

L'ultima lezione: trattare bene le persone. di Benedetto Saraceno

 sossanita.org/archives/21491

Redazione sossanita

settembre 4, 2023

Ultima lezione

Quando un professore universitario lascia l'insegnamento è d'uso in molte università europee che questi pronunci la sua "Ultima Lezione".

Avrei voluto avere un qualche incarico docente nelle università italiane ma non è stato così e, dunque, non ho avuto il privilegio di pronunciare una ultima lezione il cui carattere è generalmente conclusivo, quasi testamentario. Immaginando allora di potere pronunciare alcune parole conclusive e, forse testamentarie, rivolgendomi ad una immaginaria platea di studenti, ho scritto i pensieri che qui seguono. Immaginaria non soltanto perché non ho incarichi docenti ma, soprattutto, perché nella università italiana non si sono mai dibattuti i temi di cui tratto in questo scritto: il mondo accademico italiano non è stato mai capace di essere luogo di riflessione, ricerca e dibattito sui grandi temi della salute mentale e della psichiatria.

Le considerazioni qui presentate susciteranno presso molti psichiatri amici e no, ne sono certo, non solo rifiuto ma anche fastidio. *Pensieri infantili nella loro banale radicalità*, penseranno molti, se non tutti.

Eppure, giunto a settantasei anni, ho raggiunto soltanto queste consapevolezze, povere semplificazioni intorno ai temi grandi e complessi in cui si dibattono le scienze psichiatriche e quelle della salute mentale. Il vantaggio di scrivere qualcosa di "ultimo" consiste nel non temere un contraddiritorio perché esso non ci sarà per l'abbandono di chi ha pronunciato la propria ultima lezione.

Per quello che mi riguarda questo abbandono costituisce un vantaggio poiché, confesso, non avrei la forza teorica di difendere e argomentare tutto quello che ho scritto.

Tuttavia, non ho dubbi che il mio convincimento intimo sia solido. Il convincimento intimo è quell'insieme di opinioni che si è venuto formando a partire da una lunga e variata esperienza professionale, dalle affettività connesse, dalle conoscenze teoriche e pratiche, dall'incrocio dei saperi disciplinari e da alcuni inderogabili precetti morali. Questo è il solido e intimo convincimento che sostiene le considerazioni qui presentate.

Probabilmente si tratta di un convincimento che ha a che fare con il futuro: ciò che non è ma che dovrebbe essere va comunque affermato, va promosso e perseguito, anche se si tratta di una aspirazione dinamica più che del suo compimento. A ben vedere questo movimento da ciò che non è pensabile ora a ciò che lo sarà domani, realizza il principio-speranza di cui tanto ci ha insegnato Ernst Bloch, e contribuisce a fondare una etica politica collettiva ma anche personale.

Ecco, di seguito una “ultima lezione” che prende origine dalle ultime riflessioni di Franco Rotelli, espresse qualche giorno prima di morire.

Una ultima lezione di Franco Rotelli

La rivista *Aut-Aut* ha pubblicato nel settembre del 2023 il testo di un dialogo con Franco Rotelli” (Saraceno & Gallio, 2023 a).

Si tratta della trascrizione di una conversazione, che si è svolta a Trieste l’8 marzo 2023, fra Giovanna Gallio, Benedetto Saraceno e Franco Rotelli, pochi giorni prima della sua morte. Il testo è già circolato in occasione di una giornata di studio dedicata a Rotelli, il 6 maggio 2023, a Trieste.

Qualcuno lo ha ritenuto un testo “contro”, contro gli psichiatri e contro la psichiatria, ma, al contrario, io ritengo si tratti di un testo che apre a un dialogo più vasto, che cerca di andare oltre tematiche tutto sommato corporative, ossia se gli psichiatri siano amici o nemici dei loro pazienti, o se la psichiatria sia una disciplina epistemologicamente inconsistente, eccetera.

A me pare che Rotelli ci lasci un testo che ha il coraggio di dichiarare finita la spinta propulsiva della psichiatria cosiddetta democratica e antistituzionale.

Rotelli indica piste di riflessioni molto importanti e che, pur se accennate e dunque da approfondire, invitano soprattutto a non avere paura.

