# L'IPPOGRIFO La Terra vista dalla Luna



In questo numero:

I sintomi della salute

Quaderno/estate 1999

# L'IPPOGRIFO

# La Terra vista dalla Luna

### **EDITORIALE**

3 | Percorsi della salute di Piero Fortuna

# **SOMMARIO**

- 47 | Baudelaire alla Unità Sanitaria Locale di Piero Feliciotti
- 52 | La salute e viceversa di Fulvio Tesolin

# I SINTOMI DELLA SALUTE

5 | Introduzione di Augusto Casasola

# Il corpo, il sintomo e la parola

- 9 | La visione cristiana del corpo di Luciano Padovese
- II | Metodi di cura e condizione dell'ammalato nella medicina greca di Piervincenzo Di Terlizzi
- 14 | Il valore del sintomo di Francesco Stoppa
- 18 | Hai sofferto durante la malattia? di Franco Luchini
- 19 | Il sintomo bambino di Stefano Fregonese
- 21 | La nâf spaziâl di Federico Tavan
- 22 | Corrispondenza dalle Ande di Paola Facchin

# Epifanie della salute

- 26 | Può esserci una psicopatologia senza un concetto di salute?
- 29 | La città della salute di Massimo Riccetti
- 31 | I sintomi della salute di Roberto Bagnariol
- 32 | La salute dell'Istituzione Intervista ad Angelo Cassin
- 35 | Pensare la cura del bambino a partire dall'Istituzione Ospedaliera di Leopoldo Peratoner
- 40 | Lettera dalla pediatria Scritta da un bambino immaginario
- 44 | Rimedi alla solitudine

# La salute e i suoi travagli

- 53 | L'infelicità del medico di Mario Colucci
- 56 | Errori della medicina, errore dei medici di Bruno Vidal
- 61 | Homo faber di Sergio Tonut
- 63 | Marino di Cristina Zanardo
- 64 | La salute dell'anziano: ossessione della salute ed elusione della morte di Giuseppina Pavan

#### ASPETTANDO GODO...

66 | Nonno Bepi di Andrea Appi

#### IL FILO DI ARIANNA

- 68 | Il volo dell'«Ippogrifo» di Mario Novello
- 69 | Un altro come me di Stefano Bulfone
- 73 | Compagni di viaggio di Paola Fortunaso e Caterina Toffoli

#### **TESTIMONIANZE**

- 74 | Una malattia per guarire di Alessandra Merighi
- 75 | Specchio di Mauro Laplaca

# IL RACCONTO

76 | La pergola di Gigi Bressan

# **COOPERAZIONE SOCIALE**

78 | Lavoro e socialità

#### SALUTI DAL FRIULI



Numero unico. Estate 1999

Questa edizione è pubblicata dall'Associazione «Enzo Sarli». Via Interna, 5 - 33170 Pordenone.

#### Redazione

Cinzia Appi, Giulio De Franceschi, Luca Pascotto, Luciana Pignat, Querina Pitton, M. Angela Salamon, Paola Soranzo, Francesco Stoppa, Caterina Toffoli, Patrizia Zanet.

#### Coordinamento di redazione

Augusto Casasola. Mario Rigoni. Francesco Stoppa.

Progetto grafico e impaginazione Studio Rigoni.

#### Fotolito

Dreossi & C. - Pordenone.

Tipografia Sartor - Pordenone.

#### Internet

www.montagnaleader.org

Stampato nel mese di settembre 1999

Questo Quaderno è composto in carattere Garamond Simoncini ed è stampato su carta Arcoprint da 100 g/mq della cartiera Fedrigoni.

Copyright© del progetto editoriale: «L'Ippogrifo» by Studio Rigoni. È vietata la riproduzione, senza citarne la fonte. Gli originali dei testi, i disegni e le fotografie, non si restituiscono, salvo preventivi accordi con la Redazione. La responsabilità dei giudizi e delle opinioni compete ai singoli Autori.

Hanno collaborato a questo Quaderno dell'«Ippogrifo»:

Andrea Appi, cabarettista.

Roberto Bagnariol, infermiere psichiatrico.

Julia Bomben, animatrice sociale.

Gigi Bressan, poeta.

STEFANO BULFONE, artista.

Angelo Cassin, psichiatra.

Mario Colucci, psichiatra.

PIERVINCENZO DI TERLIZZI, insegnante di Lettere antiche.

PAOLA FACCHIN, insegnante.

Piero Feliciotti, neuropsichiatra e psicoanalista.

PIERO FORTUNA, giornalista.

Paola Fortunaso, psicologa.

Stefano Fregorese, psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza.

Mauro Laplaca, in attesa di occupazione.

Franco Luchini, cittadino italiano.

ALESSANDRA MERIGHI, insegnante.

Roberto Muzzin, presidente di cooperativa sociale.

MARIO NOVELLO, psichiatra.

LUCIANO PADOVESE, teologo.

GIUSEPPINA PAVAN, psicologa.

LEOPOLDO PERATONER, pediatra.

ETTORE PERRELLA, psicoanalista.

GIANNI PIGNAT, fotografo e artista.

Massimo Riccetti, preside.

Lucio Schittar, psichiatra.

FEDERICO TAVAN, poeta.

Fulvio Tesolin, psichiatra.

SERGIO TONUT, medico del lavoro. Bruno Vidal, radiologo.

Cristina Zanardo, fisioterapista.

Si ringraziano per aver reso possibile questa pubblicazione:

LUCIANO PADOVESE, vicepresidente della Fondazione

Cassa di Risparmio di Udine e Pordenone.

Giulio De Antoni, direttore generale dell'Azienda

per i Servizi Sanitari n. 6 «Friuli Occidentale».

SANDRA CONTE, presidente dell'Associazione «Enzo Sarli».

Angelo Cassin, responsabile del DSM di Pordenone.

Sostengono la pubblicazione dell'«Ippogrifo»:

COOP ACLI, Cordenons; COOP FAI, Porcia; COOP ITACA, Pordenone. Amministrazione Provinciale di Pordenone.

Per la realizzazione un particolare ringraziamento a:

Andrea Di Bert, Giovanni, Alessandro e Alberto Dreossi. Daniele Gortan, Anna Piva e Carlo Sartor



# Questo Quaderno è stato pubblicato con il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Udine e Pordenone

Per inviare contributi, riflessioni e impressioni, scrivere a: Redazione «L'Ippogrifo» c/o Studio Rigoni, viale Marconi, 32 33170 Pordenone. Telefono e fax: 0434/21559. E-mail: anna.falcetta@asspn.inet.it Internet: www.montagnaleader.org

### **EDITORIALE**

Non sono un medico. Con la medicina ho un rapporto occasionale (e non è un gran che) legato esclusivamente alle mie condizioni di salute: come tutti del resto. E tuttavia ho accettato con piacere di presentare questo terzo numero de «L'Ippogrifo» che si occupa dei Sintomi della salute, un tema complesso e apparentemente contraddittorio (nell'accezione

comune i sintomi si riferiscono alla malattia e non già alla salute) che ai miei occhi di profano appare come "La Terra vista dalla Luna", che non a caso è il logo di questa bella e coraggiosa rivista. Perché l'ho fatto? La prudenza avrebbe dovuto indurmi, come dire... alla prudenza. Invece no. E sopraggiunta e si è imposta la curiosità, stimolata da un argomento che si rivela ricco di risvolti psicologici e sociali e che – detto con linguaggio giornalistico – è il motore di un'inchiesta penetrante, a vasto raggio, che spazia nell'inconsueto ponendo problemi professionali, pratici e culturali. Dunque, I sintomi della salute. Si tratta di un ossimoro, è chiaro. Ovvero, di una metafora che nelle intenzioni della redazione allude a possibili orientamenti dialettici corrispondenti alle varie angolazioni da cui il tema può essere considerato: quella dell'operatore sanitario, del paziente, dei familiari e anche del contesto in cui si manifesta. Così si è stabilito di ripartire il materiale in tre capitoli elastici ed esplicativi: Il corpo, il sintomo e la parola; Epifanie della salute e La salute e i suoi travagli. Introduce Augusto Casasola, che dà conto della materia nella sua dimensione generale, da cui si ricavano anche le chiavi di lettura degli interventi successivi. I quali muovono a partire dal valore del sintomo. Francesco Stoppa si rifà ampiamente a Freud che ha approfondito l'argomento nelle sue implicazioni psicologiche (e non poteva essere altrimenti), per concludere che la salute non è una condizione naturale dell'uomo

# Percorsi della salute

Piero Fortuna

eventualmente minata dal sintomo, quasi fosse un virus. Anzi, il sintomo può essere considerato – sempre dal punto di vista psicologico – il primo appiglio da cui muovere per riaffrontare i nodi cruciali dell'esistenza. La sezione dedicata a Il corpo, il sintomo e la parola è un capitolo consistente, denso, che annovera i contributi di Luciano Padovese, Pier-

vincenzo Di Terlizzi, la splendida poesia in friulano di Federico Tavan, il simpatico testo di Franco Luchini e quello di Stefano Fregonese. Può esserci una psicopatologia senza il concetto di salute? L'interrogativo è il tema del saggio di Ettore Perrella con il quale si apre il capitolo dedicato alle Epifanie della salute. È possibile provare a costruire una definizione di salute che non parta dal patologico, come fa la Medicina. Una salute, cioè, intesa come assenza di sintomi. Infine, La salute e i suoi travagli. A vario titolo e da diversi punti di vista definiscono questo quadro, tra gli altri, Mario Colucci e Bruno Vidal.

