

editoriale

Soltanto ai non malati piace pensare alla libertà dei pazienti di essere come sono, essendo questi i primi a sentirsi prigionieri della loro sofferenza. A meno che non siano tanto gravi da non rendersene conto, ma, poi, sono contenti quando scoprono che qualcuno li ha curati senza tenere conto della loro volontà. Proprio alla scoperta degli psicofarmaci si deve la possibilità di una nuova assistenza psichiatrica che ha portato alla possibilità del colloquio, della psicoterapia e della socioterapia e da lì alle nuove forme di assistenza non istituzionale. La rivoluzione

psichiatrica si svolge nel giro di pochi anni a partire dal 1952, quando comparirono le prime efficaci terapie per i più gravi disturbi psichiatrici: litio, antipsicotici e antidepressivi, tutti ancora in uso. Lo stesso Basaglia riconosceva il merito delle terapie mediche. In un recente libro di Valeria Babini (*Liberi Tutti*, ed. il Mulino, 2009), l'argomento è sostenuto all'interno

di una minuziosa documentazione sulla storia della psichiatria italiana del Novecento (una sorpresa, abituati come siamo a pubblicazioni di opinioni personali sull'argomento non suffragate da basi documentali). Sebbene risalti una forte simpatia per la parte sociale della psichiatria, il libro illustra come il dibattito sulle malattie mentali sia stato assai nutrito fra gli addetti ai lavori.

Emerge fin dai primi anni del ventesimo secolo una tendenza alla contrapposizione fra psicanalisi e orientamento biologico, pur non essendo poche le voci a favore di una collaborazione fra i due tipi di interventi, ancora non del tutto realizzato. Lo schieramento psicanalitico ebbe la peggio, tanto che nel 1923 si arrivò alla congiunzione fra psichiatria e neurologia nella clinica delle malattie nervose e mentali e a considerare la stessa psicologia del tutto inutile per gli studenti di medicina (poco è cambiato al riguardo). Naturalmente, con la nuova sensibilità verso i problemi mentali della fine degli anni '60 si arrivò a una nuova e definitiva separazione fra psichiatria e neurologia nel 1972, senza però che si interrompessero le liti fra sostenitori

(continua a pagina 12)

networking

“Maggio 1978. È tempo di aprire porte e portoni. Con la legge 180 i manicomi restituiscono la follia alla normalità, la vita fino ad allora segregata viene consegnata alla routine di tutti i giorni, di qualunque casa, di ogni strada del nostro paese. Dignità di cittadinanza, dignità di cura, salute mentale e non malattia. Cosa è successo da allora? Dove sono andati i malati, i medici, gli operatori? Siamo riusciti davvero a cambiare il mondo del disagio psichico? E quanto è penetrato nel mondo dei 'normali' il senso profondo di questa

rivoluzione tutta italiana? Cronaca, testimonianze, interviste, approfondimenti, per raccontare trent'anni della nostra storia, della storia di tutti”.

Questo, il commento delle autrici Luana De Vita e Mimosa Martini che accompagna il video di presentazione apparso su Facebook del loro libro *Il volo del cuculo* (ed. Nutrimenti, SISMA video), in cui si riparla di Basaglia e legge 180.

Il tutto ha dato via libera a una “battaglia” di commenti, di cui pubblichiamo i più significativi (numerati e anonimi, non potendo chiedere il permesso a ogni partecipante). Alcuni sono stati redatti per facilitare la comprensione. Si può prendere visione dell'intero flusso su:

http://www.facebook.com/profile.php?v=feed&story_fbid=1356284828385&id=1269401078#!/video/video.php?comments&v=1343586396457

Infine, chi ne avesse voglia potrebbe scriverci e farci sapere cosa ne pensa.

1. Certo. Prima gabbie e legacci, ora psicofarmaci e TSO [Trattamento Sanitario Obbligatorio]. Il mondo del disagio psichico è cambiato perché la società restasse uguale.
2. Bisogna cominciare a tacere. E non soltanto sugli ostelli per psicolabili, anche sugli ostelli per vecchi, e per quegli altri con i disegni floreali alle pareti dove finiscono i bambini abbandonati, infine sugli ostelli dove sostano gli stranieri in attesa di disposizioni burocratiche.
3. Bisogna cominciare a tacere. Visto che siamo gente che s'infuria nel momento della commozione e subito dopo nasconde il capino sotto l'ala.
4. Comincio io, a tacere, vietandomi di commentare la società in cui vivo, rimasta uguale a quella in cui vissero nonni e bisnonni. Una società che promette di restare uguale quando la vivranno i nostri figli e i figli dei figli...

in questo numero:

networking	(1-7)	punto di vista	(10)
dibattito sulla psichiatria	(8)	con parole mie	(11)
parlando di neuroni specchio	(9)	terapie & strategie	(11)



5. Stop al min 01:35: "ridateci i manicomi".
6. COMPLIMENTI, pensiero splendidamente (e tristemente) veritiero.
7. Sono un ex utente psichiatrico, dirigo un'associazione in quel di La Spezia. Mi piacerebbe molto discutere della legge 180, o meglio dell'occasione mancata che secondo me rappresenta la legge 180, uno dei motivi per cui non starò a celebrare lo *status quo* psichiatrico a Trieste.
8. Tristemente vera una realtà sociale che non riesce a farsi carico dei problemi dell'utente psichiatrico... come giustamente dice Gaetano Dell'Anna: prima gabbie e legacci ora psicofarmaci e TSO... il mondo del disagio psichiatrico è cambiato, ma per chi? E come, dove? Non c'è mai stato rispetto per la persona dell'utente psichiatrico.
9. Opinabile per chi non sia uno psichiatra o un ex ricoverato. Si dovrebbe approfondire quale sia, secondo lui, l'intento finale di Basaglia. Visto dal di fuori, volendo estrarne una qualsivoglia faciloneria, bisognerebbe sapere quali e quante promesse di supporto ebbe dai politici che lo sostennero. Dubito che si attendesse i suoi matti affidati a se stessi dai distretti sanitari d'appartenenza. È sempre la stessa musica. Aggiornandoci ad altri settori vediamo un Biagi e un D'Antona che suggeriscono il Lavoro Flessibile in forma di risorsa d'emergenza, e un apparato politico in pancioline che, invece, lo trasforma in Sistema. La solita musica: mandolini e pastasciutta. Inutile tentare una crescita in questo Stato. Basaglia non sarà santo, ma dubito che ambisse divenirlo.
10. Condiviso... ma con una discussione in petto che durerebbe una giornata intera!
11. Un attimo... ma a me pare di ricordare che la questione sollevata da Basaglia era contenuta tra gli otto referendum contro il regime promossi dal partito radicale, che andavano celebrati nel 1978. "Riforma Basaglia" e "Commissione inquirente" furono due quesiti tra gli otto referendum, per cui il Parlamento legiferò all'ultimo momento (impedendo così il voto referendario su queste due materie). I radicali protestarono molto perché la legge approvata dal Parlamento faceva sì che le cure andassero a carico delle famiglie più deboli (un'obiezione sollevata da molti tra i commenti).
12. Unico commento sensato viene da chi non è del mestiere (utente psichiatrico): chi non conosce il problema, e parlo della nostra classe (classe?!) politica, dovrebbe essere obbligato per qualche giorno a occuparsi di una persona con problemi mentali. Solo per qualche giorno. Aggiungo, magari provarli ad avere e vedere come si è "felici" quando si è depressi o schizofrenici.
13. Sì, "il recupero attraverso il lavoro funziona", quando funziona. Come tutto il resto: se va bene è merito loro, se va male è colpa degli altri.
14. Il problema è che la legge 180 andrebbe riempita di contenuti; se qualcuno avesse la bontà di leggerla come ho dovuto fare io per necessità, non potrebbe che meravigliarsi della pochezza del contenuto: sette articoli sul TSO (su cui ho molte riserve) e poco altro, non c'è nulla che obblighi i dipartimenti a far nascere strutture e progetti di assistenza e reintegrazione sociale, viene delegato tutto alle regioni con il risultato che qui e là qualcosa nasce e qualcosa muore, grandi speculazioni finanziarie dopo la dismissione dei manicomi, quando una ASL deve tagliare taglia il dipartimento, tutto è delegato alla generosità di medici, operatori e famiglie... l'alibi è "la libertà è terapeutica", come a dire la libertà non costa niente...
15. Visto. Sperimentare mi sembra il minimo, almeno è un passo

avanti per tentare di risolvere. Ma per quel che concerne la tragedia che risveglia la cronaca, non lo so mica fino a che punto. Sì, se a opera del pazzo coinvolge dei "sani". No, se concerne esclusivamente gli internati. Ad Aversa se ne suicidarono tre, giovani, quasi in contemporanea. Francesco Caruso per protestare andò a rinchiuersi in una cella per tre giorni. Forse, ripensando al clamore destato da "disubbidiente", con la Spesa Proletaria si attendeva delle reazioni in cronaca. Che non mi sembra ci siano state.

16. Ha ragione, per esperienza vissuta, non c'è nulla di certo in psichiatria e il "recupero" è sempre una promessa spesso non mantenuta.

17. "Esperienza vissuta", tra le due virgole: non capisco bene se si riferisce a un'esperienza diretta o altro... Lo chiedo perché prima abbiamo scherzato tra noi due fingendoci reduci da un manicomio; beh, non ci sarebbe niente di male, però così non è. Almeno per quel che mi riguarda: io sono riuscita a conciliare follia con libertà.

18. Tranquilla, non vi ho scambiato per reduci e nemmeno io lo sono anche se... l'esperienza vissuta, tra due virgole per ragioni sintattiche, è indiretta... tutto qui.