Non avere paura di mettersi in discussione, avere il coraggio di difendere tutto il buono che è stato prodotto ma anche e soprattutto quello di continuare a pensare in modo critico. Ho la certezza che alcuni difensori del buono che è stato prodotto, anche se troppo pochi, siano presenti nel dibattito nazionale e internazionale. Tuttavia, ho l’impressione che, invece, manchino drammaticamente quelli che sono determinati a continuare a pensare in modi critico, ossia non soltanto a ripetere pensiero già pensato ma a crearne di nuovo.

Tre eventi hanno avuto e continuano ad avere un effetto molto negativo sulla possibilità di creare nuovo pensiero critico:

- a. la crisi della organizzazione dei servizi di Trieste, aggrediti da una amministrazione miope e reazionaria, depotenziati e ricondotti a una normalità burocratica che avvilisce l’innovazione di quaranta anni;
- b. la crisi più generale della assistenza psichiatrica italiana imputabile sia a scelte miopi

dei governi nazionali e regionali (e non solo quelli recenti) sia a una progressiva miopia degli operatori della psichiatria che sembrano adattarsi alla paralisi dei servizi e soprattutto a quella dei propri cervelli;

c. la morte di una voce instancabilmente critica come quella di Franco Rotelli

Questi tre eventi, mi pare, abbiano sostanzialmente liberato la psichiatria italiana da quella scomoda coscienza (o forse un Grillo Parlante), rappresentata dal modello triestino e da alcuni dei suoi leaders. *Finalmente si sono tolti di torno!* Finalmente possiamo tornare a parlare di psichiatria (democratica per carità), di terapie (innovative e naturalmente biopsicosociali), di scuole psicodinamiche e cognitiviste (in versione social-progressista, ovviamente).

In altre parole, finalmente possiamo tornare a *non* occuparci delle domande fondamentali e scomode: che cosa sia la psichiatria, che cosa sia la malattia, che cosa sia la terapia. Possiamo tranquillamente tornare alle nostre pratiche quotidiane e alle nostre teorie zoppicanti, ma, finalmente, fra noi, nella bolla autoreferenziale che ci mantiene in vita.

Rotelli è morto e pochi lo rimpiangono, nessuno osa denigrarlo ma quasi tutti son ben contenti di farne a meno.

Ho scritto recentemente due articoli, uno su *Aut Aut* (Saraceno B. 2023 b) sulla Cura come pratica in attesa di teoria e trasmissibilità e uno, in collaborazione con Luca Negrognò, (Negrognò L, Saraceno B. 2023 c) dal titolo “Ma come si curano le malattie mentali” e uscito in tre puntate sulla rivista *Machina*.

Ho il timore che entrambi siano leggibili in modo distorto, ossia siano utilizzabili per rafforzare quel sentimento di “ora della ricreazione” che celebra, esultando, la crisi di Trieste.

Perché ho questo timore?

Nel primo (quello pubblicato su *Aut Aut*) pongo il problema di una possibile formalizzazione delle “tecniche” antistituzionali della cura e di una conseguente maggiore loro trasmissibilità. In tal modo, critico una scarsa capacità della psichiatria antistituzionale di trasmettere i propri “saper fare” in forme organizzate e rigorose.

Nel secondo (quello pubblicato in tre parti su *Machina*) pongo, insieme all’amico Negrognò, il problema di una monumentalizzazione della esperienza triestina che avrebbe, anche se inconsapevolmente, messo ai margini riflessioni ed esperienze che, pur se non allineate con la strada segnata dai triestini, avevano ed hanno un ruolo importante nel dibattito sulla crisi della psichiatria e sulla psichiatria critica o sulla antipsichiatria.

Ho forse fornito, certo senza volerlo, ossigeno al ballo dei topi rimasti senza il gatto triestino. Spero che questa mia breve riflessione chiarisca la mia posizione di psichiatra critico che non si è attenuata e fatta più ragionevole ma, anzi, si è radicalizzata, tanto da farmi sentire isolato non solo dalla psichiatria dell’establishment ma anche da quella anti-establishment.

