentale importanza poter distinguere una struttura psichiatrica da una casa, per le persone con sofferenza psichica. E l'esperienza dice che la questione non può essere trattata che in termini di diritti*».

vi. LA MANCANZA ABITUALE DI UNA DISTINZIONE FRA UTENTI E OPERATORI CONSENTE L'OSSERVAZIONE NON DISTANZIATA:

Gruppo Cinque (*365 giorni all'alba*): «La mancanza di una netta distinzione operatori-utenti evita, da un lato, la stigmatizzazione in ruoli rigidi e fissi, forieri di identità forti, e consente il passaggio dall'una all'altra condizione senza gravi pregiudizi. Vi è, in questo contesto, a differenza di quanto sperimentato nei Servizi di Salute Mentale, una facilità di ingresso, il nuovo venuto (portavoce) non è percepito dal gruppo come esterno minaccioso, capace, potenzialmente, di mettere in crisi il sistema; al contrario vi è un'accoglienza immediata che consente di operare nel senso di un'osservazione non distanziata».

Gruppo Due (*Abitare*) Filomena Vella: «La casa in cui c'è *l'abitare* è un progetto di intimità, è invaso di oggetti nei quali si riflette la presenza delle persone che vi abitano, gli odori, l'organizzazione delle attività domestiche, con una precisa scansione temporale propria di quella casa e non di altre. Nell'organizzazione della casa, la scelta degli arredi, gli oggetti che posizionati qui e là denotano e descrivono l'identità della persona di chi la abita. *Abitare* è condivisione affettiva con gli altri di un spazio in cui si respira e si crea intimità, calore e appartenenza, in tedesco *gemütlichkeit*. La casa è *esternalizzazione* dell'identità dell'uomo, spazio impregnato di storicità soggettiva e individuale che genera significato e valori. Ogni angolo, odore, oggetto ha ragione di esistere nella casa in quanto proiezione dell'emotività e dei vissuti. Foto esposte, immagini sacre, bomboniere: la *casa abitata* è uno scrigno prezioso per la memoria, la tiene in vita e dispensa senso all'esistenza. Una casa è tale se c'è la fruibilità del tempo, degli spazi, degli oggetti e se presentifica la complessità delle relazioni con gli altri abitanti della casa».

vii. UN GRUPPO DI STUDIO CHE VA ALLARGANDO LE SUE CONCEZIONI NON PUÒ NON ESSERE PROPOSITORE DI UN ORIZZONTE DISCIPLINARE MOLTO VASTO:

Gruppo Sei (*Studenti...*): «Già al passaggio fra il Corso preparatorio 2001-2002 e il secondo anno 2002-2003 compare evidente che la sperimentazione non può più ridursi all'autosperimentazione (noetico-noematica e patematico-transferale) di un gruppo, che è destinata a incarcerarsi

in un ambiente limitato. Ciò non avviene sul piano della sperimentazione didattica *sensu strictiori*, dove ogni sorta di *sintematica* (dalla socio-psicogenesi alla narratologia, alla metrica, alla neurobiologia ipotetica come il trapianto del cervello, etc.) viene allusa, utilizzata, sovvertita nelle esercitazioni, e il discorso teorico affronta come temi prevalenti l'epistemologia delle scienze umane, la linguistica, la paleo-antropologia, il parallelismo fra evoluzione genetica ed osservazione linguistica, la diadromica trasformativa, etc.».

viii. L'OSSERVAZIONE PARTECIPANTE, NELLE FORME IN CUI È PRATICATA IN QUESTA RICERCA, È LA DIRETTA CONSEGUENZA DI UNA CONSAPEVOLE E PRATICATA SPERIMENTALITÀ DELLA FORMAZIONE:

Gruppo Sei (*Studenti...*): «Negli anni scolastici 2002-2003 e 2003-2004 gli scriventi parteciparono al corso preparatorio (di cui si dice nella parte I di questo libro) e curarono i loro contributi, ora pubblicati in questo volume. Ma soprattutto praticarono fino a ora, relativamente al lavoro di tutti i ricercatori, quell'*osservazione partecipante* che costituisce l'allenamento e la pratica di questo modo del ricercare. Il vantaggio di formazione sperimentale fu, a loro giudizio, grandissimo e del tutto alternativo al modo universitario. Fra modo universitario e modo di questa ricerca v'è sicura complementarità di argomenti, di temi e di livelli dell'apprendere e v'è per loro un'altrettanta evidenza di una stringente necessità di ciò che di alternativo essi hanno praticato ed appreso».

Gruppo Cinque (*365giorni all'alba*): «Il cambiamento viene inteso nella trasformazione del soggetto da attore in osservatore di sé stesso e viceversa, attraverso un'acquisizione di conoscenza che percorre il labirinto del disagio non solo vissuto ma necessariamente anche osservato, come non solo osservato, ma anche necessariamente partecipato. A questo punto il progetto è progetto di crescita formativo, ricerca incessante di trasformare la sofferenza dell'essere in maturata consapevolezza della stessa, perché si riproponga a sua volta come capacità di poter e saper essere».

ix. VI È ESIGENZA DI BASI ANTROPOLOGICHE DELLA FORMAZIONE:

Gruppo Sei (*Studenti...*): «Ogni discorso scientifico sulla formazione non può fare a meno di un pre-discorso antropologico (inteso nel suo senso vasto), teso a costituire l'orizzonte di senso della formazione in genere e delle formazioni naturalscientifiche».