19. Noi in famiglia siamo tutti matti però siamo riusciti a non farci mai beccare:-))).

20. Ieri sera mi sono vista la fiction (*C'era una volta la città dei matti*) con un altro naufrago delle utopie del Novecento, un po' agiografica a spese delle passioni dell'inquietudine creativa e ben poco assertiva di Franco, della sua bellezza e del suo amore del rischio. Ventotto anni dopo andai a Gorizia a intervistare i successori. Già preparavano il terreno per quello che faranno oggi con chirurgica efficienza per produrre nuove devastazioni alla dignità. Ma per fortuna c'è gente come te, che mi fa pensare che qualcosa delle utopie del Novecento ha speranza di vivere.

21. Simpatica battuta, ma per chi ha avuto un problema così in famiglia e ha vissuto sulla propria pelle il doloroso fallimento delle speranze e dell'impegno di Basaglia, è meno divertente.

22. Argomento delicatissimo. Difficilissimo.

23. La fiction non è propriamente agiografica, direi semmai che è palesemente romanzata... non è una novità e forse non potrebbe essere differente, si tratta di una mini-serie TV destinata al grande pubblico. Ben più interessante sarebbe secondo me che la RAI proponesse (si è fatto in passato) un documentario che ripercorra le vicende di Basaglia.

24. Era solo una battuta per sdrammatizzare un dialogare impegnativo al quale avevo già partecipato. Se ho ferito qualcuno me ne dolgo. Ma ci torno sopra volentieri perché, pensandoci bene, non sono certa che noi della famiglia si sia propriamente matti, forse siamo solo diversi, come tutti del resto.

25. Il recupero è sempre una promessa. Ma la devastazione manicomiale era una CERTEZZA CERTA. Tanto c'è da fare. Una cattiva risposta a una prima crisi favorisce, se non produce, la cronicizzazione. La cronicità è una malattia iatrogena e dei nostri "manicomi nella testa"!

26. A confronto con l'inguardabile che ci propina la Rai, non mi è sembrato un cattivo lavoro, e non sarà stato facile da comporre, considerando che si tratta di uno spettacolo corale. Mi è piaciuta l'interpretazione di Gifuni. Adesso che tutti i nostri grandi sono passati dall'altra parte, ho individuato in questo attore, che non conoscevo, il capostipite di una nuova generazione. Opinione mia ovviamente, alla quale però mi affido siccome da anni mi garba tralasciare tutte le fiction fin dalle prime battute.

27. Un'erba, un fascio. No, non mi ci ficco in questo vespaio. Il

problema è grave, è serio, è soggettivo. Patologie diverse, esigenze diverse. Non ho letto il libro, non so da quale punto di vista si affronta un argomento che ha molte sfaccettature. Tutte difficili. A partire dalla diagnosi. Difficile da trattare anche per gli psichiatri. Vorrei solo che di tante cose, inclusa questa, se ne parlasse, ci fosse più informazione. Non sopporto la paura del "diverso". Penso a Gaber: far finta di essere sani.

28. Basaglia ha aperto una porta, ma come sempre succede, in Italia non si era pronti, tra riforme sanitarie (le USL andavano già bene) si è perso tempo e ancora si perde per migliorare quello che neanche si è applicato. Il manicomio oggi dovrebbe esserci, rinnovato nel nome e come centro di ricerca, non solo di cura.

Oggi si finisce in mano a psichiatri, cliniche private al risparmio, reparti ospedalieri d'urgenza dove devi per forza star tranquillo, anche perché ci sono pochissimi infermieri e centri diurni dove ti mettono a fare la ceramica... E, comunque, chi è matto non viene accettato. Forse bisogna parlare di malati come quelli che hanno un tumore e poi migliorano e poi guariscono, o prendono vita naturale durante la pastiglia per la pressione alta. Si può star bene da matti, io ho un disturbo bipolare, mi seguono a Pisa e riesco a vivere... tante volte si vuole che non si guarisca perché i matti portano soldi, e tanti.

29. Franco Basaglia non ha mai detto che la malattia mentale non esiste, ma che quello che si vedeva nei manicomi era più il frutto delle contraddizioni societarie e della segregazione che non dei problemi psichici. Ai quali portava il massimo rispetto. Leggetevi i suoi scritti (ed. Einaudi).

30. AD ESEMPIO: "Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale; viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo e insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo

dell'internamento. L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo" (F. Basaglia).

31. Se ci si pensa, siamo comunque tutti colpevoli di tutte le sventure, comprese le altrui, finché restiamo indifferenti, inerti, proni davanti le decisioni del potere. Un potere che non ci darà ascolto finché non lo spaventeremo schierandoci tutti assieme a protezione dei diritti degli ultimi.

32. Quanti commenti! Tutti matti? O forse tutti ci sentiamo in pericolo...

33. Tutti fuori, e va bene. Il problema vero da affrontare è: fuori come? Con quali garanzie di cure? Quali sostegni per le famiglie impreparate a gestire la malattia dei propri cari? Carceri-manicomi certo che no, cliniche serie e specializzate, veramente forse sì. Ho il dubbio che, mescolando i malati tra la gente, si voglia non vedere: cosa devo risolvere se il problema non esiste? Invece, purtroppo, questa sofferenza esiste; non esistono i metodi e le garanzie adeguate per curare.

34. Vi è un qualcosa che secondo me, si tende a dimenticare... una delle critiche più forti che Basaglia (e i radicali soprattutto) avanzavano, era il carattere di "discarica sociale" che assumeva il manicomio. Nel manicomio venivano a trovarsi negli anni '60, coloro che venivano scaricati dalle famiglie (il film ne è una buona testimonianza, a proposito delle ragazze madri), o che venivano internati a prescindere dal differente grado di malattia mentale. A chiusura del film si nota la critica che io ricordo era stata mossa dai radicali stessi alla legge, la cui procedura fu fortemente accelerata, assieme a quella sulla Commissione inquirente, per oltrepassare il voto referendario. La distanza difatti tra l'ok della Corte costituzionale ai quesiti referendari, e l'approvazione della 180 è, se non sbaglio, di due-tre mesi. L'ok della Corte mi pare fosse del gennaio '78. L'approvazione della legge, a marzo. I referendum si tennero l'11 giugno. (Questi sono

i miei ricordi vaghi della tesi di laurea che feci proprio su quei referendum del '78, su cui non scommetterei una lira).

35. A ogni modo, la critica (questo lo ricordo benissimo) che i radicali muovevano era – all'esatto opposto da



quanto si è evinto dal film nella scena alla Commissione salute – relativa alla non esistenza di una rete (che Basaglia proponeva) esterna di istituti specializzati, inesistenza che aveva come conseguenze: 1) l'abbandono del paziente a se stesso; 2) un carico enorme sulla famiglia di appartenenza del paziente.

36. Ma che vuol dire "matti" ??? Tanti commenti? Ti senti in pericolo? Matto non mi pare un termine né medico né tecnico. Ma conosco tante persone danneggiate per sempre da bollini come questo. E non erano matti per niente (ovvero con nessuna patologia), solo molto provati dalle vicende familiari in cui si sono trovati a vivere. E i problemi psicologici rovinano le vite quanto quelli psichiatrici.

37. La legge 180 è sacrosanta e metterla in discussione è folle. Si può discutere sul fatto che non sia stata bene applicata, e anzi in certi casi è stata completamente travisata. Ma il merito della legge è uno dei fondamenti più assoluti dei diritti umani.

38. Compro il libro ma esco da questa discussione. La verità è che qui la sanità non funziona manco per togliere un'appendice. Io penso alla pratica, non alla teoria. Quello è il vero problema.

39. Certo, sì, è sacrosanta, come sacrosanto dovrebbe essere un impegno sociale serio di cura e di sostegno! Ci sono andata nei consultori a vedere che succede!!! Appuntamenti rimandati e procrastinati per mancanza di personale, tre o quattro medici che "seguono e ascoltano" il paziente, per poi ripetere tutto quanto la volta successiva a un quinto medico non informato, psichiatri che ti dicono "se la rivedo qui, la tengo dentro per sei mesi" non preoccupandosi del perché uno/a abbia chiesto un ultimo aiuto disperato... e mille di queste assurdità.

40. Non è solo questione di malasanità, c'è anche tutto un sistema di favori e di privilegi, connesso alle amministrazioni locali, che è stato molto ben spiegato in una puntata di *Report* dell'anno scorso.

41. A me fa sempre impressione pensare che un paese incivile come l'Italia sia talvolta, imprevedibilmente, più civile di quanto non si potrebbe sperare.

42. Certo stupisce che una storia come quella (romanzata) di Basaglia (non è tutt'oro quel che riluce) abbia stimolato tanta attenzione. Mi chiedo, da psichiatra, chissà quanti di quelli che sono intervenuti sono 'operatori' del mestiere (psicologi, infermieri, psichiatri). No, perché in un dibattito sui neutrini io mi astengo e chiedo al fisico nucleare il suo parere e sto ad ascoltarlo. Ma allora qualcuno mi può dire perché tanta gente che non sa niente di psichiatria e di malattie parla a vanvera di psichiatria, di malattie psichiatriche, di trattamenti, di ospedali, di Basaglia (che però un medico psichiatra era) e di materiale affine? Grazie.

43. Se la mettiamo che la legge 180 è sacra e chi la discute è un pazzo, fine della discussione, bel modo di condurre un dibattito laico e democratico... la cosa che più mi irrita è quando si dice che non è stata applicata, in cosa non è stata applicata? La legge 180 disciplina solo il TSO, sul resto non dice niente, leggetela.