Il “dialogo con Rotelli” pone il problema di una Salute Mentale che è “altro” dalla psichiatria e che deve essere messa in opera da “altri”: dalle comunità, dalle persone nei luoghi quotidiani, dalle micro-organizzazioni che popolano i territori. Il “terzo”, evocato sempre come presenza necessaria all’incontro fra psichiatria e utenti della psichiatria, non è più soltanto un protagonista dell’incontro ma si rende autonomo e diviene costruttore di salute mentale in prima persona. Il terzo diventa il primo e lo psichiatra diviene, talvolta, il terzo.

Dice Rotelli: *“Il tema è: forse si è guardato troppo alla psichiatria e troppo poco alla salute mentale. Guardare alla salute mentale significa andare ben oltre. Vuol dire guardare a come sta la gente e quindi travalicare i confini di malattia non-malattia. Vuol dire parlare di cosa fa star bene e cosa fa star male le persone, e come cercare di far qualcosa per farle stare meno male... Allora ben venga la critica alla cosiddetta psichiatria delicata, la psichiatria buona, e tanto più a quella violenta e becera. Ben venga la critica a tutte le forme di psichiatria perché, se l’orizzonte di riferimento è quello della salute mentale, le psichiatrie sarebbe meglio che sparissero dal campo.”*

Io non penso che esista un sapere specifico sulla malattia, o che esista un sapere specifico sulla follia. Penso che esistano alcune banali consapevolezze, alcune banali conoscenze che più o meno tutti possiamo avere di queste questioni, e più in là non si va da nessuna parte. Non c’è nessun sapere che vada più in là, non c’è mai stato e probabilmente non ci può essere. Io non credo che esista un sapere sull’uomo inteso come anima, come persona. Mentre sull’uomo inteso come corpo credo che si possa sapere molto e moltissimo, sull’uomo inteso come soggetto io non riesco a immaginare come si possa presumere di sapere” (Saraceno & Gallio, 2023 a).

Mi pare che qui si incrocino in modo inaspettato ma anche molto pertinente, da un lato le riflessioni e le pratiche narrate da Arjun Appadurai a proposito della Deep Democracy (Appadurai, 2002), democrazia profonda, insita nel profondo delle persone e delle comunità e che emerge come un fiume carsico, dal basso, e, dall’altro, il modello delle Microaree. Un modello, quello delle Microaree su cui troppo poco si è riflettuto e discusso ma che resta non solo una intuizione geniale ma anche una rara utopia divenuta pratica reale (Gallio & Cigliati Dezza, 2018).

Nel modello Microaree i servizi psichiatrici, anche quelli buoni, restano sullo sfondo come una trincea, una ultima trincea che ha la funzione essenziale di non nuocere a chi ci rimanga intrappolato; dice ancora Rotelli: “Quel che il servizio può e deve fare, dopo avere svolto una ricognizione dei problemi, attivare dei “terzi” che, quelli sì, possono dare un aiuto concreto nel trovare delle soluzioni. Questi terzi sono tanti, sparsi un po’ ovunque” (Rotelli, ibidem). La psichiatria entra allora ma in punta di piedi, magari prescrive un farmaco o attiva un dialogo con la persona che sta male e/o con la famiglia ma, la salute mentale come condizione desiderabile e permanente viene costruita nella e dalla comunità.

Difficile, sempre più difficile, dire e capire cosa sia una comunità ma certamente, continua ancora Rotelli: *“È la politica civica a dover essere o diventare la politica specifica di salute mentale, perché c’è in essa il richiamo a quel tanto di comunità che ancora può esistere.”*

Nel “civico” c’è qualcosa che possiamo ancora chiamare comunità: comunità grande, comunità piccola, più forte o più debole, più avvizzita e friabile o invece più densa e presente, più distrutta e frammentata o istituzionalmente solida, coesa” (Rotelli, ibidem).

Qualcuno potrebbe dire che Rotelli semplifica troppo oppure che è molto ingenuo. Infatti, la persona che entra nel circuito della psichiatria, delirante, con allucinazioni, aggressivo, eccetera, riceverà soltanto un farmaco e l’attivazione di un dialogo individuale e famigliare? Tutto qui?

Tutto qui, e sarebbe davvero moltissimo se insieme a questo “tutto qui” e contemporaneamente ad esso la psichiatria non mettesse in campo anche tutta la sua durezza, la sua disumanità, la violenza costrittiva dei Diagnosi e Cura, la miseria dei suoi luoghi, l’arroganza dei suoi operatori o magari e semplicemente soltanto la loro impotenza.