Gruppo Sei (*Studenti...*) Angela De Lisio: «Medicina parla in modo disteso della naturalità dell'Uomo (espressione che significa poi in effetti: della donna e dell'uomo), ma non ci furono mai un accenno o un indirizzo, nei miei studi universitari degli anni trascorsi, all'accadere di questa naturalità, all'evoluzione della specie, al rapporto con le altre specie, alla

complessa storia dell'ominazione, ai rapporti analogici affascinanti fra evoluzione genetica ed evoluzione linguistica, al particolare tipo di dimorfismo sessuale umano, etc. per moltissime voci. E poi avevo bisogno anche di sapere qualcosa di più sull'evoluzione delle lingue, delle culture e delle arti, perché quello che studiavo in sala anatomica, al microscopio, in chimica biologica, in diagnostica strumentale, non fosse la ricognizione anonima, frankensteiniana, di cadaveri, ossa, liquidi biologici, secrezioni».

x. LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI E DEI RICERCATORI DOVREBBE ESSERE DIVERSA DA QUELLA ABITUALMENTE PRATICATA:

Gruppo Sette (*L'Osservatorio dell'Abbandono*): «In molte aree delle discipline medico-chirurgiche, la progressiva trasformazione dell'apparato diagnostico e terapeutico da un modello di rapporto quasi esclusivamente umano ad uno misto composto dall'uomo e dalla macchina, la specializzazione tecnica e professionale, la codifica dei modelli di intervento, ha reso non necessario e, talora, superfluo la complanarietà nella stessa *équipe* curante di ricerca e cura. Così non dovrebbe essere per il campo di intervento denominato "salute mentale" per il motivo semplice che la sofferenza detta malamente "mentale", pur se veicolata certamente da sistemi corporei (biologici) quantificabili e misurabili, si esprime, comunque, in soggetti storicamente determinati, attraverso comportamenti e linguaggi che necessitano di interpretazione. Compito dei servizi di salute mentale, immersi per definizione nel tessuto storico-sociale di una popolazione, dovrebbe essere pertanto lo studio, la conoscenza e la trasformazione di questa sofferenza».

xi. E ANCORA: IL MUTAMENTO, LA PAURA DEL MUTAMENTO:

Gruppo Uno (*Una cattedrale nel deserto*), Alessandra Mirabella: Che cosa poteva rappresentare al meglio tutto ciò? Come dare l'idea di un tumulto di stati d'animo? Questo percorso è cominciato nella mia vita vari anni fa, nella mia testa ancora prima. Percorso attraverso una scelta, percorso attraverso una scuola, attraverso più pensieri che si contendono il titolo di scienze, attraverso persone che sanno tutte insegnarti qualcosa, arrogandosi spesso il diritto di «sapere chi sei», violando così «te» per quello che sei. Questo percorso è da sempre, poi, stato costellato da altre persone, quelle che in assoluto mi hanno arricchito, spaventato ed emozionato di più. Ogni giorno, da quando questo viaggio è iniziato, queste persone mi turbano, mi toccano nelle parti più intime e mi curano. Sono quelle che chiamiamo «pazienti», «sofferenti mentali», quelle che, spesso, mi sentono e mi capiscono. Raccontare ora di uno o di una di loro sarebbe e diventa impossibile, sono dentro di me tante loro parti che animano le mie riflessioni e danno vita a forti emozioni. Incredibilmente mi cambiano, me ne accorgo durante e me ne accorgo di più ancora oggi. Tutto

ciò fa paura, una paura che spesso si manifesta nell'incontro con l'Altro («Sono inadeguata?», «Che gli dirò?») ma che si lega a tutti i pensieri che restano con me quando questo Altro va via. È la paura del mutamento che in me avviene e sta avvenendo, paura della trasformazione.

## b. *Polytropos* 2006

Fra il 1978 e il 1985 si sviluppa, all'interno del tentativo di riordino epistemologico di un materiale molto ricco e disordinato, il tema della *politropia* nelle scienze umane o, più propriamente, scienze antropologiche trasformazionali (Piro S. 1980, 1983, 1984, 1985, 1986, riassunto in Piro S. 2005 pp. 94-97)

«Gli ultimi lustri del ventesimo secolo preannunziano la fine delle illusioni monotropiche: vacilla e cade la pretesa della costruzione di psicologie della persona, psicopatologie, psicodinamiche, sulla base di quel modello paradigmatico fantastico ed esplicito di coerenza lineare fra una filosofia generale, un'epistemologia e una scienza applicata, che è stato in qualche modo perseguito in questo secolo fino ai giorni nostri» (Piro S. 1985 p. 217).