44. È sacrosanta e non si discute, in quanto recepisce alcuni principi cardine della Dichiarazione dei Diritti Umani. Intendo quindi la *ratio legis*. Ciò che non si deve discutere, cioè, è il fatto - oggi ovvio, per fortuna - che i cosiddetti "matti" non debbano essere rinchiusi a vita e isolati dalla società. Sulla non applicazione, penso che tutti abbiamo visto la famosa puntata di *Report* (3 maggio 2009) sull'argomento, a cui chiaramente mi riferisco: gli stessi principi inviolabili sono di fatto violati a causa di alcuni dettagli operativi e deroghe sopravvenute negli anni.

45. È sacrosanta la Dichiarazione dei Diritti umani non la 180, una legge fatta da un Parlamento in fretta e furia per evitare un referendum. Se io discuto la 180 non è ovviamente per chiedere una legge che rinchioda o che violi i diritti umani, anche perché sarei una delle prime vittime di questa cosa, sono matto, magari, ma non inclino al masochismo. La 180 è una legge vuota che lascia alle regioni mano libera su cosa fare e soprattutto non fare, un federalismo sanitario schifoso e peloso,

utile ai potenti delle ASL in cui risiedevano i manicomi che si sono ingrassati con i proventi delle dimissioni, spesso illegali e oscure, degli istituti: in Liguria, ad esempio, gran parte dei soldi di Quarto sono stati imboscati dalle ASL per ripianare debiti, una vergogna sulla pelle dei malati.

46. Non è "vuota": pone delle linee guida importantissime, per la prima volta nel mondo, quindi non è da abolire. Dove è vuota, è da riempire con regole che funzionano, non le regole assurde e controproducenti che tu giustamente ricordi. Anche perché, ricordiamolo: prima della 180 era molto peggio.

47. Ma dove sono le linee guida? Citatele, per cortesia.

48. Chiusura dei manicomi, istituzione dei servizi di igiene mentale pubblici e istituzione del TSO. Sono tre punti fondamentali. Prima i "matti" (persino semplici depressi) venivano di fatto rinchiusi in isolamento in lager, senza possibilità di ritorno alla società. Se pensi poi che questa fu la prima legge al mondo a basarsi su principi così oggi universalmente accettati, e che fu fatta quando non esisteva ancora il Servizio Sanitario Nazionale, capisci immediatamente quanto sia stata preziosa. Anzi, la 180/78 stessa è un po' la base della 833/78, che istituisce il SSN. Non si può negare che la situazione prima della 180 fosse un incubo, che fosse orribilmente peggiore.

49. Dove sono le linee guida? Queste cose le sapevo già, la 180 ha chiuso i manicomi di cui non si sente alcuna nostalgia, ha normato il TSO in modo discutibile, non dice nulla su riabilitazione, strutture intermedie, strutture a media e lunga degenza, su case alloggio, sui percorsi mirati sulla personalità degli utenti, non ha chiuso e non ha risolto il caso dei manicomi giudiziari, non mette regole sulla contenzione, quando farla e come farla, lascia di fatto mano libera ad abusi, la contenzione fisica è necessaria a volte ma va guidata, bisogna formare il personale a non fare male e non farsi male, potrei continuare con i contenuti che mancano alla legge 180.

50. Una cosa magari avrei voluto dal dopo Basaglia: cancellare l'uso della parola "matto", "pazzo" per "malato" e lasciarla solo per gli atteggiamenti buffi, belli, comici, spiritosi: "malato" è chi è degno di star bene e di avere delle cure adeguate, non solo lui, chi ne soffre, ma anche i parenti e gli amici che gli stanno vicino e che si ammalano quanto il "paziente". Io, invece, ho dovuto chiudere la prima puntata di questa fiction troppo brutale, troppo dura. Non mi sembra di aver mai visto fiction su malati di cancro con delle scene raccapriccianti dove gli organi si vedano mangiati dal male oppure di tante altre malattie dove il male viene esasperato fino alla fine.

51. Certo, hai ragione. La 180 è una legge che fonda solo dei principi, non fornisce troppi dettagli su COME perseguire quegli obiettivi. Per questo dicevo che è sacrosanta: abolirla significherebbe abolire quei principi, tornare ai lager di allora. Va invece ampliata, gestita meglio, vanno trovate soluzioni per applicarla. Forse ti confondi tra linee guida e decreto attuativo: quello che manca, da sempre, è il secondo. Affidato alle regioni, che hanno fatto cose buone e cose sbagliatissime, come quelle fatte vedere in quella importantissima puntata di *Report* che ho linkato prima, cose che negano i principi stessi sanciti dalla 180. È la legge del contrappasso: maggiore è la pressione, maggiore è la reazione :-). Quello che invece mi stupisce con piacere è il fatto che i fascisti che "perseguitarono" letteralmente per anni

Basaglia adesso tacciono, nonostante la situazione di malasanità diffusa si presterebbe ad attacchi strumentali... forse hanno paura che in caso di restaurazione potrebbero perdere il nuovo duce :-).

52. Sarà poi vero che chiudendo i manicomi siamo riusciti a cambiare il mondo del disagio psichico? E dove sono ora tutte quelle persone malate?

53. Perdonami, da psicoterapeuta sono molto interessata al tuo punto di vista clinico: vorrei capire se si tratta di un lapsus o se davvero intendi escludere i "pazienti" dagli interlocutori accettabili sul tema. Perché un fisico nucleare lavora sul nucleo, sui neutroni, protoni; noi abbiamo a che fare con persone, che sono, sì, "malate" ma non smettono di essere persone per questo. Secondo me avrebbero tutti i diritti di parlare, così come i familiari dei pazienti che in un modo o nell'altro sono obbligati a interagire con "noi del mestiere" e con il disagio psichico. Un'ultima nota: il modo in cui nel nostro paese potrebbe essere organizzato un trattamento sanitario obbligatorio o l'assistenza sanitaria alla salute mentale riguarda tutti, non solo chi con il disagio psichico convive o lavora, perché nessuno può avere garanzie di salute nella vita, né mentale né fisica, e anche perché il servizio di assistenza sanitaria riguarda i cittadini che dovranno usufruirne, non è solo una questione di giochi di potere interni alla casta medica e paramedica ed eventualmente farmaceutica. Mi perplimo [sic] questo appello alle "porte chiuse" con tutti "gli addetti" dentro e il resto del mondo fuori, a discutere e deliberare come trattare il disagio mentale (cioè le persone che potrebbero soffrirne). Probabilmente il manicomio continua a essere una dimensione interna del nostro agire clinico, indipendentemente dallo spazio reale e fisico del manicomio che non c'è più. Sarà per questo che non mi stupisce affatto che la fiction su Basaglia abbia suscitato tantissimo interesse e ottenuto un successo incredibile. La gente comune fa benissimo a interessarsi al tema del salute, dell'assistenza e dell'organizzazione dei servizi. Anzi i cittadini di un paese democratico non dovrebbero mai smettere di farlo.

54. Mi piaci sempre di più. Come NON addetta ai lavori, ma che vive su questo pianeta, mi sono trovata ad affrontare questo problema anche se non lo avevo in famiglia. MI sono relazionata con malati gravi, pericolosi a volte per se stessi, altre volte per gli altri. Situazioni che potevano andare a finire MOLTO male. Nessuno mi ha preavvisata con una raccomandata. TU che faresti? Gireresti le spalle e quel che accade accade, tanto non hai il patentino per intervenire? Non mi piace affatto un mondo dove ognuno pensa solo al suo giardinetto. Anche perché non sai mai cosa può capitarci dentro. In questa vita le cose non capitano sempre "agli altri". L'aiuto e la disponibilità delle persone che sono intorno possono fare moltissimo. Per le famiglie come per i pazienti. Sempre. In qualsiasi altra situazione. Inoltre ritengo che per far funzionare le cose non basti solo legiferare e delegare. È sempre necessaria la partecipazione di tutti. Magari in positivo sarebbe meglio.

55. "Un uomo che non si interessa allo Stato noi non lo consideriamo innocuo, ma inutile; e benché in pochi siano in grado di dare vita ad una politica, beh, tutti qui ad Atene siamo in grado di giudicarla".

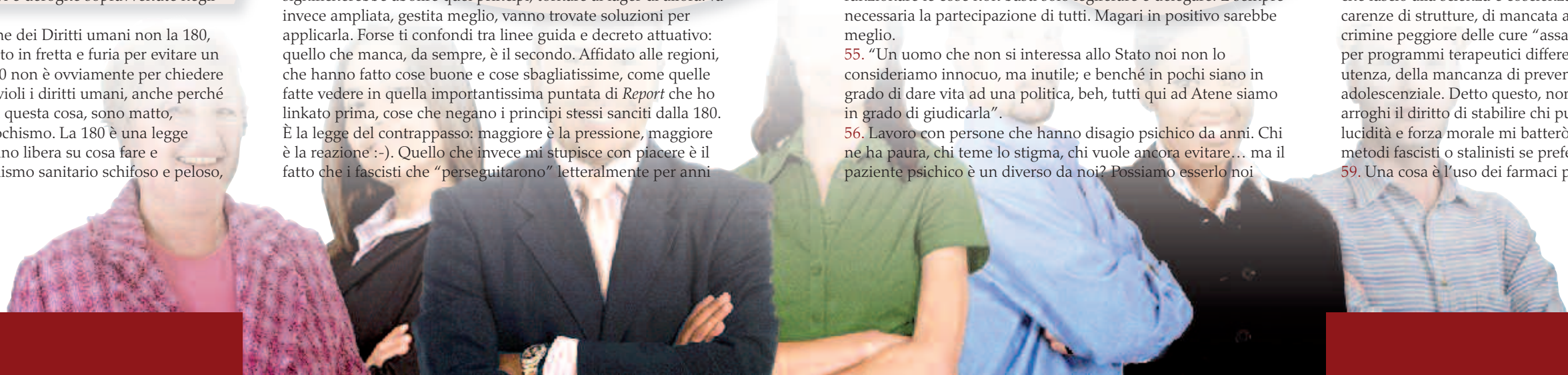
56. Lavoro con persone che hanno disagio psichico da anni. Chi ne ha paura, chi teme lo stigma, chi vuole ancora evitare... ma il paziente psichico è un diverso da noi? Possiamo esserlo noi

domani e sempre più deve essere presente e partecipe alle decisioni e alle discussioni. Mai porte chiuse ad addetti e a familiari. Anche i pazienti sono parte del proprio destino.