Tutto qui, e sarebbe moltissimo se insieme a questo e contemporaneamente, la psichiatria fosse capace di chiamare in causa quello che Rotelli chiama “il civico” e lo rendesse davvero protagonista.

Ma questo “tutto qui” in realtà non succede.

Anche il bravo operatore è spesso la prima vittima del suo stesso servizio. Se va bene, si metteranno a disposizione un po’ di buona farmacoterapia e un po’ di dialogo accogliente ma non si riesce, o non si vuole, bloccare l’inesorabile macchina infernale della violenza, della miseria e della burocrazia che hanno il potere di annullare il bene che l’operatore ha individualmente messo a disposizione del paziente. E poi, dobbiamo onestamente riconoscerlo, con il “civico” si ha assai poco a che fare sia per cattiva volontà (quella dei peggiori psichiatri) sia per ostacoli, sabotaggi, ostilità che si incontrano nel cammino (come è il caso dei migliori psichiatri).

Per fare bene una psichiatria in punta di piedi, che tratta bene i pazienti, che impedisce che venga loro fatto del male, che apra cantieri collaborativi con il “civico”, è necessario e urgente che la cosiddetta psichiatria democratica (innovativa, alternativa, progressista, psicosociale) esca una volta per tutte dalla sua autoreferenzialità. Per andare a cercare risorse terze, culture terze, idee terze, per percorrere il nomadismo organizzativo dei diversi territori, per andare a parlare con le persone. Uscire dalla autoreferenzialità della psichiatria e dunque di tutte le psichiatrie.

Ecco allora che la nozione di Impresa Sociale, in questo ultimo testo di Rotelli, assume una dimensione più vasta di quella inizialmente rappresentata dal mondo delle cooperative e del loro storico contributo alla deistituzionalizzazione. L’Intrapresa Sociale da protagonista terzo diviene primo. Qualcuno forse diffida del termine come esso fosse posto in alternativa al prendersi cura dei malati. In realtà non c’è un Noi-Imprenditori Sociali contrapposto a un Voi- Psichiatri Democratici e questa contrapposizione inesistente è il fantasma che disturba la tranquilla autoreferenzialità della psichiatria. Va notato che anche il tramonto della idea di impresa sociale fa parte di quel pacchetto di giubilo giubilatorio che seppellisce Rotelli e torna a parlare soltanto di clinica psichiatrica.

E in questo tramonto forse tramonta anche l'idea-speranza di un servizio pubblico forte ed egemone: "Ormai da lì, dal servizio pubblico, non parte e non si muove più niente. Il nostro vecchio discorso di partire dall'istituzione pubblica ormai non sta più in piedi" (Rotelli, *ibidem*).

C'è da chiedersi se questo tramonto generalizzato abbia solo responsabilità politiche (e queste sono evidenti e non si possono negare) oppure se anche la spinta propulsiva di idee e di pratiche nel suo affievolirsi non abbia contribuito.

Ma cosa dire allora ai giovani psichiatri che iniziano oggi a lavorare nel sistema pubblico? Dovremo dire loro che hanno deciso di fare parte di un sistema in via di estinzione? Che non c'è spazio per buone pratiche? Rotelli, qui, sembra fare un passo indietro rispetto al suo pessimismo e dice che a un giovane psichiatra dovremmo dire: "*Nella situazione attuale non abbiamo tecniche da insegnarti, possiamo offrirti solo l'idea di costruire alleanze per il benessere della gente. Se resti dentro la psichiatria da solo non riuscirai a fare niente, nei servizi psichiatrici non sarai in grado di trasformare niente*" (Rotelli, *ibidem*).

La mia ultima lezione

Non è semplice "leggere" questo discorso di Rotelli che, morente, alterna affermazioni disperate che evocano un fallimento ad affermazioni che indicano una strada da percorrere e che anticipano il futuro.

Rotelli intravede la possibilità e la necessità di inventare i modi della produzione di salute mentale, scouting di merito e scouting geografico: andare in giro, battere metro per metro i territori, dialogare con la polimorfa creatività degli ignoti e trovare chi produce bene comune, vero comune e bello comune.