Si diceva allora del vortice dei rimandi presenti nelle scienze di tipo psicologico-generaliste, psicopatologico e psicodinamico e, come è spesso avvenuto, in questo disordinato sviluppo di esperienze e teorie, le caratterizzazioni delle scienze e quelle delle persone finivano per confondersi o scambiarsi o darsi reciprocamente in prestito:

«In questo modo la politropia delle scienze umane applicate era ed è tuttora disvelamento di una caratterizzazione epistemologica non diversa dalla scoperta dei traversamenti multipli e complessivi da cui ogni singolarità risulta: e così, come in ciascuna donna e in ciascun uomo, un'analisi dei traversamenti disvela componenti imprevedute e commistioni inattese (*persone o maschere* fra loro diverse), così un'analisi del *politropo* su cui instabilmente si fondano le scienze umane rivela collusioni non sospettate e influenze contraddittorie, comunque una strutturazione composita e sovente incoerente» (P. 1997 pp. 124-125). «... πολύτροπος è colui che utilizza, sul piano della ricerca o spontaneamente nella propria vita, un metodo diadromico di "scoperta" e di disvelamento dell'implicito, che permette il riconoscimento e l'utilizzazione di tutte le complesse componenti, non più polarmente opposte, ma continuamente fra loro interagenti, dell'infrastrato conoscitivo della parte del campo in cui si è immersi; ciò permette – nei limiti dell'intrascendibilità e dell'impossibilità di cono-

scenza complessiva e di prassi totipotente da parte di ogni meta-sistema singolare – di allargare indefinitamente l'orizzonte esistente e politico: dunque la tensione verso la politropia è fattore trasformazionale di primaria importanza (metagoga)... Dalla notte dei tempi, πολύτροπος è Ulisse d'Itaca» (P. 1997a pp. 127-128).

Tuttavia la rincorsa alla *politropia*, intesa come ricchezza ed evolutività di fronte alla staticità lapidea della conservazione politica e culturale, come rifiuto dell'identità forte, come inno alla fantasia e alla creatività, ha mutato senso e collocazione in questi anni del transito epocale. Intanto con maggior forza questa spinta si colloca in un mondo in cui l'alternativa politica all'esistente e alla catastrofe della specie è – da Seattle in avanti – un ventaglio larghissimo di possibilità e non una tesi politica unitaria, oggi impraticabile e inattendibile. In secondo luogo non si colloca più fra le scelte alternative di una parte contraddittoria della classe dominante, bensì come comprensione di un obbligo di salvezza per tutti, non solo per coloro che sono oppressi, ma anche per quelli che non vogliono vedere il pericolo per l'intera umanità e che così facendo lo rendono inevitabile (*quos Jupiter perdere vult dementat prius*). In terzo luogo deve inventare soluzioni imprevedute che la storia del mondo non ha mai insegnato.

Questa ricerca guarda non solo alle esperienze di trasformazione, al lavoro di gruppi di operatori e di cittadini, ma anche ai sentimenti vissuti e alle convinzioni microgruppali e singolari.

Dalle rivolte popolari, operaie, femminili, antisegregazionistiche, studentesche, intellettuali, antimanicomiali degli anni sessanta e settanta ad oggi l'esigenza di versatilità, di politropia, di ricchezza di persone all'interno della singolarità, di ripugnanza per l'identità forte ha virato a scatti dal primitivo senso personale, gruppal, categoriale, ristretto sovente al privato, verso una decisione planetaria di rispetto totale per la gamma inesauribile delle varietà delle espressioni, delle lingue, delle culture, del magma trasformazionale che la specie ha attivato dalla notte dei tempi.

Continuando senza posa la grande migrazione dei figli *sapiens-sapiens* della Eva Nera, i nostri progenitori hanno fatto, più spesso e molto prima di quanto non si sia mai pensato, il viaggio dal Vecchio al Nuovo Continente. La ricerca genetica sta rendendo semplicistica e sorpassata la tesi dell'unico passaggio asiatico-ame-

ricano attraverso lo stretto di Behring e sta forse dando una spiegazione forte alla ricchezza di proto-lingue nell'area americana (dal na-dene alle protolingue amerindie). Appare verosimile che millenni fa – ben prima delle imprese medievali vikinghe in Labrador e in Massachusetts, delle invasioni navali cinesi sulla costa pacifica e del tardivo viaggio delle tre caravelle a Santo Domingo – con una disinvoltura insospettata gli europei andavano a venivano dal Vecchio Mondo al Nord-America, gli irlandesi (Padre Brendan?) raggiungevano la West-Virginia lasciandovi iscrizioni Old-Irish in scrittura Ogham, i polinesiani si spingevano sulle coste occidentali del Sud America e, forse, Fenici ed Arabi su quelle orientali. La preistoria della nostra specie è straordinariamente più ricca di quanto mai si sia sospettato e gli ultimi lustri hanno portato contributi in questo senso in ogni campo della ricerca antropologica. Così la vocazione planetaria, la migrazione, la fusione e la scissione incessante e inarrestabile di lingue e culture, la capacità – talora incomprensibile a noi di ora – d'intuizioni globali e di progetti vagabondi senza fine, la spinta al di là dell'orizzonte e al di là del mare danno un senso antico, profondo, vertiginoso e mai sospettato prima alle nostre tentazione mondialistiche, alle nostre visioni globali (cioè giocosamente No-global), al sentimento d'indilazionabile necessità di un'unione politica mondiale, egualitaria e giusta.

Ma, certamente, tutto questo non può essere detto alla fine di una ricerca modesta, artigianale, volutamente ingenua. Vi si può solo accennare: ma questo senso pervade ogni parola che è stata detta, ogni frase del rapporto di ricerca, ogni discorso dei ricercatori. Come era, forse, da prevedere.