57. Non so se sia inutile scrivere qui, dato il pubblico con paraocchi e paraorecchie. Certamente, sono interessato a quello che ognuno ha da dire su cose di cui sa poco, perché riflette molto il pensiero comune. I primi a parlare di malattie o disturbi psichiatrici sono quelli che ce li hanno e che hanno solo voglia di essere curati perché SOFFRONO (ma questo non sembra voglia entrare nella testa della gente). Non solo, le malattie non le hanno create i manicomi (chiaro che l'istituzionalizzazione e vivere nella cacca non fa stare meglio nessuno, ma quella è antichità, i manicomi non ci sono più da tempo). Le malattie psichiatriche ESISTONO e sono anche democratiche. Colpiscono ricchi e poveri, belli e brutti e portano al 10% di suicidi (TUTTE). L'inizio del videoclip fa vedere un genio come Dell'Acqua (credo) che dice che non gliene frega un cazzo se uno è schizofrenico. A me, da psichiatra, me ne importa perché se lo è significa che curarlo è difficile, ma si può fare; se non lo è, è molto più facile che si trovi un trattamento. E poi le fesserie sugli psicofarmaci... ancora con la storia che sono una droga. Io ho lavorato in manicomio per due anni prima del 1978 come psichiatra, e di gente che stava lì da dieci anni e più, ed è tornata a casa con le cure giuste e ha ripreso una vita normale, l'ho conosciuta e l'ho curata. La maggior parte di voi non ha la minima idea di cosa significhi. I manicomi, come riconosciuto da Valeria Barbini, filosofa e psicologa e sicuramente orientata in favore di Basaglia, sono stati chiusi per un solo motivo: nel 1952 è stata scoperta la clorpromazina (cfr. *Liberi Tutti*, di recente pubblicazione, ed. Il Mulino). Senza quei farmaci, i malati sarebbero ancora chiusi lì dentro. Basaglia, intelligente, lo sapeva. Sono i suoi epigoni che parlano di società come causa delle malattie (allora dovremmo essere tutti malati), invece solo il 2-3% della popolazione ha un disturbo importante. Il pericolo che si corre, signori miei che parlate di cose che non sapete, è fare diventare il disturbo mentale un fatto romantico che è bello avere... soprattutto se ce l'hanno gli altri.

58. Io da ex utente e dirigente di una onlus "politica-sociale" non mi sono mai permesso di entrare nei dettagli del lavoro di un medico e nemmeno ho portato la mia associazione di utenti all'ammasso dell'antipsichiatria che considero una congrega di bamboccioni con alle spalle genitori potenti e influenti, foraggiati peraltro da Scientology. Mi permetto però di entrare nel discorso politico, perché se si parla di legge, tutti i cittadini di questa repubblica, fermo restando che le leggi poi in ultima istanza spettano al Parlamento e ai parlamentari, hanno voce in capitolo, persino gli utenti e, oserei dire, gli psichiatri. Io non condivido affatto il pensiero di Dell'Acqua e concordo in linea di massima con la tesi che il manicomio è stato cancellato dai farmaci più che dalla legge. Lungi dall'interessarmi di terapie che lascio alla scienza e coscienza dei medici, mi interessa di carenze di strutture, di mancata assistenza che considero un crimine peggiore delle cure "assassine", di mancanza di risorse per programmi terapeutici differenziati in base alla tipologia di utenza, della mancanza di prevenzione, soprattutto nella fase adolescenziale. Detto questo, non tollero che qualcuno si arroghi il diritto di stabilire chi può parlare e chi no, finché avrò lucidità e forza morale mi batterò sempre con chi usa questi metodi fascisti o stalinisti se preferisce. Saluti.

59. Una cosa è l'uso dei farmaci per curare, un'altra l'abuso. La



diffusione di antidepressivi in sostituzione di psicoterapia appropriata, è ormai una cosa ordinaria. Diffusissima. Ben venga ogni tipo di farmaco che possa aiutare a migliorare la condizione di chi ha un male reale e ben diagnosticato. So benissimo quanto possano fare le terapie e anche che se i pazienti non ricoverati le seguissero, potrebbero stare molto meglio. Cosa che spesso avviene con molta difficoltà. Altra faccenda è cercare di vedere la vita "rosa" attraverso pillole di ogni tipo e genere. Che comunque hanno effetti collaterali, non sono caramelle. Spesso sommate ad altre sostanze.

60. Intorno al '75, in Italia uscì *Matti dal slegare*, per l'epoca non era affatto antico, solo nel 1968 in Italia venne cancellata la norma che prevedeva l'inserimento nel casellario giudiziario del ricovero in manicomio prevedendo anche la possibilità della volontarietà del ricovero in ospedale psichiatrico. Che la psichiatria per anni sia stata sostanzialmente mezzo di controllo sociale e contenitore di avanzati sociali più che di malati è storia (mica solo in Italia), non è fantasia. E non è colpa del film se la storia della psichiatria è questa. Forse dobbiamo elaborarla una volta per tutte e superarla con nuovi atteggiamenti, anche solo interlocutori o almeno interlocutori. Per capirci, penso che pretendere di "giocare" a porte chiuse favorisca l'idea che una certa psichiatria voglia invece riprendersi lo spazio "esclusivo" per gestirsi in privato il trattamento terapeutico, ma anche quello che accadeva nei manicomi era chiamata terapia. Da un punto di vista esclusivamente di "comunicazione" credo che un atteggiamento di disponibilità serena sia vincente rispetto alla negazione del dialogo. Elettroshock? Il valore clinico di un progetto di cura che preveda la terapia elettroconvulsivante è riconosciuto da chiunque si occupi di clinica ma anche da moltissimi pazienti. Certo bisognerebbe essere in grado di poterne almeno parlare, ma forse per farlo dobbiamo riconoscere "serenamente" anche come è stato usato (il processo a Giorgio Coda è del 1974, non è preistoria). Riconoscere questo significa assicurare la gente che certe esperienze sono state riconosciute, superate, perfino Piro (nel DVD lo potrai sentire) ha dichiarato con tranquillità che in certi contesti e situazioni sarebbe da preferire l'elettroshock e che l'efficacia terapeutica ne è in quei casi incontestabile e addirittura preferibile alle terapie farmacologiche. In breve, non credo che l'alzata di scudi irritata e denigratoria, un po' alla Marchese del Grillo da parte della psichiatria "io so' io e voi nun siete un cazzo" sia efficace in termini di comunicazione. E sempre per essere sincera io ho incontrato giovani pazienti schizofrenici triestini assolutamente "compensati": avevano la loro casa, il loro lavoro, assumevano regolarmente le loro terapie farmacologiche e... sì, erano molto lontani dall'idea di cronicità di cui parli, avevano figli, si erano sposati, avevano una vita piena, ed erano schizofrenici ed erano seguiti dai servizi di salute mentale. Qualcuno del giro della grande psichiatria accademica (insomma ci siamo capiti) ha mai visto sul serio, di persona come funzionano i servizi a Trieste? No, perché, personalmente di difendere Basaglia o il modello triestino non me ne frega proprio niente, però sento spesso una quantità di cose assolutamente lontane dalla realtà in certi ambienti della psichiatria. Insomma io ci sono voluta andare a vedere questi come gestiscono i pazienti; è evidente che tu non lo sai, non potresti scrivere certe cose altrimenti. Insomma io credo che sarebbe un bene per tutti se si arrivasse a un punto di incontro, almeno a livello di dialogo, nell'organizzazione dei servizi di

salute mentale. Su quello che chiami considerazioni domenicali... beh, la storia dei brevetti Prozac-Sarafem e della Eli Lilly è online in centinaia di pagine. Chi si vuol fare un'idea dei fatti, se la può fare di domenica ma anche di lunedì, martedì... e comunque io non sto contestando l'efficacia terapeutica della fluoxetina, tante volte ti venisse in mente di liquidare come facezia o faziosità o tout court scemenza, questo riferimento.

61. Ovviamente tutti possono parlare di quello che sanno, ma è bene dare credito a chi sa quello che dice. Sono d'accordissimo con le carenze assistenziali che mancano però in molte altre condizioni mediche. La confusione è scambiare l'assistenza per terapia, come ha proposto la 180 e come hanno spinto tutti gli psichiatri post-basagliani. Da parte mia consiglio quasi sempre una psicoterapia in aggiunta ai farmaci, non per un'idea mia ma perché esistono studi che fanno vedere che la combinazione diminuisce la probabilità di ricadute. Però molti pazienti stanno bene anche con una pillola. Se qualche medico "abusa" di farmaci, non offre un buon trattamento, ma è un problema che riguarda tutte le attività professionali. E poi non dico degli abusi di farmaci di chi non li conosce bene. Il film *Matti da slegare*, sì, tutte storie intense, ma riguardano una percentuale minima dei pazienti psichiatrici. Il 5% dei pazienti ha bisogno di un ricovero e di questi il 20% diventa cronico, eppure fanno notizia solo quelli. Il controllo sociale della psichiatria è una interpretazione. C'era un tempo in cui i pazienti gravi non avevano cure e in quella logica venivano messi in istituti. Si fa ancora per persone che non ce la fanno nella vita quotidiana, spastici per esempio, che hanno bisogno di cure che le famiglie non possono dare. Non si può giudicare la psichiatria del 1904 con la prospettiva di oggi. Poi, io non gioco a porte chiuse, ma sono aperto a tutte le esperienze che hanno senso e DATI. Trieste è un posto dove si sono spese delle montagne di denaro per dimostrare che l'esperienza basagliana si possa applicare a tutti facendo finta che non si fanno più TSO e, naturalmente, non è vero. Altri fatti non li posso scrivere. E comunque sai chi si avvantaggia enormemente da questa situazione? Gli specialisti privati (psichiatri e psicoterapeuti), perché i pazienti stanno male ma non sono scemi. Ancora una volta il problema è quello di confondere assistenza con terapia, sono due momenti diversi.