La monografia si completa con le rubriche, meno dense e più divertenti: una piacevole riflessione di Stefano Bulfone sull'esperienza maturata presso il Dipartimento di Salute Mentale di Sant'Osvaldo, alle porte di Udine, e un racconto di Gigi Bressan; nell'insieme, un diversivo (ma non troppo), per un tocco di agilità.

Nel complesso, questo che gli amici dell'«Ippogrifo» propongono è un lavoro accurato, serio, al servizio di un argomento di grande interesse. Soprattutto un contributo non indifferente all'analisi e alla definizione dei problemi che la globalizzazione dei mercati, la rivoluzione tecnologica, il disagio e la disoccupazione giovanili, insieme a quel clima di frustrazione, palpabile e preoccupante che ci sta avvolgendo come una ragnatela vischiosa, rendono di attualità indiscutibile.



# I SINTOMI DELLA SALUTE

Premessa La cultura è attraversata dal concetto di corpo sia come idea filosofica, sia come immagine che dà visibilità alla condizione umana e la malattia, in questo senso, scopre le carte della nostra fragilità. In tal modo la riflessione sul destino dell'uomo, che è sempre riflessione sul nostro personale destino, fa i conti con la fisicità del nostro ingombro corporeo, una fisicità avvolta da Botticelli sotto un fascio di luce, deformata fino ad essere smembrata da Bacon, o intravista nell'ombra da Caravaggio.

*Il Bacchino malato* – riprodotto nella pagina a fianco, probabile autoritratto giovanile di Caravaggio convalescente dopo un attacco di malaria – è un quadro che coglie l'essenza della malattia, avvertendola non solo come dramma vissuto dal soggetto, ma, in qualche modo, come la manifestazione di una entità indipendente dal soggetto stesso. La malattia opera sul corpo con segni e sintomi, che sono certamente l'evidenza di un processo morboso, ma, al tempo stesso, allude ad una lingua che ci racconta del segreto delle passioni e del mistero della vita.

Qualche cosa si sa sulla malattia, anche se molto meno di quanto appare, che cosa sia la salute non è molto chiaro.

Ivan Illich, in un numero recente di «Le Monde Diplomatique», afferma: «...verso la metà del xx secolo, la nozione di ricerca della salute implicava significati completamente

# Introduzione

Augusto Casasola

diversi rispetto ai giorni nostri. Secondo la nozione che si afferma oggi, l'essere umano bisognoso di salute è considerato come un sottosistema della biosfera, un sistema immunitario che deve essere controllato. regolato, ottimizzato come una vita. Non è più in questione il porre in luce ciò che costituisce l'esperienza dell'essere vivente. Con la sua riduzione ad una vita, il soggetto cade in un vuoto che lo soffoca. Per parlare di salute nel 1999 bisogna comprendere che la ricerca della salute è una liturgia societaria, al servizio di un idolo che spegne il soggetto»<sup>1</sup>.

La salute come nuda vita, vita nella sua entità biologica. Non ci convince questa idea di salute. Non ci convince nemmeno l'idea di salute come assenza di sintomi, come stato di benessere... Per obiettività occorre precisare che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per inseguire questa definizione ideale, ha dovuto definire alcuni punti di riferimento etico, ha dovuto includere i fattori politici economici e sociali esterni al sistema sanitario, ha dovuto parlare di equità, utilità, eguaglianza e diritti umani, ha dovuto in definitiva formulare una ipotesi di società ideale e condivisibile, ma per farlo si è imbattuta nei sintomi della diversità, della diseguaglianza e del disagio sociale.

Allora i sintomi della salute, apparentemente una contraddizione in termini, sono una ipotesi di percorso, un percorso in cui riteniamo che, seguendo e dipanando il filo del sintomo, si possa arrivare a scoprire qualche cosa della salute. Svevo, nella *Coscienza di Zeno*, afferma: «La salute non analizza sé stessa e neppure si guarda allo specchio. Solo noi malati sappiamo qualche cosa su noi stessi».

La malattia avrebbe quindi a che fare con la conoscenza, è un invito che stimola la ricerca del significato di salute a partire dal valore del sintomo e dalla nostra fragilità.

La cura e l'assistenza alle persone fragili, dipende dalle aspettative della società, dai modelli antropologici e culturali di riferimento: il pensiero e le prassi rivolte a tutelare la salute dei cittadini nel corso della storia sono raggruppabili schematicamente attorno a quattro modelli fondamentali: le concezioni naturalistiche, il modello dell'ideale messianico, l'orientamento liberista e quello mutuato dallo stato sociale<sup>2</sup>. Tali modelli evidenziano valori diversi, presuppongono concezioni antropologiche e sociali non riconducibili l'una a l'altra. Si sono sviluppati in senso diacronico, in epoche successive, ma spesso coesistono e trovano riformulazioni nuove in contesti differenti. Oualcuno lo riprenderemo.

Intanto, se il concetto di salute non è molto chiaro, non lo è nemmeno quello di malattia. Proviamo ad usare i *Dizionari*: «malattia come deviazione dalla omeostasi» è una definizione data dalla medicina, è parziale e prescinde dalla multifattorialità e complessità del fenomeno; nella classica *Encyclopédie* di Diderot e D'Alambert troviamo che la malattia «è in genere lo stato dell'animale vivente che non gode di salute», non andiamo molto lontano. La lingua inglese – e in particolare la sociologia – distingue fra la malattia come fenomeno morboso disease – che fra l'altro richiama maggiormente il termine disagio – e illness, come alterazione dello stato di salute, utilizzato dai sociologi per analizzare il fenomeno malattia dal punto di vista dei ruoli sociali. La parola *bolezn*. in russo, definisce la malattia come un «processo che insorge nell'organismo per lo stimolo nocivo dell'ambiente interno o esterno», non è male, ma è insufficiente. Basta pensare ad alcuni significati che il termine malattia assume nella lingua italiana: sofferenza, se consideriamo il punto di vista di chi vive la malattia, il paziente; diversità, qualora essa iscriva sul corpo del paziente segni visibili dagli altri; pericolo, vero o presunto, per gli altri che si imbattono nel malato (pensate La salute e i suoi travagli. all'Aids o alla stereotipia sulla pericolosità del malato di mente). La malattia è quasi sempre un segnale, talvolta soffocato, sia individuale che collettivo. Sull'aspetto collettivo, qualche osservazione sulla prevenzione: vi è un certo consenso sul fatto che il fumo, gli incidenti stradali, l'inquinamento atmo-

sferico, esposizioni ambientali e professionali – amianto e piombo - abitudini personali, come lo stile alimentare e l'esercizio fisico, oltre ad alcuni vaccini, costituiscano delle priorità. Fra gli interventi preventivi c'è un vasto consenso sul controllo della pressione arteriosa e sugli *screening* per i tumori femminili e per alcuni neonatali (fenilchetonuria, ipotiroidismo...). Molto più lungo è però l'elenco delle cose che si fanno, che costano, che non servono e che fanno male. Fine della parentesi.