## C. Conclusione modesta e difficilmente ritrattabile

di Antonio Mancini

La visione complessiva che ne scaturisce, è quella di un paesaggio postmoderno in avanzato disfacimento, dove i frammenti dell'immaginario domestico, filtrati dalla televisione e dalla radio, si esibiscono sconciamente sulla scena dando forma a bizzarre interazioni con le antiche formule e usanze, con le scorie ideologiche, le mitologie e i rituali di quella che una volta era la cultura popolare.

Roberta Moscarelli 1999 p. 61

Che dire, in chiusura, di questo strano guazzabuglio che si è costruito e di cui si deve, in qualche modo, render conto?

Verrebbe voglia o di rinviare a tutto il lavoro di ricerca dei singoli gruppi (sinteticamente riassumendone il senso), o di esercitarsi in una conclusione teorica che sia all'altezza dello sforzo dei tanti ricercatori a cui questa ricerca è debitrice (sostando quindi nel confortante crogiuolo del discorso che insegue se stesso). Naturalmente si sceglierà una terza strada, una sorta di resoconto finale un po' più denso di uno slogan, un po' meno lungo di una riflessione articolata.

I prodotti della ricerca in campo di «scienze umane» (che Piro chiama opportunamente «scienze antropologiche trasformazionali») sono necessariamente transeunti, in quanto immersi nel travaglio del divenire dei linguaggi e nel mescolarsi e modificarsi continuo e costante dei sistemi doxico-ideologici. Essi vivono, se vivono, proprio della loro intrinseca contraddittorietà sospesi come sono tra il rigido e dogmatico formalismo assertorio della pagina scritta e il rinvio palpitante, disperato e continuo a prassi e ad azioni nel mondo. Le formulazioni proprie della ricerca nel campo di cui si dice svolgono una funzione che potremmo definire genericamente deittica: esse più che descrivere qualcosa indicano prassi, più che invitare alla riflessione istigano all'azione, più che spiegare e definire, esprimono e mostrano.

Fatta questa premessa ecco le proposizioni scientifiche che in questa ricerca, nel suo lungo e complicato articolarsi, traspaiono a mo' di filigrana:

1. Le attività di cura dei pazienti «psichiatrici», se intese come attività inerenti alla relazione umana non hanno né possono aspirare ad avere un'autonomia disciplinare o accademica. La relazione tra viventi nella sua tumultuosa complessità mantiene la sua peculiarità e non la cede alla partizione accademica o alle pretese di farne una disciplina. Tutto ciò che di importante e forse decisivo è stato prodotto nella ricerca psicologico-clinica, psicopatologica, psichiatrica è divenuto felicemente patrimonio culturale, mentre tutto ciò che è stato prodotto al fine di irrobustimento di scuola o al fine di lotta tra scuole è divenuto rapidamente fatterello o pettegolezzo. Pertanto il problema dell'assistenza psichiatrica in Italia oggi non è la scelta tra buone e cattive pratiche, ma tra pratiche di relazione umana e pratiche di controllo della sofferenza umana. Se è centrale la relazione umana, ne vengono allora il rispetto pieno dei diritti della singolarità sofferente, la cura avvolgente e piena nell'arco delle 24 ore, nessuna forma di contenzione (né fisica né farmacologica), la lotta contro ogni forma di esclusione sociale e contro ogni forma di preselezione dell'utenza. Se, invece, è centrale il controllo della sofferenza umana allora si stilino liste di pratiche più o meno buone a ciò deputate, si continui a immaginare un modo della cura della sofferenza umana che sia appannaggio del tecnico, di colui che sa coniugare psicofarmaci e apparati riabilitativi, che conosce i meandri della psiche e sa misteriosamente disporre delle tecniche psicoterapiche. Ma dunque non si tratta di buone o cattive pratiche, di spinte etiche o sentimentali, bensì di scelte politico-culturali e sociali di fondo, di sistemi di credenze, valori e progetti.
2. Le forme più alte di relazione umana sono la cura e l'insegnamento, volte entrambe come sono alla trasformazione radicale della singolarità. Questo concetto semplice e banale ben fu visto da Freud in campo microsociale che intersecò mirabilmente il campo della cura psicoanalitica e il campo dell'insegnamento della psicoanalisi. Questa ricerca ha documentato che ogni gruppo a finalità didattica diviene, talvolta rapidamente, talvolta nel tempo, gruppo operativo e che ogni gruppo operativo, se è veramente tale, reclama per sé strutture formative, percorsi di sperimentazione didattica, momenti di riflessione.

Cura e insegnamento sono solo due aspetti della relazione significativa non commerciale tra viventi.

3. La attività di cura e le attività di insegnamento sono molteplici e si riferiscono a molteplici accadimenti. Le singolarità, se da un lato non sono spinte alla recita di un unico copione come le mistiche dell'identità reclamano e dall'altro non sono coartate, avviliate, disprezzate, abbandonate, rifiutate, aggredite, tendono a connettere pratiche, a inventarne nuove, a proporsi come soggetti sperimentali nel vasto mare della ricerca antropologica. La distinzione, nella ricerca antropologica, tra soggetto ricercante e oggetto di ricerca tende felicemente (in molti casi) ad assottigliarsi fino a scomparire, e la ricerca stessa, per questo suo carattere propulsivo ed espansivo, tende a divenire illimitata.