62. Scusate l'intrusione, non era mia intenzione, ma visti i commenti mi vengono i brividi, quindi due righe le devo scrivere. La legge 180 è un pilastro e non va toccata. Ne esplicita i principi che sono fondamentali. Concordo che dovrebbe avere qualche spunto applicativo maggiore in quanto purtroppo in molte regioni d'Italia non è applicata. Ci sono ancora luoghi dove la contenzione fisica è applicata (orrore... noi a Trieste non lo facciamo mai in nessun caso e a nessuno di noi passerebbe mai per la testa che abbia un minimo di senso il farlo...). L'elettroshock passa ancora per un metodo utile, i manicomi sono solo travestiti da case di cura private (sovvenzionate dalle regioni per di più) con 80-100 posti letto con ricoveri lunghi e senza senso, sbarre alle finestre e porte chiuse a doppia mandata... se tutti quei soldi venissero utilizzati per l'apertura di centri di salute mentale sulle 24 ore, inserimenti lavorativi, facilitazione di accesso a situazioni abitative consone (parlo di appartamenti comunali individuali, non di strutture per inserire gruppi appartamento come visto su *Report*, ovviamente) probabilmente sarebbe tutto più semplice. Quello che è stato scritto a proposito di Dell'Acqua quando dice che non gliene

frega niente se è schizofrenico, dimostra di non aver proprio capito il senso. Si fa diagnosi anche qua, ovviamente a nessuno dei nostri psichiatri passerebbe per la testa di non farlo. Quello che vuol dire Peppe è che la diagnosi deve stare DIETRO. Non ci si sofferma su quello ma va dato peso alla persona, alla sua storia personale e individuale, va ricercato il senso della malattia, del delirio delle difficoltà e dei pensieri. Dando senso al vissuto si restituisce alla persona la sua storia, la sua vita. È questo che ai clinici manca; si parla di neuroni, lobi frontali e altro... La meraviglia di Basaglia è aver saputo leggere qualcosa che gli altri non vedevano. È aver messo la persona al primo posto restituendogli non solo la libertà ma i suoi diritti che prima non c'erano, dal momento esatto che qualcuno faceva diagnosi e varcava la porta di un luogo che li privava di tutto. Ancora oggi purtroppo lo stigma e il pregiudizio che aleggia attorno alla malattia mentale condizionano non poco la vita di chi la malattia mentale la vive. Noi ci adoperiamo in ogni momento a tentare di ridurre tale condizionamento nella cittadinanza. Invito a toccare con mano la nostra esperienza perché forse potrebbe aiutare a capire meglio quello che si può fare. Penso ci sia ancora tanta strada da fare per far cadere tutte le resistenze e migliorare i nostri servizi; noi ci adoperiamo ogni giorno per crescere da questo punto di vista, ma sicuramente lavoriamo con entusiasmo e ottimismo nel nostro intento. Sentire ancora parlare di clinica o di legge 180 mi fa pensare che c'è ancora molto lavoro da fare. Politicamente il rischio di cambiare tale legge (anche in virtù di chi ci sta governando ora) può portare solo ed esclusivamente a chiusure e sistemi di controllo sociale sconvolgenti, spero tutti ne siano consapevoli. Non ho ancora letto il libro, per cui non so che posizione prenda, ma lo farò prima possibile. Mi scuso dello spazio che ho preso. Un saluto a tutti

63. Questa è la vostra storica presunzione... Siete come i cristiani che pensano di essere gli unici a poter parlare di moralità. Così pensate di essere gli unici a CAPIRE il paziente mentre tutti gli altri sono dispensatori di pillole. Lo dovresti chiedere ai miei pazienti. La differenza è che siete talmente presi dall'esperienza interiore del paziente che poi si fa veramente poco per curarla. Basaglia trent'anni fa diceva (questo evidentemente non si dice) che la legge era stata buttata giù frettolosamente e che aveva bisogno di modifiche, in meglio. Stiamo ancora aspettando. Certo meglio questa di quella del 1904 o 1968, ma nel frattempo il tempo passa e tutto migliora.

64. Se dovessimo parlare di testimonianze mi vengono in mente certi "avanzati" clinici dell'area pisana che però non mi sentirei di considerare fondanti a prova dell'inefficacia dell'approccio clinico prevalentemente, se non esclusivamente, se non massicciamente, farmacologico. Né direi che l'elettroshock è inefficace, perché molti dei pazienti che hanno accettato di farlo a Pisa riferiscono come molto importante la perdita di memoria che ne è conseguita e di non averne tratto giovamento e di maledire il giorno che sono entrati in quella clinica. E ne riempiono le pagine di internet: basta digitare il nome e trovare entusiastici ringraziamenti così come maledizioni, così come accade per Trieste. Sulla cura della schizofrenia Dell'Acqua però ha scritto il libro *Fuori come va* e parla di cura e guarigione di giovani che hanno superato le fasi più critiche e sono riusciti a muoversi in modo funzionale laureandosi, sposandosi, lavorando. Non di vecchi cronici da accudire. Credo che nessun medico possa sentirsi Dio, tutti avranno avuto dei successi e

anche dei fallimenti terapeutici. Tu saresti sicuro di non aver lasciato alle tue spalle pazienti che non parlerebbero bene di te o dell'esperienza terapeutica con te? E comunque dimmelo tu dove stanno i dati di tutti i CSM d'Italia, non solo di quelli di Trieste. E dimmi soprattutto dove stanno proprio in genere i dati e come vengono raccolti nei CSM e/o nei reparti ospedalieri universitari? E dalle cliniche private che dati escono e con quale affidabilità? Non so, temo però che siamo arrivati con questa discussione a una conclusione in cui ci troviamo a convergere: mancano i dati per poter parlare di efficacia e quelli che ci sono non includono mai la soddisfazione dell'utenza, sempre quella dei medici che presentano i dati. Il che non depone a favore della categoria dei curanti e farebbe bene ad allertare l'utenza e i cittadini sia quando si sventolano i miti basagliani che quando si reclama la medicalizzazione totale del disagio psichico. Vale per Trieste ma anche per Pisa, Roma, Cagliari, Napoli, Bari, per tutta l'Italia insomma.

65. Già... se non avessimo avuto quella legge miracolo dove sarebbe ora Alda Merini... forse sempre lì e noi sempre meno!!! Anche se, a onor del vero, tanto è rimasto incompiuto!!!

66. Ma con quale faccia tosta si dichiara che: "Dell'Acqua è intervenuto in Sardegna su chiamata dell'assessore Dirindin e ha fatto un macello di tutto e di tutti, letteralmente imponendo la SUA visione della psichiatria come se gli altri fossero trogloditi. Hai presente i missionari che cercavano di convertire le popolazioni africane cinquant'anni fa? Una delle ragioni per cui la giunta Soru è caduta". In tanti abbiamo chiesto che la Sardegna facesse un salto di qualità nel campo della psichiatria e Dell'Acqua rappresenta una pratica di salute mentale comunitaria apprezzata e riconosciuta in tutto il mondo e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si possono curare le persone nel pieno rispetto dei loro diritti e Trieste ne è una dimostrazione pratica. Certo, è vero che la Giunta Soru è caduta, ma perché il malaffare in Sardegna è molto forte e ben rappresentato, e anche nella psichiatria ci sono grandi interessi privati che vanno a scapito degli interessi generali. I CSM sono molto importanti se funzionano come quelli triestini o altri che per fortuna in Italia esistono. Le persone che vivono l'esperienza della sofferenza mentale non hanno bisogno di assetti ambulatori psichiatrici pubblici dispensatori di farmaci che riducono le persone ad anime vuote, o ambulatori privati spillasoldi. Le persone hanno bisogno di una moltitudine di interventi che centri di salute mentale ben organizzati, con personale preparato e motivato, con risorse finanziarie adeguate, possono garantire. Chi vive la sofferenza mentale ha bisogno di tutto ciò che serve a chiunque altro e che a causa della loro sofferenza e difficoltà non sono in grado di garantirsi (da soli). Quindi anche cure mediche, ma nel rispetto della loro dignità umana e senza che nessuno possa speculare sulla loro disperazione. Durante gli anni in cui eravamo in tanti impegnati a migliorare l'assistenza psichiatrica in Sardegna, c'era chi ha usato ogni mezzo per impedire che i servizi pubblici migliorassero. Credo che uno dei problemi maggiori della scarsa qualità dei servizi pubblici derivi dal fatto che si permette ai medici di svolgere anche attività privata. In Sardegna ora assistiamo allo smontaggio pezzo per pezzo di quanto realizzato dall'assessore Dirindin. Stanno chiudendo i centri di salute mentale aperti sulle 24 ore e riducendo l'orario di apertura dei servizi. C'è chi pensa che contenzione, porte chiuse, elettroshock, farmaci a gogò sia la risposta. Noi non siamo tra questi! 🍷

LIBERTÀ E POSIZIONE DI GARANZIA

Il signor Mario si è da poco pensionato. Vive solo. Due figli sposati. Nella sua vita si è progressivamente fatto strada un disturbo psichiatrico paranoide: la convinzione delirante di essere sotto il mirino di persecutori. Fra le altre cose, pensando che qualcuno entri regolarmente a casa sua per avvelenargli il cibo, smette di alimentarsi, o meglio, comincia a farlo fuori casa. Non basta, passano le settimane e il delirio cresce, gli toglie il sonno. Circola per la città con un costante stato di allerta. Non riesce a farsi fare un panino neppure nelle salumerie che cambia continuamente, perché qualcuno, mentre paga, potrebbe mettergli del veleno. Un giorno, esasperato, imbraccia un fucile da caccia e spara, per fortuna senza conseguenze. Viene ricoverato in Trattamento Sanitario Obbligatorio e inizia una terapia antipsicotica. È un ricovero lungo. I disturbi paranoidei si contraddistinguono per la resistenza ai trattamenti e per l'assenza di coscienza di malattia. Nella maggior parte dei casi, l'effetto delle cure in acuto è quello di riportare il delirio ai margini dell'esistenza della persona, che può quindi riprendere la sua vita senza i condizionamenti paranoidei che l'avevano stravolta. Così è avvenuto per il signor Mario.