La malattia, come diceva Svevo, è anche uno stimolo alla conoscenza (sia individuale che collettiva, pensate al ruolo che hanno avuto le epidemie del xix secolo rispetto al risanamento urbano), ma anche alla comunicazione e alla solidarietà.

È certamente complesso il fenomeno malattia, attraversa tutto il vivere dell'uomo: la ricerca del significato di salute a partire dal sintomo e dal suo valore, questa è l'ipotesi da cui si libra questo volo dell'«Ippogrifo». Partendo da questo punto abbiamo definito tre angoli visuali di riferimento su cui si appoggiano i contributi volontari dei nostri collaboratori e che scandiscono il ritmo dei sintomi della salute attraverso una articolazione nella seguenti sezioni: Il corpo, il sintomo e la parola; Epifanie della salute;

Il corpo, il sintomo e la pa-Alla fine della messa ROLA si augura alla *ecclesia*, alla assemblea dei cristiani, la salute del corpo e la consolazione dello spirito.

Luciano Padovese, nel suo contributo, con cui si apre la monografia, cita l'enciclica Ve-

alcune importanti ritatis splendor: «La persona, incluso il corpo, è affidata interamente a se stessa, [...] corpo e anima sono indissociabili: nella persona [...] nell'ottica cristiana è [...] fondamentale l'accettazione realistica dei limiti del corpo attuale, segnato dalla sofferenza, dal peccato e dalla morte».

> Il modello messianico, di cui accennavamo in premessa, è ispirato dalla dottrina cristiana, che tiene in alta considerazione il medico, e lo differenzia dal modello di umanesimo espresso dal mondo pagano, in quanto la sua attività richiama l'immagine del Cristo terapeuta, del Christus medicus, che veniva utilizzata dai Padri della Chiesa per spiegare come avviene la redenzione: il Cristo, come il medico, risana la natura umana corrotta.

> Mentre il medico del mondo classico si asteneva dal curare i malati per i quali non c'erano prospettive di guarigione, non per carenza di etica professionale, ma per un motivo religioso, che analizzeremo più avanti, il medico cristiano, come annota l'imperatore Giuliano nel IV secolo: «Ciò che fa forti i cristiani è la loro filantropia nei confronti degli estranei e dei poveri», il medico cristiano si sente impegnato verso qualunque uomo sofferente. Lo stesso rapporto medico paziente riceve una nuova dimensione con l'avvento del cristianesimo.

> La prospettiva messianica contiene due ulteriori prospettive di natura religiosa: la malattia è una impurità e il malato va, di conseguenza, allontanato dalla comunità, in particolare da quella culturale; la malattia è considerata una manifestazione corporea del peccato. Nella prospettiva messianica la salute non è semplicemente una as

senza di sintomi morbosi, ma un riverbero globale per la persona: sia sul piano somatico che su quello spirituale.

Nell'articolo di Piervincenzo Di Terlizzi si «vede nel riconoscimento – a partire da un'esperienza individuale della malattia e della rivelazione che essa propone della fragilità dell'uomo il punto di partenza per fondare una nuova socialità». Il modello naturalistico, a cui si fa riferimento, concepisce alcuni limiti stabiliti dalla natura stessa alla azione terapeutica. Nel quadro antropologico della cultura greca ritroviamo una definizione di salute come disposizione "naturale" e della malattia come disposizione "antinaturale", la vera forza della cura è data dalla *vis sa*natrix naturae. Il superamento del confine naturale costituisce il pericolo intrinseco della medicina: Asclepio iniziato dal centauro Chirone all'arte di guarire i morbi dolorosi degli uomini, sarebbe morto fulminato da Giove, in quanto aveva accettato per denaro di procedere ad un atto terapeutico illecito, salvando dalla morte un uomo destinato dalla natura a morire. È una questione di estrema attualità.

Corpo e psiche, se continuiamo a restare nell'antica Grecia. sono concetti assenti in Omero, o, per l'esattezza, assumono nei testi omerici un significato completamente diverso da quello che assumeranno nei secoli successivi, in particolare a partire dal quinto secolo avanti Cristo: *soma* – corpo – non sta a significare l'organismo vivente, ma il corpo morto, mentre la *psiche* rappresenta il "fantasma" del morto e non lo spirito vitale. Il concetto di corpo si è formato in modo determinato a partire dalla diffusione del concetto orfico di psiche, totalmente nuovo rispetto all'immagine omerica. Si può in un certo senso affermare che l'uomo si è pensato come corpo solo quando e dopo essersi pensato come psiche. Per questo i greci concepiscono la salute come cura dell'anima e del corpo. Platone concepisce la salute come equilibrio della vita umana, come giusta misura che deve instaurarsi fra corpo e anima – mens sana in corpore sano -(fra l'altro aggiunge che il vero medico può imparare a guarire solo attraversando lui stesso l'esperienza del dolore); la malattia viene concepita come metafora della vita, basta pensare a Socrate che, vicino alla morte, raccomanda a Critone di offrire un gallo ad Asclepio dio della medicina – quasi a simboleggiare l'ultima delle guarigioni. In greco sintomo vale per incidente, avvenimento fortuito. A partire da questa definizione Francesco Stoppa sottolinea che «l'uomo soffre di qualcosa di inguaribile, di una contraddizione che costituisce l'essenza del suo essere [...] e come la psicoanalisi sia un discorso con cui si può imparare ad aver cura di quella contraddizione costitutiva». Prendersi quindi cura del proprio sintomo, come cifra nascosta della soggettività: siamo agli antipodi di ogni ossessione salutista. E da questa posizione possiamo capire la folgorante e divertente affermazione del nonno di Franco Luchini: «A no l'è mai un mâl ch'al nol sedi ência un bên».

L'umorismo non guasta quando si parla di salute e malattia (d'altra parte la clinica, il discorso sviluppato al letto del paziente in cui uno sta in piedi e l'altro sta disteso, è una situazione reciprocamente comica). Epifanie della salute Tornando alla salute. Ouando Creso chiede a Solone chi sia l'uomo più felice – immaginando che la risposta lo avrebbe indicato, in quanto era l'uomo che in quell'epoca disponeva della più grande fortuna economica Solone – tramite Erodoto – risponde che è Tello, un uomo qualunque di Atene, che in un periodo di prosperità aveva avuto figli sani e sopravvissuti, la più grande fortuna della vita, e anziano era morto per difendere la sua città. È un concetto relativo e affascinante di salute. arricchito dalla virtù, l'areté greca, ma oggi chi morirebbe per la propria città?

D'altra parte Massimo Riccetti afferma – seguendo Platone – che in una città dedita al superfluo, «questa [...] città avrà bisogno di ingrandirsi a spese di altri in quanto in essa tutto diviene indispensabile e, per logica conseguenza, aumenterà il fabbisogno di medici» (la domanda indotta parte da lontano). Continua Riccetti: «Il concetto corrente di salute non è più moneta in corso: così anche Nietzsche sostiene la necessità di una nuova salute, più scaltrita, più tenace, una grande salute, che non soltanto si possiede, ma di continuo si conquista e si vuole conquistare, poiché sempre di nuovo si

Manca questo concetto di salute ed Ettore Perrella ipotizza che «se la scienza (e quindi la filosofia moderna e la psicanalisi) – non sa dirci nulla, in positivo, su che cosa sia la salute, questo dipende da un fatto molto evidente: essa – la scienza (e quindi la filosofia moderna e la psicanalisi) – è sorta grazie ad un impianto sperimentale da una parte e matematico dall'altra che nulla concedeva a nessuna metafisica

sacrifica e si deve sacrificare».

precostituita e che quindi pretendeva di non dovere o poter avere nessuna relazione con una posizione etica predeterminata».

Nonostante questo vizio di origine sul concetto di salute, ci imbattiamo però in operatori della salute che, di questi tempi, riescono a mantenere una posizione etica nella loro pratica istituzionale: la pediatria e la psichiatria, non in astratto, ma in concreto qui a Pordenone ne sono un esempio e, a ben vedere, ce ne sono molti altri ancora, anche se non trovano voce in questo numero del Quaderno.