La spinta radicale di Rotelli nella sua ultima lezione non è, come potrebbe parere a prima vista, troppo ingenua ma annuncia una utopia che tuttavia ci impone quattro scelte onerose:

1. difendere dai molti nemici il cammino fatto, ossia non tradire la memoria ma custodirla, studiarla, diffonderla. Il fronte di chi vuole distruggere il luminoso cammino della esperienza di Basaglia a Trieste è variegato e ben più ampio di quello costituito dal torvo e miope squadrone degli psichiatri arroccati nelle loro incerte certezze biomediche. Vi è un ampio fronte di psichiatria aperta a letture e a pratiche biopsicosociali che, pur avendo accettato la sfida riformatrice della legge 180, ha mantenuto verso il modello triestino una ostilità rancorosa dovuta all'esplosivo mix costituito, da un lato, dalla arroganza di alcuni esponenti triestini che si sono spesso presentati come vati e portatori di una rigidità dogmatica cieca alle esperienze altrui e incapace di leggere con curiosità la complessità degli sviluppi globali del discorso psichiatrico (ma di questa arroganza Rotelli ne fu sempre privo) e, dall'altro, dalla sostanziale autodifesa della psichiatria come disciplina capace comunque di fornire risposte adeguate, complesse e umane alla sofferenza mentale. Questo fronte è costituito da quella psichiatria eterogenea e approssimativa che ha fatto un uso intelligentemente pragmatico, e spesso superficialmente eclettico, della psicodinamica, delle neuroscienze e dell'assistantato sociale. Questa psichiatria sia in Italia sia a livello internazionale ha fatto di tutto per mantenere lontano da sé ogni radicale messa in crisi della propria epistemologia e delle proprie pratiche.
2. accettare una dimenticata (e troppo spesso disprezzata) radicalità antipsichiatrica, non quella che dice che la malattia mentale non esiste (Laing) ma piuttosto quella che afferma che è la psichiatria a non esistere.
Dunque, proseguire il lavoro di decostruzione della psichiatria iniziato da Basaglia non per cancellare l'esistenza della sofferenza delle persone ma per dichiarare inutile e dannosa la clinica psichiatrica (come del resto sembrano confermarlo i diversi sguardi dell'etica, dell'epistemologia e della epidemiologia, che sono le vere minacce allo statu quo auto conservativo e autoreferenziale della psichiatria).
Ritengo che per Rotelli la chiave di volta della questione fosse alla fine divenuta proprio quella della radicale affermazione della non-appartenenza della cosiddetta malattia mentale alla psichiatria e più in generale alla medicina, vecchia o nuova, tradizionale o critica, istituzionale o antistituzionale. In altre parole, la questione non è se sia o non sia esistente una "cosa" dicibile come malattia, bensì la questione è quella di una "presenza", altra ed estranea alla medicina, che costituisce il nucleo doloroso della esperienza che chiamiamo psicotica.

3. affinare la nostra comprensione, concettualizzazione e trasmissibilità della Cura in contrasto con la Terapia. La difficoltà a creare una teoria della clinica terapeutica antistituzionale (quella difficoltà da me evocata nell'articolo apparso su Aut Aut), dipende dal fatto che non esiste una terapia di qualcosa che non è una malattia. Ossia, quella assenza di salute deve essere oggetto di risposte non di terapia ma piuttosto di cura.

“A livello più generale, suggeriamo, che la cura venga considerata come una specie di attività che include tutto ciò che noi facciamo per conservare, continuare e riparare il nostro mondo in modo da potervi vivere nel miglior modo possibile. Quel mondo include i nostri corpi, noi stessi e il nostro ambiente, tutto ciò che cerchiamo di intrecciare in una rete complessa di sostegno alla vita” (Fischer e Tronto, 1990).

Questa citazione è da Berenice Fischer e Joan Tronto che in un saggio classico del femminismo sistematizzano la nozione della Cura, la sua etica e la sua politica.

La Cura è bidimensionale, pubblica e privata, ossia non si inverte in una dimensione esclusivamente emozionale e privata ma appartiene anche alla dimensione sociale e pubblica. Tale dimensione pubblica pone quindi la Cura al di fuori della esclusiva sfera del privato, regolato da contratti individuali e affettivi, ma la pone anche dentro una dimensione pubblica e istituzionale, in quanto Diritto. Infatti, chi ha bisogno di accudimento, di cura e assistenza continua non è soltanto un essere umano che merita pietà ma un cittadino che esige un diritto: la cura è dunque un diritto, così come in medicina la terapia è un diritto.