## Cap. IX: BIBLIOGRAFIA

- Adamo P. e Sala G. B. (a cura di)  
1986: *Marginalità e psichiatria in Calabria*, (Unità operativa di Napoli del Sub-progetto finalizzato Obiettivo 30: *Marginalità sociale e marginalità psichiatrica* del C.N.R.), 10/17 Ed., Salerno.
- Adorno Th. W.  
1951: *Minima moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben*, Suhrkamp, Berlin und Frankfurt am Main (trad. ital.: *Minima moralia*, Einaudi, Torino, 1979).
- Agresti E. e Ballerini A.  
1965: *Considerazioni sul problema epistemologico in psicopatologia*, "Psichiatria (generale e dell'età evolutiva)", 3, 139.
- Ammaniti M. e Stern D. N. (a cura di)  
1991: *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Bari.
- Barbagallo C.  
2004: *Napoli contro il terrore nazista (28 settembre-1° ottobre 1943)*, La Città del Sole, Napoli.
- Basaglia F.  
1981: *Scritti. I: (1953-1968) Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Einaudi, Torino.  
1982: *Scritti. II: (1968-1981) Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Einaudi, Torino.  
2000: *Conferenze Brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Battaglia S.  
1968: *Grande dizionario della lingua italiana*, V vol., Unione Tipografica Editrice, Torino.  
2002: *Ibidem*, XXI vol., Unione Tipografica Editrice, Torino.
- Bettetini G., Gasparini B. e Vittadini N.  
1999: *Gli spazi dell'ipertesto*, Bompiani, Milano.
- Blasi F. e Petrella C. (a cura di),  
2005: *Il lavoro perverso*, Istituto Italiano di Studi Filosofici, Napoli (scaricabile in formato PDF dal sito [www.iisf.it](http://www.iisf.it)).
- Blasi F., Petrella C. e Piro S.  
2006: *Alone inferenziale e alienazione semantica nella schizofrenia e nella demenza di Alzheimer*, "Quaderni Italiani di Psichiatria", Masson, Milano, in corso di pubblicazione.
- Bonessio M.  
1997: *Lavorare ai confini*, "Animazione Sociale", agosto/settembre.

- Callieri B.  
 1999- 2000: *Dall'anamnesi al racconto: analisi esistenziale e/o analisi narrativa*, "Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria", n. 38-39, 2-9.
- Catapano V. D.  
 1978: *Fame e morte nei manicomî campani durante la seconda guerra mondiale* (con Manfredi A., Maturò N. e Nucciotti A.) in "Giornale storico di psicologia dinamica", vol. 2.
- 1986: *Le Reali Case de' Matti nel Regno di Napoli*, Liguori, Napoli.
- 1991: *La 180 alla luce della storia dell'assistenza ai malati di mente del sud peninsulare d'Italia*, "Revue Internationale d'Histoire et Méthodologie de la Psychiatrie", n. 3.
- 1995: *Matti agli 'Incurabili' di Napoli*, Liguori, Napoli.
- Cavalli Sforza L. L.,  
 1996: *Gènes, peuples et langues*, Jacob, Paris, (trad. ital. di Elena Stubel: *Geni, popoli e lingue*, Adelphi, Milano, 1996).
- Cavalli Sforza L. L. a. Feldman M.,  
 1981: *Cultural Transmission and Evolution. A Quantitative Approach*, Princeton University Press, Princeton N.J.
- Cavalli Sforza L. L., Piazza A., Menozzi P. a. Mountain J. L.,  
 1988: *Reconstruction of Human Evolution: Bringing together Genetic, Archaeological and Linguistic Data*, "Proc. Natl. Acad. Sc.", 85, 6002.
- Cavallo M. (a cura di),  
 2001: *Il racconto che trasforma, Testo e scrittura nella costruzione della persona*, EDUP, Roma.
- Cavell S.  
 1994: *A Pitch of Philosophy: Autobiographical Exercises*, Harvard University Press, Cambridge.
- Chadwick J.  
 1958: *The Decipherment of Linear B*, Cambridge University Press, London (trad. ital. di M. Lucentini: *Lineare B: l'enigma della scrittura micenea*, Einaudi, Torino, 1959).
- Corrivetti G.  
 1986: *I trattamenti sanitari obbligatori nella città di Napoli*, in Di Munzio W. e Corrivetti G., *Marginalità e psichiatria in Campania*, 10/17 Ed., Salerno, pp. 67-101.
- Czarniawska B.  
 1997: *Narrating the Organization: Dramas of Institutional Identity*, University of Chicago Press, Chicago.
- 1998: *A Narrative Approach to Organization Studies. Qualitative Research methods*, Sage, London.
- Dal Lago A.  
 1999: *Non Persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano.