E non ci piace, nonostante l'enorme successo televisivo *Un* medico in famiglia, così medio, così bonario, così semplificato, così familiare; piuttosto preferiamo E.R. Medici in prima li*nea*, la medicina in prima linea e il suo spaccato sociale, rappresenta meglio la dimensione di frontiera, di avamposto, di osservatorio del disagio sociale per gli operatori della salute. «Il prototipo del malessere moderno: è il tentativo di accedere direttamente al godimento grazie a un oggetto del mercato, senza passare per il corpo dell'Altro, senza rischiare l'incontro d'amore», afferma Feliciotti nel suo intervento, rimettendo in discussione. o comunque ricollocando, il valore del sintomo su cui sin qui abbiamo insistito, il paradosso del disagio di una società dell'agio «sono sintomi sociali, sintomi-massa. Perché, in questi disturbi, ce n'è davvero poco di soggetto. Per averne un'idea, basta accostare l'aumento dei fenomeni psicosomatici a quello delle tossicodipendenze. In entrambi i casi si tratta piuttosto di godimenti che vagano nello spazio

violentemente lo spazio sociale, in cerca di un soggetto che se ne faccia responsabile. Quando si dice che questi fenomeni colpiscono il corpo sociale, si dice qualcosa che racchiude in sé due verità: la prima è che i sintomi interessano molto di più la società».

La salute e i suoi travagli Se il sintomo allora diviene qualcosa che fa ostacolo, che resiste che blocca, se è un sintomo della società più che del soggetto, perde la sua funzione dialettica, non ci apre qualche pertugio sulla strada verso una salute possibile. Da questo punto di vista gli operatori sanitari costituiscono il primo ostacolo per il disagio che attraversa il loro lavoro.

Va interrogata l'attuale posizione del medico, il suo essere sempre meno clinico e sempre più legato professionalmente alla tecnologia e alla burocrazia. Va interrogato il suo incontro con il dolore e la morte, questo è l'interrogativo attorno a cui ruota l'intervento di Mario Colucci che apre la terza sezione.

Ma nel frattempo il rapporto del cittadino con la medicina tecnologizzata e burocratizzata si connota come un rapporto fra una vita, biologicamente intesa – non un soggetto – e le macchine, le carte. Il rapporto con il medico tende a strutturarsi solo se il cittadino è catalogabile o rispetto al costo troppo elevato di un trattamento, o rispetto ad una identità giuridica e sociale definita proprio dalla medicina e dalla clinica burocratizzata: l'anziano non autosufficiente, il sieropositivo, l'invalido, il malato di mente incollocabile al lavoro, il bulimico, l'anoressico, il depresso, l'alcolista in trattamendel corpo o che conquistano to, l'espiantato ecc... Voglio

dire che nelle nuove forme di disagio possiamo incontrare una artificosa separazione fra il soggetto e il "suo" sintomo.

Oueste sono alcune delle questioni attorno a cui ruotano gli ultimi interventi

Conclusione In un questionario somministrato ad alcuni operatori, abbiamo raccolto le definizione di salute che di seguito riportiamo: stato di benessere psichico; una certa qualità della vita che permette di esprimersi, di potersi muovere al meglio delle proprie possibilità; sintonia; equilibrio; tranquillità; sentirsi bene e a proprio agio; sconfina con la felicità; stare bene e affrontare i problemi con serenità: non saprei darla.

Concludendo con un anacoluto: non saprei darla una definizione di salute – afferma l'ultima risposta al questionario dell'«Ippogrifo» – comunque ci sembra di avere aperto uno spazio di pensiero, una riflessione critica, uno spazio in cui, chi lo desidera, può provare a riappropriarsi di un proprio concetto di salute.

È uno spazio – ispirato dalla "filosofia" e dai limiti con cui concepiamo la presente pubblicazione – non è molto, ma, rispetto alle definizioni fasulle di salute, definizioni che hanno la cadenza di una ecolalia, senza senso e significato, ci sembra già qualche cosa.

- 1. I. Illich, L'ossessione della salute perfetta in «Le Monde Diplomatique», «Il Manifesto», n. 3, anno VI, marzo 1999.
- 2. S. Spinsanti, La fragilità nella storia del pensiero sanitario in Rapporto sanità 1998, pp. 139-170, Il Mulino, Bologna, 1998.

# IL CORPO, IL SINTOMO E LA PAROLA

Dire, oggi, quale sia la visione cristiana del corpo è senza dubbio molto più semplice e molto meno imbarazzante di quanto avrebbe potuto essere fino a qualche decennio fa. La dimensione fisica, corporea della esistenza umana, infatti è considerata dimensione tutt'altro che secondaria, come pur-

troppo poteva apparire tempo addietro da un certo tipo di lettura spiritualistica, peraltro preoccupata di tenere desta la attenzione sulla fragilità umana e di porre in evidenza la necessità dell'ascesi, cioè dell'esercizio del controllo di sé. Oggi la riflessione della Chiesa ha superato l'equivoca impostazione propria del dualismo di origi-

ne neoplatonica. La Gaudium et Spes, documento fondamentale del Concilio Vaticano II, ponendosi in ottica biblica, sottolinea la grandezza del mistero dell'uomo proprio a partire da quelle componenti fondamentali che lo contraddistinguono. Non solo anima, quindi, ma anche corpo, che caratterizza tutto della persona; pure coscienza e libertà. Dal canto suo, nella enciclica Veritatis splendor così si esprime Giovanni Paolo II: «La persona, incluso il corpo, è affidata interamente a se stessa, ed è nell'unità dell'anima e del corpo che essa è il soggetto dei propri atti morali» (n. 48). «Corpo e anima sono indisso-

# La visione cristiana del corpo

LUCIANO PADOVESE



Luca Signorelli, Resurrezione della carne (1500-1504).

ciabili: nella persona, nell'agente volontario e nell'atto deliberato, essi stanno o si perdono insieme» (n. 49).

Una lunga storia di equivoci Il Cristianesimo e, più precisamente, la Chiesa cattolica, hanno oggi questa precisa posizione "dottrinale". Ma non è certo facile il superamento "pratico" di una mentalità dualista che è durata per centinaia e centinaia di anni. Esiste, infatti, una storia di disistima cristiana al corpo dovuta al deprezzamento di ciò che è "materiale", tutto a vantaggio di ciò che nell'uomo è spirituale. Tale ottica riduttiva non trova radice nel messaggio di Cristo, ma nell'ambito culturale in cui si è sviluppato il cristianesimo. In quell'ambito, soprattutto, che ha più risentito dell'apporto dei Padri della Chiesa, dando origine ad una mentalità le cui radici hanno resistito praticamente fino ai nostri giorni. Di fatto si possono elencare i

principali elementi di "sfiducia"

del mondo cristiano nei confronti della corporeità: a) La contrapposizione fra "spirito" e "corpo", fra *logos* e *alo*gon, desunta chiaramente dalle idee platoniche e gnostiche che, per esempio, in Sant'Agostino avevano una grande influenza; b) L'identificazione eccessiva del concetto di "concupiscenza" (conseguenza del peccato originale) con la "spon-

taneità" e la forza istintiva, caratteristica della vitalità umana: c) La convinzione che il sistema istintuale del corpo è energia che minaccia la perfezione dell'uomo. Energia, quindi, da imbrigliare quasi fino all'annullamento, piuttosto che da coordinare – come diremmo oggi – nella progettualità globale della persona. L'applicazione più esplicita di tali principi si può riscontrare soprattutto nella dottrina di certi Padri (Agostino, Tertulliano, Origene...) sulla morale sessuale, che è riuscita ad arrivare fino quasi ai giorni nostri con impostazioni tali per cui si è andata accumulando molta diffidenza per l'etica cristiana circa la corporeità.

Recupero di sensibilità bi-La posizione antidualista della Chiesa oggi è frutto di una acquisizione "moderna" di cultura antropologica, grazie alle scienze umane, ma pure (e soprattutto) grazie ad un recupero forte della coscienza biblica. Dalle scienze umane emerge, infatti, sempre più chiaramente che il corpo non è una "realtà periferica", estrinseca rispetto alla persona; un "involucro", un "contenitore" che viene riempito dall'anima. L'uomo "è" e non solo "ha" corpo. Per cui corpo e anima sono due dimensioni interagenti dell'unica realtà umana. Tutto dell'uomo è corpo e tutto è anima. Si tratta di «un inscindibile legame che intercorre fra la persona, la sua vita, la sua corporeità» (Giovanni Paolo II, Evangelium vitae, n. 81).