Allora, diciamo che la cura è un insieme di azioni tangibili, concrete e misurabili ma che essa si inverte soltanto se prestata insieme ad attitudini intangibili quali gentilezza, delicatezza, discrezione, rispetto.

Dunque, la cura è azione pratica e affettiva al tempo stesso. Questa doppia natura richiede competenze pratiche e competenze affettive.

Molto probabilmente e verosimilmente è di Cura e non di Terapia ciò di cui hanno bisogno i soggetti che stanno male e che sono stati confinati nella logica diagnostica della psichiatria medica.

“È una constatazione quasi banale: la diagnosi in psichiatria non ha nulla a che fare con l’esperienza della persona diagnosticata. Di per sé è un processo di denominazione che separa lo psichiatra dalla sofferenza del paziente: non è un “ponte” che favorisce l’incontro, ma una “lama” che lo rende impossibile. Trasforma l’esperienza della sofferenza in un codice verbale, diventando un luogo riconoscibile solo per lo psichiatra, ma inaccessibile (e sostanzialmente irrilevante) per il paziente” (Saraceno & Gallio, 2013).

4. infine, uscire dalla Psichiatria, così come uscimmo dal manicomio, e uscirne implica un equilibrio, spesso doloroso, fatto dal lavoro di esserci (nella psichiatria) come presenza scomoda e critica e dal lavoro di costruzione della propria assenza. E questo ultimo passaggio, essere presenti per costruire la nostra assenza, è il passaggio più difficile e in qualche modo eroico che Rotelli indica. E lo indica non ai peggiori fra gli psichiatri ma ai migliori.

Concludo ricordando una frase che Rotelli ha pronunciato, quando ormai il registratore del nostro dialogo era spento, e, rimasti soli ci siamo salutati, sapendo che sarebbe stata l'ultima volta. Quella frase non è parte del dialogo pubblicato ma resta come un dono testamentario che sento come mio e personalissimo. La frase dice:

“Se si trattano bene, i matti, si, ma anche tutti gli altri, i bambini, le donne e gli uomini, se non si fanno loro cattiverie... allora succedono molte cose: emergono bisogni, si formulano desideri, nascono affettività”.

Ecco un Manifesto che dice che il compito della psichiatria è quello di trattare bene i matti, un compito infinitamente più semplice di quello che gli psicopatologi vogliono fare credere ma molto più ambizioso di quanto la povera etica corrente della psichiatria sappia fare.

Benedetto Saraceno

Segretario generale,
Lisbon Institute of Global Mental Health



Riferimenti bibliografici

1. Arjun Appadurai (2002). Deep Democracy: Urban Governmentality and the Horizon of Politics. *Public Culture*, 14 (1):21-47.
2. Fischer B., Tronto J.C. (1990) Towards a Feminist Theory of Caring. In E. Abel, & M. Nelson (Eds.), *Circles of Care* (pp. 36-54). SUNY Press. p.30. In: Battaglia L. Etica e politica della cura (2021). Notizie dall'Istituto Italiano di Bioetica.
3. Gallio G., Cogliati Dezza G. (2018) *La città che cura*. Alphabeta Verlag, Merano.
4. Negrognو L., Saraceno B. (2023 c.). Ma come si curano le malattie mentali? *Machina*. 20 giugno (prima parte); 27 giugno (seconda parte); 4 luglio (terza parte).
5. Saraceno B, Gallio G (2013). Diagnosi, “common language” e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale. *Aut Aut*. 357, 21-37.
6. Saraceno B, Gallio G. (2023 a.). Il futuro delle politiche di salute mentale nell’ultimo dialogo con Franco Rotelli. *Aut Aut*. 399, 170-195.
7. Saraceno B. (2023 b.). La cura: una pratica in attesa di teoria e trasmissibilità. *Aut Aut*. 398, 76-93.

fonte articolo: <https://unacertaideadi.altervista.org/2023/09/lultima-lezione-trattare-bene-le-persone/>