- Dal Lago A. e De Biasi R.  
 2002: *Un certo sguardo. Introduzione all'etnografia sociale*, Laterza, Roma-Bari.
- Del Boca A.  
 1992: *L'Africa nella coscienza degli italiani*, Laterza, Bari.  
 1996: *I gas di Mussolini. Il fascismo e la guerra d'Etiopia*, Editori Riuniti, Roma.
- Dell'Acqua P.  
 2003: *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia*, Editori Riuniti, Roma.
- Di Munzio W. e Corrivetti G.  
 1986: *Marginalità e psichiatria in Campania*, (Unità operativa di Napoli del Sub-progetto finalizzato: *Marginalità sociale e marginalità psichiatrica* del C.N.R.), 10/17 Ed., Salerno.
- Dörner K.  
 1969: *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Europäische Verlagsanstalt, (tr. it. *Il Borghese e il folle. Storia sociale della Psichiatria*, Laterza, Bari, 1975).
- Errico F. e La Torre A.  
 2006: *Le dimensioni molteplici della pratica sociale*, La Città del Sole, Napoli.
- Feyerabend P. K.  
 1970: *Consolazioni per lo specialista*, in Lakatos I. e Musgrave A. (a cura di), *Critica e crescita della conoscenza*, Feltrinelli, Milano, 1976, pp. 277-312 della terza ediz. 1980 (trad. ital. di G. Giorello da Lakatos I. a. Musgrave A. Edrs., *Criticism and the Growth of Knowledge*, Cambridge University Press, 1970).
- Fisica/mente.net  
 2005: *Italiani... brava gente*, [www.criminidiguerra.it/html/repressionelibia.htm](http://www.criminidiguerra.it/html/repressionelibia.htm)
- Foucault M.  
 1963: *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris (tr. it.: *Storia della Follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1963).  
 2003: *Le pouvoir psychiatrique. Course au Collège de France 1973-1974*, Seuil / Gallimard, Paris (tr. it. *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano, 2004).
- Freud S.  
 1899: *L'interpretazione dei sogni* (trad. ital. di E. Fachinelli e H. Trettl-Fachinelli in *Opere*. Vol. III, Boringhieri, Torino, 1966).  
 1916-17: *Introduzione alla psicoanalisi (1916-17)* (trad. ital di M. T. Dogana e E. Sagittario in *Opere*. Vol. VIII, Boringhieri, Torino, 1976, pp. 191-611).
- Galimberti U.  
 1979: *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano.

- Gentile F.  
 2004: *Alla radice dell'antisemitismo fascista: la legislazione razziale del 1938*, in Parente L. e Festa F. S. (a cura di), Giovanni Palatucci. La scelta, le differenze, Mephite, Atripalda (Av.).
- Gruppo Abele  
 1998: *Il lavoro di strada*, "Animazione Sociale", giugno/luglio.
- Gruppo Zero  
 1990: *Esercitazioni connessionali*, 10/17 Ed., Salerno.
- Handy C.  
 1993: *Gli dei del management*, Sperling & Kupfer, Milano.
- Heidegger M.  
 1954: *Vorträge und Aufsätze*, Neske, Pfullingen (trad. ital. di G. Vattimo: *Saggi e discorsi*, Mursia, Milano, 1976).
- Jelloun T. Ben  
 1985: *L'enfant de sable*, Editions du Seuil, Paris, (trad. ital. a cura di E. Volterrani, *Creature di sabbia*, Einaudi, Torino, 1992).
- Kosko B.  
 1993: *Fuzzy Thinking: the New Science of Fuzzy Logic*, © by Bart Kosko, Ph. D., trad.ital. di A. Lupoli: *Il fuzzy-pensiero. Teoria e applicazioni della logica fuzzy*, Baldini&Castoldi, Milano, 2000.
- Krippendorff K.  
 1986: *A Dictionary of Cybernetics*, University of Pennsylvania.
- Landow G. P.  
 1997: *Hypertext 2.0. The Convergence of Contemporary Critical Theory and Technology*. Johns Hopkins University Press, Baltimore (trad. it. *L'ipertesto. Tecnologie digitali e critica letteraria*, Mondadori, Milano, 1998).
- Latour B. cit. in Czarniawska B. 1997.
- Luhman N.  
 1980: *Gesellschaftsstruktur und Semantik*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (trad. ital di M. Sinatra: *Struttura della società e semantica*, Laterza, Bari, 1983).
- Mancini A.  
 1997-98: *Processi autotrasformativi e mutuo autoaiuto*, «Rivista delle antropologie trasformazionali», 4, 63.  
 1998: *Le dimensioni dell'accadere. Introduzione a Sergio Piro*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.  
 2002: *Il paradosso della cura. Al di là dei servizi di salute mentale*, Idelson-Gnocchi, Napoli.  
 2006: *L'accurata inesattezza (La ricerca di Sergio Piro fino al 2005)*, La Città del Sole, Napoli (in corso di completamento).