Dal canto suo la lettura delle fonti bibliche ebraico-cristiane non fa che confermare questa interpretazione della corporeità. Nell'Antico Testamento è sconosciuta la distinzione fra anima e corpo nel senso, almeno, che intendiamo noi con mentalità filosofico-greca. Parlando globalmente di vita umana, vengono usate due espressioni che accomunano al termine "anima" anche il "sangue", il "cuore", le "reni": tutte parole dedotte dall'ambito della corporeità e che servono ad indicare, appunto, la vita della persona nel suo insieme e addirittura il suo baricentro. Nel Nuovo Testamento: Paolo, usando i termini greci che equivalgono al nostro vocabolo "corpo" (soma), intende de-

signare l'uomo come totalità di persona, come "io concreto".

Vale a dire che la vita umana è

pensabile, concepibile solo co-

me vita corporea. Se c'è una

contrapposizione fra pneuma

(spirito) e sarx (carne) nel soma che è l'intero "io" dell'uomo, questa va letta nell'ambito di una dinamica soprannaturale. Contrapposizione, cioè, tra persona che agisce nello Spirito di Dio, obbedendo alle sue leggi (uomo spirituale), e persona che obbedisce alle leggi del mondo (uomo carnale). Nessuna affermazione di principio, quindi, in tema di contrapposizione "naturale", "filosofica" fra anima e corpo.

Una conferma lampante a tutto questo ragionamento, è il dato fondante del Cristianesimo, che consiste nella rivelazione di un Dio che si fa uomo nel ventre di una donna; che vive e lavora come un qualsiasi altro uomo; che soffre e, prima di risorgere, muore come ogni altra creatura al mondo.

Cioè, vive in pieno la corporeità di tutti.

STIMARE E VIVERE LA CORPO-REITÀ La conseguenza concreta di quanto siamo andati dicendo, consiste in una serie di orientamenti etici che oggi sono chiarissimi nel Cristianesimo e nella Chiesa cattolica. Innanzitutto è affermata la doverosità per l'uomo di entrare in un giusto rapporto con il proprio corpo. A partire dalla conoscenza del monito pascaliano secondo cui «l'uomo non è né angelo né bestia, e disgrazia vuole che chi cerca di fare l'angelo fa la bestia» (Pens. 358). Il che, concretamente, comporta una serie di orientamenti fondamentali.

Innanzitutto la necessità primaria di *accettare la propria* condizione corporea. Questo esige che non si neghi a priori quelle che sono le tensioni naturali della fisicità, consci, come si esprime un proverbio orientale, di dover "cercare i pregi all'interno dei propri di-

fetti". Coerentemente con ciò, nel Cristianesimo si insiste sulla necessità di opporsi a quanto diminuisce il corpo del suo significato. In particolare: la trascuratezza del gusto nichilista e ogni strumentalizzazione oggettivante, che Paolo condanna con una espressione molto icastica: «Non sapete che i vostri corpi sono le membra di Cristo? Prenderò dunque le membra di Cristo e ne farò le membra di una prostituta? Non sia mai!» (I *Cor.* 6, 15). L'accettazione della corporeità comporta, in dettaglio, una serie di atteggiamenti concreti. In primo luogo il rispetto della vita fisica che va dal rispetto del comandamento "non uccidere", all'obbligo di curare la propria salute, il proprio aspetto, la propria dignità anche esteriore. L'obbligo di riposare e il diritto di vivere, in un giusto equilibrio, anche quelle esperienze che sono definite "i piaceri" umani; compreso, naturalmente, quello sessuale, legato – nella visione cristiana – alla vita di coppia sposata e non sottratta alle finalità naturali della sessualità. Nell'ottica cristiana è, inoltre, fondamentale l'accettazione realistica dei limiti del corpo attuale, segnato dalla sofferenza, dal peccato e dalla morte. Fondamentale, inoltre, la capacità di vivere il sacrificio da intendersi non solo come offerta giocosa di tutto, nel senso del doveroso "culto della vita", ma anche come necessaria rinuncia a ciò che porterebbe a egoismo e distoglierebbe dalla necessaria fedeltà alle scelte di fondo.

Per un eventuale approfondimento, cfr.: L. Padovese, *La vita umana. Lineamenti di etica cristiana*, San Paolo, Cinisello Balsamo, 1996.

# Metodi di cura e condizione dell'ammalato nella medicina greca

Piervincenzo Di Terlizzi

IL METODO della medicina greco-latina ci no di presupporre un interè noto tramite un alto numero di trattati, alcuni dei quali ci sono pervenuti grazie alla tradizione araba. Alcune figure tra conoscenza del sistema narilevanti spiccano con un alone quasi mitico: Ippocrate di Cos, vissuto nel v-iv secolo a.C., oppure Galeno, enciclopedista medico dell'età di Adriano. La loro autorità ha fatto sì che sotto il loro nome circolassero molte opere, certamente spurie, però ascrivibili alla loro scuola (e pertanto, secondo un modo di ragionare dei classici, attribuibili).

Il cosiddetto Corpus Hippocraticum (l'insieme delle opere che va sotto il nome di Ippocrate) si caratterizza per la costante ricerca di un metodo. Esso deve permettere di coordinare le osservazioni del medico, relative al singolo caso, in un sistema più vasto di conoscenze, ai fini della previsione sul decorso della malattia. Non si tratta, in assoluto, di una novità, perché, a quel che sappiamo<sup>1</sup>, già nella medicina mesopotamica ed egizia esisteva una procedura di connessione tra osservazione dettagliata e formulazione della diagnosi. La particolarità dei testi greci è che essi tendono a restringersi lo spazio riservato alla spiegazione religiosa: ad esempio, nel trattato sull'epilessia (significativamente intitolato Sul morbo sacro, essendo tale patologia connessa con l'intervento degli dei), l'autore to<sup>3</sup>, che inquadrare le cose a si premura di notare che tutte le osservazioni e le prescrizio-

Il patrimonio ni sulla malattia non necessitavento divino<sup>2</sup>.

> Nei trattati ippocratici, il medico deve operare una sintesi turale nel quale egli è collocato e capacità di osservazione dettagliata di tutti i sintomi della patologia: sulla base di questo, egli può procedere alla diagnosi. Questo orizzonte descrittivo viene dilatato, complicato e spiegato nelle sue articolazioni nello scritto Sulle arie sulle acque sui luoghi. Il medico è invitato a considerare tutto ciò che riguarda il luogo nel quale opera: ubicazione del sito, esposizione, clima, vegetazione. Ciò consente d'individuare con sicurezza non solo la disposizione ad alcune patologie, ma anche, con una sorta di determinismo ambientale (una riflessione sul quale necessiterebbe di molto spazio), caratteri più generali degli abitanti (ad esempio la capacità di sopportare le fatiche). Il risvolto operativo connesso è importante: su queste basi si può organizzare una medicina preventiva, incentrata sul tema della dieta. Date certe caratteristiche di un luogo, per stare bene bisogna seguire certe indicazioni del medico: qui si apre lo spazio specifico del destinatario delle prescrizioni, tenuto a seguire i consigli dietetici per garantirsi la buona salute.

È evidente, come è stato notapartire dalla centralizzazione della dieta presuppone un destinatario colto e agiato, in grado di fare quel che il medico dice: un po' come il destinatario dell'orizzonte della vita ideale secondo Aristotele, che passa la sua esistenza in palestra o a studiare filosofia, i problemi economici essendo in partenza risolti.

Più importante ancora è notare che la prospettiva dietetica – che ha indubbi punti di contatto con aspetti della cultura delle società ricche nella nostra età - presenta un risvolto che riguarda il ruolo della medicina: essa è basata sull'idea che il medico possa intervenire per garantire la salute, prima ancora che per curare una patologia.