In occasione di alcuni incontri preparatori con l'Associazione dei Volontari dell'AVOS (che ringrazio per il loro grande supporto sia per i pazienti che per gli operatori), la direttrice all'epoca del DSM di Cagliari di ispirazione triestina, diede l'incarico a me e ad altri medici del SPDC (leggasi Reparto di Psichiatria dell'Ospedale di Is Mirrionis) di presentare una relazione. Titolo degli incontri: *La libertà è terapia*. Nel caso del signor Mario è giusto dire "la libertà è terapia" o è giusto dire "la terapia è libertà"? Credo che questi due opposti riassumano le contrapposizioni del dibattito sulla psichiatria. C'è chi tende a lasciare a casa solo o coi familiari, ma comunque "libero", un paziente sintomatico anche se non aderente alla terapia, per evitargli l'esperienza del ricovero. La psichiatria che piaccia o no è l'unica branca della medicina

dove il consenso del paziente può non valere. Il signor Mario ovviamente non era contento della libertà negata, ma si è reso conto, solo dopo, dell'aiuto che il ricovero ha rappresentato per lui. Lo psichiatra che si occupa, e ribadisco il 'si occupa', del paziente in crisi, è investito della cosiddetta "Posizione di Garanzia" (art. 40 codice penale, comma 2) che non è altro che quella di un padre/madre verso un figlio minore, per la sua tutela, in un momento di grande difficoltà personale. Ha l'obbligo di agire e decidere per lui, per la sua salute. Le maggiori energie nel reparto vengono quotidianamente spese da tutti gli operatori per il raggiungimento del consenso del paziente col fine di portare avanti il ricovero per il tempo minimo necessario. Spesso, il rifiuto dei familiari conviventi e/o la mancanza di soluzioni alternative costringono a rimandare la dimissione, per non lasciare letteralmente per strada il paziente. Sarebbe molto più facile e meno dispendioso occuparsi solo dei pazienti consenzienti lasciando che chi vuole andar via lo faccia. Cosa ce lo impedisce? Proprio la "posizione di garanzia", nel senso che abbiamo la responsabilità di valutare se ci siano o meno le condizioni sufficienti per un buon post-ricovero. Questo dobbiamo eticamente al paziente, questo è tutelare persone con uno svantaggio psichico.

LEGGE BASAGLIA E RECENTE ESPERIENZA CAGLIARITANA

Il dibattito sul rispetto del paziente come "persona" e non come "malato" richiama un'epoca storica come quella di alcuni decenni fa quando, per avviare un cambiamento del sistema, era necessario estremizzare le posizioni fino alla negazione della malattia mentale. Sarebbe anacronistico al giorno d'oggi sentire frasi come "l'utero è mio e me lo gestisco io", slogan fondamentali nell'ambito del femminismo di allora ma fuori luogo, se non addirittura ridicoli, affermati oggi. In ugual misura per la psichiatria nella recente storia del DSM di Cagliari sono stati rinverdiati concetti d'epoca a partire dal velleitario obiettivo di ridurre, se non di chiudere, gli SPDC fino al già citato "la libertà è terapia", tanto da arrivare all'emblematico caso del paziente che, in alternativa a un

ricovero visto come vessatorio, è stato "decontestualizzato" con una vacanza insieme all'équipe CSM sul lago di Nemi fallita dopo un paio di giorni (il paziente è ora in carcere dopo che ha agito delle devastazioni). Dopo la chiusura dei manicomi si sono sviluppate due linee. Una psico-biologica in crescita, che vedeva una ripresa della ricerca con lo sviluppo di farmaci sempre più efficaci e tollerabili, l'altra psico-sociale che, a parte alcune ricche realtà, non è cresciuta, non è stata al passo con le aspettative assistenziali dei pazienti e delle loro famiglie che continuano ad averne il carico. La sensazione è che l'ideologia alla base della riforma Basaglia perduri attraverso i decenni senza una reale capacità di evolversi. Mantiene e continua a riproporre la storica contrapposizione al modello medico, che viene ancora percepito come non rispettoso della dignità della persona con modalità acritiche e autoreferenziali. Chi fa della propria promozione la propria mission, continua a cercare il manicomio in ciò che esiste. Se non ci fosse o non si parlasse di manicomio, non potrebbe esistere chi fa della antimanicomialità la sua professione. Ne è prova l'aver fatto passare come manicomiali il primario del SPDC di Cagliari scotomizzando i suoi trascorsi di persona che conobbe Basaglia, che contribuì a chiudere il manicomio cagliaritano, che aprì "solo" venti anni fa il primo Centro di Salute Mentale innovativo per l'assistenza territoriale. Persona mai ascoltata dal suo direttore generale, intento coi suoi consiglieri a vendere il proprio prodotto "buono". È una legge di mercato: chi pensa di vendere il proprio prodotto come buono deve necessariamente indicare l'altro come cattivo.

L' INFORMAZIONE AL PAZIENTE

In campo oncologico, per fortuna, sta ormai scomparendo la cattiva abitudine di nascondere la diagnosi al paziente. C'è da chiedersi perché in psichiatria, invece, ancora stenti a decollare la cultura dell'informazione. Si assiste ancora a confusivi balletti in cui operatori, non gente comune, nascondono o giustificano la verità clinica dietro dinamiche sociologiche/relazionali: "tu stai delirando perché hai il conflitto coi genitori... perché ti hanno licenziato, ecc.". Il che sarà pure correlato ma è irrispettoso verso il paziente, perché omette o minimizza l'informazione primaria sulla sua patologia. Proviamo a immaginare se fossimo noi a sviluppare una psicosi di cui non sappiamo nulla. Quale sarebbe la nostra prima esigenza se non quella di sapere cosa sta capitando al nostro sentire, ai nostri pensieri, alle nostre percezioni? Sarà pure difficile che alcuni nostri pazienti recepiscano tali informazioni in un primo momento, ma ciò non ci esime dall'esercitare il nostro ruolo che ci chiede di avere le idee chiare sulla diagnosi, sulla terapia. Tutti i pazienti colgono le incertezze prescrittive del loro medico. Le persone affette da psicosi non sono da meno, e, più spesso di altri, non cominciano o abbandonano le cure. Il risultato, facilmente intuibile, è che si scompensano e, attraverso i canali assistenziali dell'urgenza, vengono ricoverati da chi è di turno al CSM o arrivano in ospedale magari la notte o nei festivi. Una vecchia regola, che chi è del mestiere conosce bene, è che di fronte a chi dice "non ho mai fatto o ho fatto solo raramente dei TSO" bisogna sempre chiedersi chi li ha fatti per lui. ♣

Marco Murtas
psichiatra e psicoterapeuta Centro Lucio Bini, Cagliari

Se piangi, se ridi

Bobby Solo,
Mogol - Marchetti - Satti
(1965)

Se piangi
amore
io piango con te
perché
tu fai parte di me.
Sorrìdi sempre
se tu non vuoi
non vuoi vedermi
soffrire mai.

Se ridi
amore
io rido perché
perché
faccio parte di te.
Ricorda sempre
quello che fai
sopra il mio volto lo rivedrai.

Non sarai solo
anche se tu
tu sei lontano da me.
Ogni momento
dovunque andrai
accanto a te mi rivedrai.

Se piangi
se ridi
io sono con te
perché sono parte di te.
Ricorda sempre
quello che fai
sopra il mio volto lo rivedrai.



La verità è un lusso scomodo che paradossalmente bisogna guadagnarsi lottando.

Il fatto di non conoscere la chimica del mattone, non impedisce al muratore di essere in grado di costruire una casa. Non conoscere a fondo il sistema nervoso, non deve impedire a noi di tentare di curare i disturbi.

Il riduzionismo, quando portato all'eccesso, cosa che accade spessissimo, si trova sempre nell'impossibilità di dare una coerenza alla miriade di dati esistenti, di inserirsi cioè in maniera adeguata nella complessità.

TUTTO NELL'UNIVERSO ACCADE NELLA MANIERA PIÙ SEMPLICE POSSIBILE. Non in quella più facile, attenzione!

Il dott. Athanasio Koukopoulos, temperamento flemmatico ma fortemente guidato

dall'avversione nei confronti del dolore psichico, scende sconsolato dal palco del *Maurizio Costanzo Show*. Si è permesso di dire la verità; ovvero che l'elettroshock è una terapia salvavita e che è un fatto assolutamente scandaloso che non venga praticato in Italia, se non in costose strutture private, non per motivi medici, ma ideologici.