- Mele A. e Piro S.  
 1995: *I mille talenti. Manuale della scuola sperimentale antropologico-tra-sformazionale*, Angeli, Milano.
- Melville H.  
 1851: *Moby-Dick*. Vista l'edizione: Bantam, New York, 1967.
- Moniot H.  
 1974: *La storia dei popoli senza storia*, in Le Goff J. e P. Nora P. (a cura di), *Fare Storia*, Einaudi, Torino.
- Moscarelli R.  
 1999: *Lo cunto della voce*, Terra del Fuoco, Napoli.
- Omero  
 1977: *Odisea*, Einaudi (ediz. NUE), Torino (trad.ital di R. Calzecchi Onesti).
- Pandolfi A. e Vannini W.  
 1994: *Che cosa è un ipertesto. Guida all'uso di (e alla sopravvivenza a) una tecnologia che cambierà la nostra vita, anche se noi stavamo benino anche prima*, Castelveccchi, Roma.
- Pantozzi G.  
 1994: *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*, Erickson, Trento.
- Pennisi A.  
 1994: *La macchina schizofasica. Psicopatologia e filosofia del linguaggio*, <<http://scef.unime.it/pennisi/40.html>>.  
 1998: *Psicopatologia del linguaggio. Storie, analisi, filosofia della mente*, Carocci, Roma.
- Petruzzellis V. e Pinzone F. (a cura di),  
 1986: *Marginalità e psichiatria in Sicilia*, (Unità operativa di Napoli del Sub-progetto finalizzato Obiettivo 30: Marginalità sociale e marginalità psichiatrica del C.N.R.), 10/17 Ed., Salerno.
- Piro S.  
 1967: *Il linguaggio schizofrenico*, Feltrinelli, Milano.  
 1971: *Le tecniche della liberazione. Una dialettica del disagio umano*, Feltrinelli, Milano.  
 1978: *Prefazione*, in Manacorda A. e Montella V., *La nuova psichiatria in Italia*, Feltrinelli, Milano.  
 1980: *La scacchiera maledetta. Esercitazione critica su psicologia/psichiatrica/psicoanalisi*, Tempi moderni, Napoli.  
 1983: *L'attesa di Ulisse*, Introduzione a Dei B. e Mastrangeli G., *La tela di Penelope*, Lalli, Poggibonsi.  
 1984: *Prima parte di un programma di ricerca*, in Piro S. e Marone F., *Il caso particolare della psichiatria*, 10/17 Ed., Salerno.  
 1985: *Esercitazione (sviluppi connessionali dal campo psicologico-psichiatrico)*, 10/17 Ed., Salerno.

- 1986: *Trattato sulla psichiatria e le scienze umane, Vol. I<sup>o</sup>: Euristica connessionale*, Idelson, Napoli.
- 1988a: *Cronache psichiatriche. Appunti per una storia della psichiatria italiana dal 1945*, Ed. Scientifiche Italiane, Napoli.
- 1988b: *Il senso della trasformazione: nuova operatività e nuova didattica*, in D'Anza V. e Oddati A. (a cura di), *Scienza operatività didattica*, 10/17 Ed., Salerno, pp. 48-70.
- 1989: *Schizofrenia '90 (dall'analisi del linguaggio schizofrenico a un programma d'intervento territoriale complessivo nelle psicosi maggiori)*, in Piro S. et Alii, *Storia del Centro Ricerche sulla Psichiatria e le Scienze Umane*, II<sup>a</sup> Edizione, Ariello, Napoli, pp. 35-49.
- 1990: *Entwicklung und Bewährung psychiatrischer Versorgung in Italien*, in Thom J. u. Wulf E., *Psychiatrie im Wandel*, Psychiatrie Verlag, Bonn, Ss. 490-509.
- 1991: *Programmazione operativa nel campo della salute mentale (metodologia multiordinale della possibilità)*, in Piro S., Madera R., Borgna E. e Valent I. (a cura di Valent G.), *Linguaggi della psicosi linguaggi della complessità*, Metis, Chieti, pp. 21-80.
- 1992: *Parole di follia*, Franco Angeli, Milano.
- 1993: *Antropologia trasformazionale. Il destino umano e il legame agli orizzonti subentranti del tempo*, Angeli, Milano.
- 1994: *Delotica*, "Il piccolo Hans", 83-84, 99.
- 1997: *Introduzione alle antropologie trasformazionali*, La Città del Sole, Napoli.
- 1999: *Morte e trasfigurazione delle antropologie trasformazionali (Discorso sulla sorte delle genti del pianeta e della Scuola sperimentale antropologico-trasformazionale di Napoli)*, Vittorio Pironti, Napoli.
- 2001: *Diadromica. Epistemologia paradossale transitoria delle scienze dette umane*, Idelson, Napoli.
- 2002a: *Esclusione Sofferenza Guerra*, La Città del Sole, Napoli.
- 2002b: *Introduzione*, in De Notaris E., Petrella C. e Blasi F., *Psicodrammafurtordelpensiero*, Guida, Napoli.
- 2003: *Contributo allo studio del revisionismo psichiatrico italiano dopo il 1981*, "L'Ippogrifo. Venticinque anni dopo, ancora", p. 15 [tratto da: *Mutamenti istituzionali e trasformazione delle prassi in campo di salute mentale: Italia 1978-2003*, rapporto alla prima Assemblea nazionale del Forum Salute Mentale, Roma 16 ottobre 2003].
- 2004a: *Come un fotoromanzo: follia, cura, pratiche della possibilità* (con Valent I., Vitale S.), Moretti e Vitali, Bergamo.
- 2004b: *Sulla "sincerità" dell'adesione al Forum*, Intervento nella II<sup>a</sup> Assemblea Nazionale del ForumSaluteMentale, Camaiole di Lucca, 16-17 dicembre 2004.
- 2005: *Trattato delle ricerca diadromica*, La Città del Sole, Napoli.