La crisi della metodologia dietetica - dato che le malattie continuavano ad esserci, e a non poter essere curate con successo – determinò uno spostamento delle tendenze mediche successive verso la pura pratica esperienziale, con più attenzione al risultato effettivo che al metodo di osservazione e all'elaborazione di una regola terapeutica: in ciò si può trovare facilmente qualche parallelo con gli orientamenti della società nel periodo ellenistico (fortemente segnata dalla ricerca della salvezza individuale). Se mancano elaborazioni metodologiche strutturate, va notato che proprio dall'età più tarda proviene una testimonianza densa d'implicazioni teoriche, anche se non partico-

larmente importante nello svi-

luppo effettivo della scienza

medica. L'impostazione ippo-

cratica, che abbiamo delinea-



Galata morente. Marmo, altezza 73 cm, copia romana da un originale in bronzo del 230 a.C. circa.

sia un attento osservatore e coordinatore di segni: il suo sguardo scompone il paziente in una serie di dati che vanno ricondotti a categorie; poco (o nullo) spazio resta per una valorizzazione dell'individualità del malato. In un commentatore della Metafisica di Aristotele, Asclepio, (in un testo, quindi, di scuola filosofica) troviamo un esempio medico:

«Quando avviene che Callia, ammalato, sia uomo, si dice pure che viene curato l'uomo: per accidente l'uomo, Callia in sé e per sé, non perché sia uomo per accidente, ma perché è per accidente curato»<sup>4</sup>.

A essere curato è, dunque, Callia (individuo) e non l'uomo (categoria). Certo: si tratta di un esempio che risente – in maniera sostanziale – dell'impostazione prettamente filosofica della questione. Tuttavia,

to, presuppone che il medico l'apertura su un orizzonte di cavano, nel santuario, le operacomunicazione e di relazione più individualizzata esiste, e come tale va segnalata.

> L'AMMALATO Cosa succede a chi è ammalato?

Le notizie che noi possediamo sul culto di Asclepio – il dio della medicina, figlio prediletto di Apollo, punito da Zeus per aver voluto curare gli uomini dalla morte, raffigurato spesso come serpente – nel santuario panellenico di Epidauro ci dicono che la malattia era, in qualche maniera, socializzata. La comunità s'incaricava di trovare una soluzione: l'infermo veniva portato al tempio, ospitato in uno spazio esclusivo, visitato in sogno dal Dio che gli forniva le indicazioni per la sua cura (moltissime epigrafi greche raffigurano in vari modi gli interventi del Abbandonato da tutti, costret-

zioni chirurgiche eseguite dai sacerdoti).

Tuttavia, la cultura greca ha ben presente che il vero correlato della malattia è la privazione soggettiva della socialità o, su più vasta scala, la distruzione della socialità stessa. Su questi due punti, in particolare, abbiamo due esempi di assoluto interesse che ci provengono dall'Atene del v secolo a.C. e che ora brevemente prenderemo in considerazione.

a) Sofocle, *Filottete*. E una delle ultime tragedie del grande compositore ateniese. Filottete è isolato dal resto dei Greci a causa di una malattia, contratta in seguito al morso di un serpente, che gli procura violenti attacchi di dolore e, soprattutto, un perenne cattivo odore.

dio in sogno, ai quali si affian- to a vivere in condizioni quasi

ferine, Filottete inizia a recuperare la possibilità di un rapporto con gli altri, quando, nella tragedia, è dato al giovane Neottolemo di assistere ad una crisi del suo male. Di fronte alla sofferenza di Filottete, il ragazzo non può far altro che dichiarare la propria impotenza, ma, al contempo, anche la propria partecipazione umana (invitando così il pubblico a teatro a fare altrettanto). In particolare, egli dimostra di non voler approfittare dell'infermità di Filottete per sottrargli l'arco, unico strumento di sopravvivenza (furto a cui Neottolemo sarebbe tenuto dalle circostanze – ma questo non riguarda la presente questione). Pur impossibilitato a guarire il dolore altrui, Neottolemo, partecipando senza fuggire o trar vantaggio, allarga la propria esperienza con la comprensione della debolezza dell'altro: ciò permette di reintegrare un rapporto, cementato dalla consapevolezza di quale sia – fino in fondo – la condizione dell'uomo.

b) Tucidide, Guerra del Peloponneso, 2.47-53. Il passo in questione dello storico ateniese è all'origine di una serie di riprese lungo tutta la storia della cultura occidentale (da Lucrezio a Virgilio a Manzoni a Camus): il racconto di un'epidemia ad Atene.

Cosa accade agli Ateniesi? Dopo lo scoppio dell'epidemia e i primi tentativi di cura, la medicina si arrende, poi anche le preghiere si mostrano inefficaci. Nello sconvolgimento della malattia e nel terrore di non poter salvarsi, si rompono quindi tutte le relazioni sociali, si infrangono tutti i legami, ognuno viene condotto ad una condizione ferina e di pura lotta per la sopravvivenza<sup>5</sup>. La malattia cancella tutto quello

che l'umanità pensa di avere di proprio e non c'è nessuno spazio di riscatto. L'orizzonte delle attese dell'uomo si limita al brevissimo periodo e questo non consente di trovare nessun terreno che permetta la comunicazione e la condivisione.

I due testi che abbiamo citato sono stati scritti a pochi – forse pochissimi – anni di distanza l'uno dall'altro. Entrambi evidenziano la paura che la malattia produce sugli uomini ed il fatto che essa li priva delle loro identificazioni sociali. Dopo guesto elemento comune, le prospettive si diversificano: l'autore di teatro vede nel riconoscimento – a partire da un'esperienza individuale – della malattia e della rivelazione che essa propone della fragilità dell'uomo il punto di partenza per fondare una nuova socialità (Filottete – Neottolemo); lo storico, invece, constata la distruzione di speranza che l'epidemia porta con sé<sup>6</sup>. In tutti e due i testi stanno scritte le esperienze possibili di fronte alla malattia, la gamma delle possibilità di coinvolgimento; tutti e due i testi – questo è indubbio – ci provocano anche oggi.

- 1. Vedi Vincenzo Di Benedetto, La medicina greca antica, in Ippocrate, Testi di medicina greca. Introduzione di Vincenzo Di Benedetto, premessa al testo, traduzione e note di Alessandro Lami, Milano, Rizzoli, 1983, pp. 5-48, in particolare le pp. 6-11.
- 2. Sul morbo sacro, 1-3: «Intorno alla malattia sacra le cose stanno come segue: sotto nessun riguardo mi sembra essere più divina delle altre malattie né più sacra; ma una natura ha anche il resto dei morbi, da cui essi risultano, ed una natura ha essa ed una causa; gli uomini la considerarono un fatto divino per mancan-

za di risorse e per il suo carattere sorprendente, in quanto in niente rassomiglia ad altri morbi». (Trad. di Alessandro Lami, *op.cit.*).

- 3. Maria Michela Sassi, La scienza dell'uomo nella Grecia antica, Torino, Bollati Boringhieri, 1988, p. 115: «Il tipo di terapia che trova più caratteristica e approfondita elaborazione nell'ambito della collezione ippocratica (e di qui passerà alla medicina dell'età ellenistica e romana, mutuandone i particolari – ma non l'impostazione sostanziale – in relazione al cambiamento del tenore di vita medio): una terapia fondamentalmente dietetica, che presuppone una comunità di uomini ricchi (e liberi), in grado di seguire attentamente ogni prescrizione relativa al vitto, di starsene a casa se è caldo e fare sport se fa freddo, e soprattutto di essere perseveranti e vigili osservatori di sé stessi, così da poter intervenire ad ogni minimo accenno di disturbo».
- Si tratta dei versi 730-775.
- 5. «I medici nulla potevano, per fronteggiare questo morbo ignoto, che tentavano di curare per la prima volta... Le suppliche rivolte agli altari, il ricorso agli oracoli ed altri simili rimedi riuscirono completamente inefficaci: desistettero infine da ogni tentativo e giacquero, soverchiati dal male». (Trad. di Ezio Savino, Tucidide. Guerra del Peloponneso, Milano, Garzanti, 1974).
- 6. «Si scatenarono dilagando impulsi prima lungamente repressi, alla vista di mutamenti di fortuna inaspettati e fulminei: decessi improvvisi di persone facoltose, gente povera da sempre che ora, in un batter di ciglia, si ritrovava ricca di inattese eredità. Considerando ormai la vita e il denaro come valori di passaggio, bramavano godimenti e piaceri che s'esaurissero in fretta, in soddisfazioni rapide e concrete... L'immediato piacere e qualsiasi espediente atto a procurarlo costituivano gli unici beni considerati onesti e utili». (Ezio Savino, trad.cit.).