Il popolo piccolo piccolo, nazional-sotto-popolare del Costanzo show, che si è permesso di 'farsi un'opinione' dopo aver visto *Qualcuno volò sul nido del cuculo'*, fischia, insulta, minaccia.

Lui capisce con chi ha a che fare e non reagisce. Una volta mi disse: "Sono già state dette tante stupidaggini, perché intervistarmi? Ne direi solo una in più".

Erano i primi tempi in cui si iniziava a sospettare che il Prozac non fosse un farmaco poi così benigno.

Le compagnie farmaceutiche, e molti medici (pochi psichiatri a dire la verità), hanno dipinto la nuova generazione di psicofarmaci (Prozac, Zoloft, Cipralex, Seroquel, Zyprexa) come farmaci miracolosi e privi di importanti effetti collaterali. Tutti questi farmaci, se prescritti all'interno di una giusta diagnosi, alle giuste dosi e per periodi di tempo coerenti con la cronicità della malattia, hanno senz'altro contribuito a migliorare (e di molto) la qualità di vita del malato mentale, il problema è però capirci sul significato di diagnosi, stato, e decorso di una malattia. Per non parlare della prognosi.

Athanasio Koukopoulos, è un eroe della scienza. Come tutti gli eroi, è stato deriso, diffamato, ignorato, poi ripreso in considerazione, ascoltato e infine idolatrato. La sua storia è quella di un genio.

Athanasio Koukopoulos ha lo studio in via Crescenzo, nel quartiere Prati di Roma. Meglio, il suo studio è all'intero di un centro da lui fondato, il "Centro Lucio Bini per lo studio della depressione". La sala d'aspetto la dice lunga sul tipo di male che Koukopoulos si trova a fronteggiare tutti i giorni; qui non siamo dallo psicologo, dove la quarantenne incalzata si lamenta delle corna del marito. Qui c'è gente che dorme, che sghignazza tra sé e sé, che piange silenziosamente, che puzza lontano tre metri perché non si lava da settimane.

Io sono a pezzi, ho 18 anni e sono devastato da un angoscia che mi annichilisce e mi impedisce, letteralmente, di vivermi anziché sopravvivermi. Dopo un pò di attesa mi riceve nel suo studio. Le serrande sono abbassate, c'è una lampada che manda una luce fioca, la stanza credo sia insonorizzata, i rumori di fuori quasi non arrivano.

"Sa - mi dice - i depressi sono un po' come i vampiri, non reggono

la luce; entra in conflitto col buio che si portano dentro".

Parla lentamente, il suo italiano è assolutamente perfetto e privo di un qualsiasi accento che possa tradire le origini greche. Facciamo un'anamnesi approfondita. Malattie fisiche pregresse, stato di salute dei genitori, età di morte dei nonni, sintomi di stato, sintomi in anamnesi, farmaci assunti, casi di malattia mentale, alcolismo o suicidio in famiglia.

"Tutti e tre, professore!" gli rispondo, e lui per la prima volta mi guarda negli occhi, fermando lo sguardo e accenna un sorriso.

Sono uno dei 'suoi'.

Mi parla guardando un foglio di fronte a sé, non per distrazione ma per applicare 'l'attenzione fluttuante' di cui altri mi hanno parlato (ma lasciamo perdere).

"Noi chiamiamo questa malattia 'depressione' ma è una parola che

ci mette sulla strada sbagliata; alla base infatti, non c'è uno svuotamento di energie, ma uno stato eccitativo talmente intenso che annichilisce chi ne soffre fino a renderlo catatonico, o stuporoso.

Non credo sia un caso che il punto più basso della depressione e quello più alto della mania, si presentino nello stesso identico modo; uno stato catatonico stuporoso. Lei è un bipolare, un maniaco-depressivo. Se sta così male non è nonostante gli antidepressivi, ma per colpa loro, che accentuano il processo patologico in atto. Si alleano con la sua malattia anziché contrastarla. Per questo sente questa agitazione interna, non riesce a dormire, si sente fisicamente paralizzato".
"Ma io non sono mai stato maniacale..."
ribatto.

"Non fa niente - continua lui - per definire una depressione 'bipolare', basta che sia insorta in età giovanile, esattamente il suo caso, che sia fortemente ciclica, che sia in comorbidità con disturbi di ansia, abuso di sostanze; è un qualcosa che assomiglia a un disturbo di personalità borderline, ma non lo è, è solo un adattamento improprio a un disturbo dell'umore insorto in età giovanissima che ha plasmato una personalità in formazione. La psicoterapia va benissimo, per educare, storicizzare e imparare ad affrontare il disturbo, ma non parliamo di inconscio e di guarigione psicoanalitica; sa, signor R., sono anziano, ho la pressione un po' alta, e certe arrabbature non posso permettermele. Le do del Depakin, 400 mg al giorno, e del litio, 600 mg al giorno. Torni tra un mese e mi chiami se qualcosa non va. Non mi aspetto che lei abbia effetti collaterali importanti".

"E poi?" gli chiedo io.

"E poi imparerà cos'è l'umana infelicità che ha il coraggio e la coerenza di non travestirsi da malattia mentale. Purtroppo una lunga sopravvivenza e l'euforia sono cose che non vanno di pari passo. La salute mentale, consiste in una mestizia, che 'follemente' tenta di sbugiardarsi ogni giorno; può sembrare un paradosso, lo so. Ci pensi su, e veda se le conviene".

Mi stringe la mano.

Mi accompagna fuori dalla porta del suo studio.

In Prati la giornata primaverile è di quelle perfette.

Compro le medicine alla prima farmacia, le prendo 'as directed' ancor prima di pensare se mi convenga davvero o no. Da allora non c'ho mai più pensato, mi sono vissuto mesto, e ho continuato ad assumere 'as directed'. Che mi sia convenuto o no, è un problema che ha smesso di essere un problema da tanti, tanti anni; perché parlarne ora? 🍷

Andrea Vittorio Romagnoli

Psichiatra cinico e anaffettivo: "Aiutare gli altri è il mio lavoro!"

Patch Adams: "Sì, ma lei è negato."

dal film Patch Adams



Ora tre indizi fanno una prova: ogni volta che c'è stata una crisi (tipo ieri, ma controllata) ci sono state le stesse identiche condizioni di inizio.

Mi metto davanti al pc, seduto sul letto, anche storto, apro lo stesso gioco e dopo due-tre ore sto male; non penso sia lo schermo o la luce della finestra che ci batte direttamente...mah...

Però il videogame implica diversi fattori di ansia e crisi: devo costruire l'Impero Romano e portarlo avanti nei secoli; il problema è che per farlo devo mantenere la completa attenzione su più livelli ossia aumentare le risorse disponibili per accrescere la popolazione, creare un esercito, difendere, combattere, vincere la missione a tempo per cominciarne un'altra. Mi accorgo che mi estraneo, il livello di attenzione aumenta moltissimo, gli occhi sono concentrati su più scenari presenti sullo schermo, non stacco la spina fino a quando non ho vinto la missione e non mi rendo conto del tempo che è passato, di quanto mi affatico, i muscoli irrigiditi, visto che praticamente sto piegato in due verso lo schermo... Risultato? Maggiore ansia, stanchezza degli occhi, sensazione di vomito, agitazione, irascibilità e il tutto amplificato (credo) dal fatto che la mattina mi sento più euforico rispetto al pomeriggio, quando non accendo proprio il pc perché, forse, trovo cose più interessanti da fare.

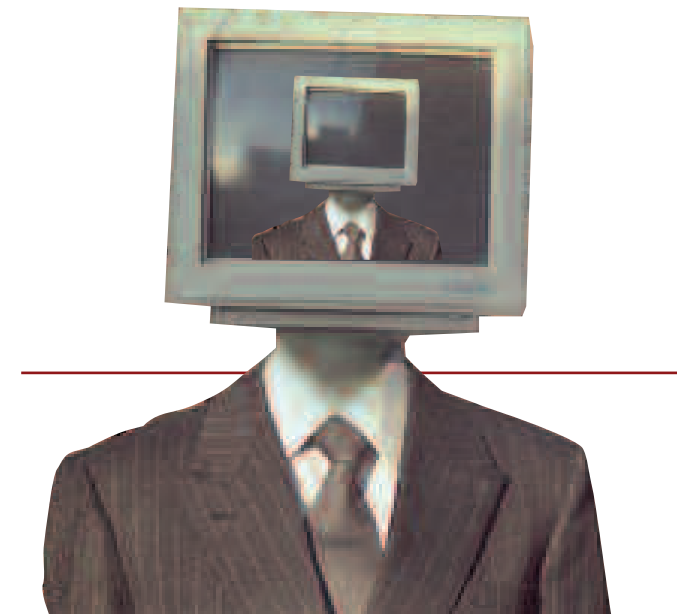
Ora, visto che la cosa accade solo giocando a questo gioco strategico, visto che non gioco ad altro e la situazione di malessere è sempre la stessa, la connessione è ovvia, almeno per me. C'è sicuramente un mix psicologico, poiché tanto accanimento per un gioco nasconderà dietro qualcos'altro e quando vinco mi pare di sentirmi più appagato.

Per il resto: mattinata in fase più euforica con minimi accenni di apatia che diminuisce col passare delle ore e il pomeriggio/sera senso di apatia, noia e spesso voglia di piangere a vuoto (questa non me la spiegherò mai).

Per motivi di privacy non posso svelare il nome della persona che nel mio gruppo su FB di bipolari ha scritto questa cosa, ma credo la troverà interessante...