- 2006: *L'accadere partecipante*, presentazione del libro di L. M. Sicca, *Azione organizzativa e cultura*, Angeli, Milano, 2006, Napoli 13 gennaio 2006 in corso di stampa.
- Piro S. e Mancini A.
- 1997: *Sperimentazione didattica diadromica*, in Piro S., *Introduzione alle antropologie trasformazionali*, La Città del Sole, Napoli, pp. 503-538.
- Piro S. e Mele A.
- 1999: *La cura a orientamento antropologico-trasformatzionale*, Convegno "Terapia integrata in psichiatria", Capri, 18-20 ottobre 1996, in Buffardi G., De Santis D. e Barbatto G., *Terapie integrate in psichiatria*, Ariello, Napoli.
- Piro S. e Oddati A. (a cura di)
- 1983: *La riforma psichiatrica del 1978 e il Meridione d'Italia*, Quaderni di documentazione P.M.M. del Consiglio Nazionale delle Ricerche, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Prigogine I.
- 1984: *From Being to Become*, Freeman, New York.
- Prigogine I. et Stengers I.
- 1979: *La nouvelle alliance. Métamorphose de la science*, Gallimard, Paris.
- 1981: *Semplice/complesso*, in *Enciclopedia*, Vol. 12, Einaudi, Torino, pp. 715-729.
- Putnam H.
- 1960: *Mind and Machines*, in Hook S. (Edr.), *Dimensions of Mind*, New York.
- 1988: *Representation and Reality*, Cambridge.
- Quine W. V. O.
- 1982: *Things and Their Places in Theories*, in *Theories and Things*, Belknap Press of Harvard Univers. Press, Cambridge.
- Rossi O.
- 2003: *La videoterapia nella relazione d'aiuto*, "Informazione Psicoterapia Counselling Fenomenologia" n° 2, settembre ottobre.
- Rotelli F.
- 1988: *L'Istituzione inventata*, "Rivista del Centro regionale Studi e ricerche sulla Salute Mentale Friuli-Venezia Giulia", n. 1.
- 1994: *Modelli scientifici e complessità* in *Per la normalità*, Asterios, Trieste.
- Rovatti P. A.
- 1994: *Abitare la distanza, Per un'etica del linguaggio*, Feltrinelli, Milano.
- Séchéhaye M. A.
- 1950: *Journal d'une schizophrène*, Presse Universitaires de France, Paris, 1950 (trad. ital. di C. Bellingardi: *Diario di una schizofrenica*, Editrice Universitaria, Firenze, 1957).

- Sicca L. M.  
2006: *Azione organizzativa e cultura: il caso Istituto Italiano Studi Filosofici*, Franco Angeli, Milano.
- Sini C.  
1994: *Scrivere il silenzio. Wittgenstein e il problema del linguaggio*, E.G.E.A., Milano.  
1996: *I nuovi scenari filosofici*, in Geymonat L., *Storia del pensiero filosofico e scientifico*. Vol. 9: *Il novecento*, IV (a cura di Bellone E. e Mangione C.), Garzanti, Milano, pp. 3-73.
- Spencer L., Ritchie J., Lewis J. a. Dillon L.  
2003: *A Quality Framework in Quality in Qualitative Evaluation: A framework for assessing research evidence*, National Centre for Social Research ISBN: 07715 04465 8.
- Stanzione M. V.  
1990: *Linguazzo*, Plinio il Vecchio Ed., Napoli.
- Straniero G.  
2004: *Faccia a faccia. Interazione sociale e osservazione partecipante nell'opera di Erving Goffman*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Ullmann S.  
1962: *Semantics: an Introduction to the Science of Meaning*, Blackwell, Oxford (trad. ital. di A. Baccharani e L. Rosiello: *La semantica: introduzione alla scienza del significato*, Il Mulino, Bologna, 1966).
- Valentino N.  
2003: *Istituzioni post-manicomiali. Dispositivi totalizzanti e risorse di sopravvivenza nelle strutture intermedie residenziali*, non pubblicato.
- Van Maanen J.  
1979: *The fact of fiction in organizational ethnography*, "Administrative Science Quarterly", 24, 343.
- Verde S.  
2002: *Massima sicurezza. Dal carcere speciale allo Stato penale*, Odradek, Roma.
- Virno P.  
2002: *Grammatica della moltitudine. Per un'analisi delle forme di vita contemporanee*, DeriveApprodi, Roma.
- Weil S.  
1934: *Riflessioni sulle cause della liberta' e dell'oppressione sociale*, in Accorsero A., Bianchi G. e Marchetti A.: *Simone Weil e la condizione operaia. Con un'antologia degli scritti*, Ed Riuniti, Roma 1985.
- Wittgenstein L.  
1922: *Tractatus logico-philosophicus*, Kegan, Paul, Trench, Traubner & Co, London (trad. di G. C. M. Colombo dall'ediz. ingl. del 1933: *Tractatus logico-philosophicus*, ediz. bilingue tedesco-italiana, Bocca, Mi-

- lano-Roma, 1954, consultata da Piro; trad. ital. a cura di A.G. Conte, *Tractatus logico-philosophicus*, edizione bilingue tedesco-italiano, Einaudi, Torino, 1989, vista da Mancini).
- 1953: *Philosophische Untersuchungen*, Blackwell, Oxford (trad. ital. di R. Piovesan e M. Trincherò: *Ricerche filosofiche*, Einaudi, Torino, 1967).
- World Health Organization,
- 2001: *International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva (tr. it. *Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Erickson, Trento, 2002)
- Yinger J. M.
- 1965: *Towards a Field Theory of Behavior, Personality and Social Structure*, Ime, New York.
- Zonzi M. T.
- 1997: *Le antropologie trasformazionali: l'aggregato teorico, la sperimentazione, l'insegnamento, la «cura», l'orizzonte culturale*, Pubblicazione interna della Scuola sperimentale antropologico-trasformatzionale ad uso degli Allievi.







Stampa, ottobre 2006  
Tipografia Russo s.a.s. - 80147 NAPOLI