# Il valore del sintomo

#### Francesco Stoppa

inguaribile, di una contraddizione che tuttavia, come diremo, costituisce l'essenza del suo essere. Inguaribile non significa certo incurabile; anzi, ci sono dei modi – la psicoanalisi, da cui muove questo discorso, è uno di essi – con cui si può imparare ad aver cura di quella contraddizione costitutiva, in modo tale da farla evolvere e non farsene sopraffare. Una delle ideologie che oggi godono di una certa fortuna è quella "salutista", la quale tende a fare della salute, intesa come assenza di sintomi, un valore assoluto e primario. Essa rivela una concezione ottimistica e ben poco conflittuale dell'essere umano, per cui noi saremmo naturalmente predisposti ad una felice integrazione col mondo, ad un giusto, ideale rapporto con noi stessi e il nostro destino, ad un costante processo di maturazione quasi geneticamente determinato. L'uomo appare così un essere che di per sé non conoscerebbe contraddizioni interne o difficoltà nell'impatto con la realtà, se non intervenissero degli incidenti che tendono a compromettere quella promessa di felicità.

Questi incidenti li chiamiamo sintomi (in greco sintomo vale proprio per incidente, avvenimento fortuito, oppure – e anche questo è importante – per proprietà, attributo); secondo l'ideologia salutista si tratta di distonie eliminabili e, a questo riguardo, viene chiamata in causa la scienza. La medicina e

L'uomo soffre di qualcosa di inguaribile, di una contraddizione che tuttavia, come diremo, costituisce l'essenza del suo essere. Inguaribile non significa certo incurabile; anzi, ci sono dei modi – la psicoanalisi, da cui muove questo discorso, è uno di essi – con cui

Una concezione idealizzata della salute e del benessere ha tra le sue conseguenze il fatto di collocare il soggetto "originario" in un luogo buono e giusto, in una sorta di Eden senza peccato, dove peraltro, a differenza di quello biblico, non vige nessun divieto e nessuna impossibilità. E a tale luogo, che non conosce colpe o contraddizioni, l'uomo andrebbe logicamente ricondotto. Tendenzialmente oggi non si possono nemmeno più, neanche volendo, commettere peccati, in quanto tutto è più o meno accessibile; si può, anzi si deve avere tutto. Evidentemente le leggi di mercato, sempre più aperte e democratiche, hanno soppiantato la legge intesa come restrizione.

Questo vale per i beni, come per gli atti: in fondo si può fare di tutto senza dover pagare prezzi troppo alti. A livello dell'etica si vede bene come l'ideologia salutista si sdoppi in quella "perdonista": si deve subito e comunque essere perdonati, se non altro perché ciò che primariamente viene messa in discussione è l'esistenza di una possibile posizione colpevole, cioè *responsabile*, dell'individuo. La caduta delle restrizioni tocca in particolare i

comportamenti sessuali: chi decide cosa sia giusto o sbagliato? Non a caso, ogni possibile forma di trasgressione chiede oggi una sua legalizzazione.

D'altra parte la nostra epoca è proprio quella della facilitazione e semplificazione dei percorsi, della cancellazione delle distanze (tra un luogo e un altro, ma anche, ad un altro livello che qui ci interessa di più, tra genitori e figli). Quindi, se c'è un'idea che, nonostante il monito di alcuni filosofi, sta passando rapidamente di moda è quella della complessità e della contraddittorietà dell'uomo. In un altro modo potremmo dire l'idea della mancanza e della differenza quali elementi costitutivi della soggettività.

Un tempo il soggetto veniva al mondo diversamente da oggi. Non solo perché nasceva dalla coscia o dalla testa di un dio, o – in termini più fiabeschi che mitici – lo portava la cicogna, anziché avere la certezza scientifica che la causa della propria venuta sia dovuta al reciproco corteggiamento di uno spermatozoo e di un ovulo. Un tempo – e i miti servivano anche per dare ragione di questo l'uomo nasceva nella colpa. Quindi non c'era nulla di naturale nel suo arrivo, ma esso significava sempre uno squilibrio, una frattura dell'ordine precostituito.

di una possibile posizione colpevole, cioè *responsabile*, dell'individuo. La caduta delle restrizioni tocca in particolare i soggetto, colto nella sua unicità, è un po' questo, una differenza pura che apre uno squarcio, un taglio, una discontinuità nell'ordine delle cose e nell'organizzazione della realtà che funziona – come le sue leggi – non certo nel riconoscimento delle particolarità, del giovane età, una via verso la pu-

niversalità. (Possiamo immaginare l'arrivo del singolo sulla scena del mondo un po' come l'intrusione di un numero dispari all'interno di una serie ordinata di numeri pari, o, meglio ancora, come un numero negativo, un -1, tra numeri positivi; il soggetto è insomma sempre eterogeneo rispetto agli insiemi precostituiti che sostengono la realtà). Il lampo di cui sopra è probabilmente lo stesso che vediamo sullo sfondo della *Tempesta* di Giorgione (sopra le case di una città veneta del '500) e che pare

rendere ragione dell'evento narrato più sotto, dove compare un neonato al seno della madre. Poco più in là un uomo vicino a delle colonne spezzate, simbolo del tempo\*. La nascita, l'avvento di un nuovo essere in quanto epifania della differenza assoluta, ha in sé qualcosa di colpevole anche perché introduce il susseguirsi delle genera-

zioni, l'idea di una sostituzione tra gli esseri e di un tempo finito per l'esistenza del singolo. Così, l'uomo antico, quello del mondo greco come quello della tradizione giudaico-cristiana, doveva costruirsi, fin dalla più singolo, ma nella logica dell'u- rificazione con forme di inizia-



Giorgione, Tempesta (1507-1508).

zione che gli permettessero di rielaborare la propria posizione originaria di peccatore.

Non può allora essere un caso, o un espediente letterario, il ritorno di Freud ad Edipo, alla tragedia. Un ritorno che ha la funzione di parlare del soggetto come colpevole, anche se a sua

insaputa. Il complesso d'Edipo non è una storiella di voglie inmente segnata dalla realtà della morte (le colonne spezzate). Ciò che più ci interessa è tuttavia la questione dell'origine e della presenza del soggetto sulla scena del mondo, colta nei suoi due livelli:

cestuose del bambino (anche perché ad essere incestuosi sono casomai gli adulti) o di invidie e gelosie. È il dramma di qualcuno che deve affrontare una profonda trasformazione di sé, del senso dei suoi legami e della propria posizione nel momento in cui, superata la

> prima fase di totale dipendenza da chi se ne prende cura, fa il suo ingresso nel mondo delle regole, dei nomi e delle tradizioni: quanto era prima di lui e a prescindere da lui. E prende posto anche nel mondo dei desideri di chi lo ha generato.

> Perché il soggetto è sempre colpevole rispetto a tutto ciò? Perché, inevitabilmente, entra in questa realtà istituita con tutto il peso della sua particolarità, della sua graffiante singolarità non ancora limata dalle convenzioni sociali. In questo

senso il bambino è probabilmente sempre colpevole agli occhi degli adulti; talvolta il suo stesso venire al mondo nudo, cioè non ancora vestito di panni sociali, privo in sé dei segni che devono inequivocabilmente staccare l'uomo da ogni rischiosa parentela col mondo animale, suscita un certo sgomento. Evoca qualcosa di indi-

\* Secondo l'interpretazione di Salvatore Settis (La "Tempesta" interpretata, Einaudi, Torino, 1978), la scena rappresenterebbe proprio la cacciata dall'Eden (la città sullo sfondo) e l'inizio della storia nella colpa e nel male (il bambino sarebbe Caino); una storia logicagenitori) e quello sincronico del suo apparire come differenza pura (il lampo nel cielo, che, per Settis, sta a significare la voce di Dio che interviene a creare il punto di discontinuità tra sé e l'uomo in quanto ormai mortale, segnato dalla dimensione della mancanza).

quello diacronico della sua vicen-

da storicizzata (il bambino tra i

gesto, di impuro, e forse risiede qui il motivo inconscio per cui nella modernità i bambini vengono fatti nascere negli ospedali: per istituzionalizzare, da subito, la loro pericolosa diversità.

Ma il singolo, il colpevole dunque, forzerà fin che può le maglie già codificate della realtà per apparire, per rappresentarsi al loro interno nel suo essere, ad esempio giungendo ad urlare i suoi desideri o a cercare di curvare la realtà per farli filtrare in essa. Tracce più o meno eroiche di questa insopprimibile tendenza a dire l'indicibile le ritroviamo dappertutto, nei modi della stupidità e in quelli del dolore o della creatività: dai graffi sulle tele dei musei ai tatuaggi sui corpi; dagli atti estremi di tanti adolescenti (fatti per rompere la a volte imperturbabile durezza del muro degli adulti) alle vere opere d'arte, dove proprio il linguaggio – cioè lo strumento della codificazione – si trasfigura, si trascende e diventa della stessa stoffa segreta della soggettività colta allora nella sua cifra assoluta.