"Da persona affetta di bipolarismo, sotto cura, non posso che dare ragione a Marco. Faccio già molta fatica a seguire una vita regolata e a evitare le sregolatezze: con pc e videogiochi perdo completamente la concezione del tempo e dello spazio. La mia mente inizia a viaggiare troppo velocemente, iniziano a corrermi per la testa mille idee e non riesco più a fare a meno del computer, rimanendoci attaccata anche ore e ore, anche tutta la notte, perdendo tempo e alterando fortemente il mio umore. con i videogiochi mi successe la stessa identica cosa... bisogna cercare di mantenere il controllo su tutto e soprattutto regole anche con il computer, non più di alcune ore al giorno... e ok, usarlo per lavoro e per studio, ma limitare la navigazione durante il tempo libero, altrimenti diventa una droga". 🍷

Marco Z.



IL PICCOLO GRUPPO A FINALITÀ ANALITICA

Il gruppo psicoterapico a conduzione analitica (gruppo bioniano) è di norma costituito da un numero di persone che mediamente va dai quattro ai dieci partecipanti. Si riunisce una o due volte a settimana per una durata di circa un'ora e mezza.

Il gruppo può essere composto sia da membri con disturbi lievi che gravi: in linea di massima non esistono specifiche preclusioni.

La durata si protrae dai cinque o sei mesi ai due-tre anni, a seconda della configurazione che il gruppo assume, in relazione sia agli obiettivi che alla tipologia dei partecipanti.

Ogni membro, per il semplice fatto di partecipare all'incontro del gruppo avente un obiettivo comune (psicoterapia), si troverà coinvolto nell'atmosfera emotiva del gruppo che egli stesso concorre a determinare e che gli suscita pensieri, emozioni, fantasie.

Il successo della cura passa attraverso due fasi di trasformazione del gruppo. Nel corso dello stadio iniziale ogni partecipante nel diventare membro del gruppo regredisce, perdendo un po' della propria identità (depersonalizzazione). In questa situazione ciascun membro vive una posizione scomoda, con la conseguente difficoltà ad attivare un tipo di pensiero astratto e cooperante. Nella fase più avanzata il gruppo è più maturo e coeso, più sereno e più creativo. A questo livello il gruppo si trova dotato di modalità di pensiero più razionale, dopo avere acquisito competenze personali ed emotive più precise e adeguate. Le angosce e i desideri inconsci, parallelamente agli aspetti coscienti e razionali di ciascun membro, concorrono a determinare l'atmosfera emotiva e la configurazione che il gruppo va via via assumendo.

Il terapeuta interpreta i fatti e la comunicazione inconscia che il gruppo produce. In particolare è necessario sospendere per quanto possibile l'interpretazione individuale, l'attenzione ai singoli transfert, e concentrare invece maggiormente l'attenzione sugli aspetti condivisi dell'esperienza e sulle caratteristiche che assume lo scenario grupppale attivato dall'esperienza stessa.

Il conduttore che segue l'indicazione bioniana, quindi, deve tener conto in linea di massima, più che di quello che avviene in una serie di individui, di come ogni singolo individuo porta un contributo all'attivazione di una scena grupppale condivisa e di come questa scena grupppale acquisisce nel gruppo una serie di trasformazioni e di modifiche.

Nei primi incontri ogni membro è come se sentisse di non trovarsi nel posto "emotivo e di ruolo" che gli spetta. Successivamente quando il corso del gruppo volge verso il buon esito, ogni membro sente di avere una propria e più gratificante collocazione nel gruppo, motivo di maggiore serenità, di maggiore fiducia e di una migliorata salute. 🍷

Eugenio Mangia
psicoterapeuta Centro Lucio Bini, Cagliari





da *C'era una volta la città dei matti*, fiction RAI con regia di Marco Turco

dell'orientamento biologico e quelli dell'orientamento psico-sociale. L'umanizzazione della psichiatria attribuita a tutta la corrente basagliana non era certo un problema per chi poteva accedere a trattamenti in cliniche universitarie e private ben prima della legge 180, un dettaglio troppo spesso dimenticato che ha portato a un profondo errore metodologico. I pazienti degli ospedali psichiatrici di Gorizia o Trieste, così come nel resto d'Italia, erano effettivamente emarginati, abbandonati, disoccupati e svantaggiati economicamente, ma quella era spesso la conseguenza del loro disturbo e non la causa, come tutte le scuole serie di psichiatria sociale sanno. Gli altri pazienti, ricchi e sostenuti dalle famiglie che si ammalavano nello stesso modo (le malattie psichiatriche non tengono conto del portafoglio) si facevano curare in posti diversi con prognosi ben più favorevoli dei loro disturbi.

Ovviamente, la possibilità di migliorare o guarire diminuisce quando è presente la combinazione di un disturbo psichiatrico con vari problemi socio-economici, ma focalizzare tutta l'attenzione su questi ultimi fa dimenticare le componenti cosiddette biologiche del disturbo su cui, appunto, si può intervenire con trattamenti medici. Non solo. L'attribuzione di responsabilità all'ambiente, nel suo significato più ampio, rende molto complicato l'intervento, vista la difficoltà di operare cambiamenti a livello sociale, comunque auspicabili, che vadano rapidamente a vantaggio dell'individuo. Tutta la sociopsichiatria è basata su iniziative lodevoli per i pazienti che non possono essere curati, ma quelli che possono trarre giovamento dai trattamenti devono riceverli. Inoltre, le odierne possibilità di terapia hanno enormemente ridotto lo stigma associato ai disturbi psichiatrici che era fondamentalmente legato alla loro precedente 'incurabilità', così come accadeva per altre malattie croniche come la tubercolosi prima della scoperta di antibiotici specifici. La diminuzione dello stigma (ancora presente e tanto più pesante quanto più grave il disturbo) ha riavvicinato il disturbo psichiatrico a tutti noi. La chiusura del matto in manicomio aveva il significato di allontanare da noi quelle parti sconosciute e temute verso cui mostriamo spesso aggressività, quella stessa che veniva espressa verso il malato mentale. Indubbiamente ne è stata fatta di strada verso l'accettazione delle diversità negli altri, che sono poi quelle che non accettiamo di vedere dentro di noi; e giudicare con il nostro attuale metro i trattamenti psichiatrici di inizio secolo ventesimo è come paragonare la chirurgia robotica con quella precedente all'anestesia. 🍷

Leonardo Tondo
da *liberal* del 13 marzo 2010

Per assicurare un continuo progresso nella ricerca in psichiatria e psicologia e per garantire la continuità di questa newsletter, ARETÆUS accetta con gratitudine donazioni piccole e grandi da parte di chi fosse interessato ai progetti di ricerca e al contenuto della newsletter.

CON UN CONTRIBUTO ANNUALE DI 40 EURO POTETE RICEVERE ARETÆUS NEWS AL VOSTRO INDIRIZZO.

Per tutte le informazioni, si prega di mettersi in contatto con Centro Lucio Bini-ARETÆUS news a Roma o a Cagliari.

Le vostre donazioni hanno consentito, in parte, la pubblicazione della newsletter e di alcuni articoli apparsi sulla stampa internazionale.



ARETÆUS, fondata nel 1999, è un'organizzazione senza fini di lucro (onlus) dedicata alla ricerca e avanzamento della conoscenza delle malattie psichiatriche. ARETÆUS news raggiunge pazienti, psichiatri e psicologi con notizie, curiosità, testimonianze e aggiornamenti legati al mondo della psichiatria.



Associazione fra professionisti psichiatri, psicologi e psicoterapeuti fondata a Roma nel 1975, a Cagliari nel 1977 e a New York nel 1991. Ci occupiamo dello studio e del trattamento di disturbi psichiatrici e problemi psicologici. I centri sono specializzati nel trattamento delle varie forme depressive e di ansia, dei disturbi dell'umore e del disturbo dell'attenzione con iperattività (ADHD).

A Roma: Athanasios Koukopoulos, Daniela Reginaldi, Pamela Bruni, Paolo Calari, Paola Cimbolli, Giorgio De Cesare, Marco De Murtas, Adele De Pascale, Eleonora De Pisa, Paolo Decina, Vittorio Digiacoantonio, Paolo Girardi, Rosanna Izzo, Alexia Koukopoulos, Giovanni Manfredi, Maurizio Pompili, Gabriele Sani, Rosa Maria Sollazzo.

A Cagliari: Leonardo Tondo, Gianfranco Floris, Maria Cantone, Simonetta Giagheddu, Carmen Ghiani, Beatrice Lepri, Eugenio Mangia, Simona Mercenaro, Marco Murtas, Maria Grazia Rachele, Enrico Perra, Marilena Serra.

A New York: Gianni Faedda, Nancy Austin, Ngaere Baxter, Joseph Hirsch.

ARETÆUS news

Rivista ufficiale di Aretæus Onlus e del Centro Lucio Bini

Direttore responsabile

Leonardo Tondo

Coordinamento scientifico

Athanasios Koukopoulos, Daniela Reginaldi, Alexia Koukopoulos, Gabriele Sani, Gino Serra

Amministrazione

Giulio Ghiani e Elisabetta Migoni

Progetto grafico

Joseph Akeley

Design e redazione

Gretel Hohenegger

Stampa

*Grafiche Pisano (Cagliari)
info@grafichepisano.it*

Autorizzazione Tribunale di Cagliari

n. 12/05 del 07/04/05

Potete mettervi in contatto con noi per commenti, suggerimenti, lettere o altri contributi:

Roma

Via Crescenzo 42 · 00193 · Tel. (+39) 06 6874415/75 · Fax (+39) 06 68802345

Cagliari

Via Cavalcanti 28 · 09128 · Tel. (+39) 070 486624 · Fax (+39) 070 496354
centrobini@aol.com · www.centrobini.it