Questa dialettica – quasi una lotta – tra particolare e universale, questa curvatura che il primo tenta di indurre sul secondo, Freud la scopre nel sintomo. C'è un tratto paradossale nell'idea psicoanalitica del sintomo, qualcosa che lo rende diverso dal sintomo della medicina: esso non è più solo un segno di sofferenza interna. Per Freud il sintomo è un messaggio per l'altro, è una condensazione di desideri (spesso quello del singolo e quello, antagonista, dell'altro, solitamente il padre o la madre) e, soprattutto, è una sorta di roccia soggettiva inespugnabile perché sta lì a segnalare il punto di unicità, di differenza assoluta che quel dato individuo coltiva in sé. E quest'ultimo aspetto del sintomo, per Freud, è fino a un certo punto anche il suo punto di inguaribilità. Qui, egli ci dice, il soggetto è tutt'uno col suo male, fino a trarne un godimento segreto e indicibile.

Si può capire dunque perché esista una sofferenza a cui l'uomo – se non riesce a tradurre in una forma alternativa le istanze soggettive che le sono correlate – non può rinunciare, pena il suo appiattirsi ad essere tale e quale a come il mondo gli chiede d'essere (e non è detto che noi oggi non siamo molto più vicini a quest'esito rispetto alle generazioni che ci hanno preceduto, prossimi quindi ad un'identità di massa favorita proprio dalla promessa di felicità che consegue alla moderna circolazione dei beni). La psicoanalisi, che non è certo l'apoteosi del sintomo, ne tenta tuttavia una valorizzazione, in quanto il sintomo è il modo col quale una persona in difficoltà col suo destino (e come si può, prima o poi, non esserlo?) affronta la questione del rapporto tra la propria soggettività e le esigenze di tutt'altro ordine della vita sociale. O tra i propri desideri e i desideri degli altri, in particolare il desiderio di qualcun altro (un genitore, la moglie o il marito, talora un figlio) con cui stenta a fare i conti o a pacificarsi.

A differenza delle psicoterapie, che mirano a strategie di evitamento o abbattimento del sintomo, la psicoanalisi mira alla sua trasformazione: una sorta di evoluzione, di possibilità di estrarre da esso una verità cruciale per la persona in questione. Una verità tuttavia non tanto di tipo investigativo ("ecco cosa desideravi!"), ma operativa. Non la verità rivelata una volta per tutte, ma quella che ha da realizzarsi in un percorso. Per il soggetto si tratta di instaurare un rapporto con la verità che sblocchi dalla paralisi le questioni racchiuse nel sintomo, e gli riapra la via dell'azione.

Ci potremmo chiedere se tutta questa profonda implicazione soggettiva (che Freud aveva messo in luce nella struttura delle nevrosi e, anche se in modo assai diverso, delle psicosi) valga anche per i sintomi che vanno "di moda" oggi. A questo proposito, forse non è casuale se molti pazienti oggi vengono a trovarci dicendo che sono anoressici o bulimici, che hanno un DAP (disturbo da attacco di panico), se arrivano "sotto scorta" perché tossicodipendenti (senza che a loro la cosa appaia particolarmente problematica), o se soffrono del male di quasi tutti e cioè la depressione. Si tratta di sintomi nel senso visto finora?

Certo oggettivamente, psichiatricamente, sono sintomi, ma soggettivamente no. Sono innanzitutto punti di identificazione sociale (e non a caso è indicata una terapia preliminare di gruppo). Se, come visto, è vero che il soggetto si presenta sulla scena del mondo con un tratto d'incongruenza - come Edipo, un po' zoppicante –, si può allora affermare che in fondo il sintomo è ciò con cui un soggetto spesso si rappresenta. Ma qui, nei "nuovi sintomi", il soggetto tenta di individuarsi in una patologia per così dire di massa. Il sintomo non rappresenta, non parla per quel soggetto, ma questi ha preso in prestito una parola collettiva, sociale, certo per dire qualcosa, ma contemporaneamente per confondere la sua stessa parola, per evitare di riconoscere un proprio desiderio, per non trovarsi solo di fronte ad esso. Meglio dirsi in gruppo.

Se nel caso dei sintomi di oggi si tratterà innanzitutto di risoggettivare la sofferenza, di trasformare in una domanda del singolo quanto si presentifica inizialmente solo nei termini di un disagio sociale, d'altro canto bisogna riconoscere che il lavoro di elaborazione del sintomo, cioè la cura, rappresenta sempre un compito di civiltà. Infatti, lavorando sul senso del rapporto tra particolare e universale (potremmo esprimere questo rapporto anche così: tra individuo e comunità, bambino e adulto; tra parola e linguaggio, desiderio e destino; femminile e maschile), non andiamo a produrre cambiamenti solo su uno dei due termini della coppia, ma sul significato del rapporto nel suo complesso, fino a creare nuovi equilibri nella dialettica che, nell'esperienza umana, intreccia questi due registri.

Prendiamo ad esempio la crisi adolescenziale: l'adolescente è proprio un sintomo nel sociale, una ferita aperta nel suo ordine. La corretta risoluzione della crisi – risoluzione che, come per tutte le situazioni in cui particolare e universale vengono in contatto, non si dà una volta per tutte, ma è un percorso continuo – non si limita ad una maturazione del giovane in modo tale che egli sia capace di abitare a pieno titolo nella società: non consiste solo in un traghettamento dall'infanzia all'età adulta. La crisi dà i suoi frutti positivi quando coinvolge nella trasformazione anche il sociale preesistente, nella fattispecie gli adulti. Se è insomma vero che al ragazzo viene alla fin fine chiesto di saper sostenere un sacrificio non indifferente di parti di sé, la realtà adulta deve essere capace, a sua volta, di la-

sciarsi contaminare dal passaggio di guesta crisi che è l'adolescenza, deve quindi ritrovarsi un po' diversa da prima. Ambedue le parti, cioè, dovrebbero aver imparato qualcosa, e questo lo si può fare solo trasformandosi, ritrovandosi diversi da sé. La vera educazione dovrebbe mirare alla creazione di condizioni capaci di favorire questo passaggio.

La psicoanalisi si occupa, a livello del desiderio di quel soggetto che ne intraprende il percorso, di questa relazione instabile tra il singolo e le strutture - familiari, sociali, intrapsichiche – all'interno delle quali ha luogo la sua esistenza. Ora, da quale posizione (questa volta non sintomatica) il soggetto dovrà imparare a guardare in modo nuovo la sua esperienza, la sua vicenda personale e quella di chi gli è accanto? Certo, nel corso della cura appaiono chiaramente quelle che sono le responsabilità degli altri, di un padre, di una madre. Ed è importante riconoscerle bene proprio per non incistarsi in un vissuto di condanna inconscia e senza fine dell'altro, e per costruire il terreno per una autentica riconciliazione. Gli errori, infatti, sono anche essi segno della particolarità dei soggetti, cioè della loro umanità, e quindi, imparando a umanizzare gli altri, impariamo a farlo anche con noi stessi.

Ma è altrettanto certo che è solo l'assunzione della propria colpa (cioè della propria contraddizione interna) che può rendere liberi, che può cioè riaprirci all'azione, impedendoci di continuare nevroticamente ad attribuire tutte le responsabilità a qualcun altro (il sintomo, a questo riguardo, resta sempre un'azione impedita, abortita). La psicoanalisi è una disciplina molto più pratica,

politica, di quanto possa sembrare. Essa porta non solo a ridefinire e rilanciare rapporti reali con chi ci è più vicino, ma anche a pensare e quindi cercare di organizzare in maniera più attiva e responsabile la propria presenza nel mondo. Altrimenti basterebbe la filosofia.

In conclusione, certamente la salute esiste, ma essa non è una condizione naturale dell'uomo eventualmente minata dal sintomo, quasi questo fosse un virus. Il sintomo, piuttosto, è spesso il primo appiglio da cui muovere per riaffrontare i nodi cruciali dell'esistenza. Spesso è lì a ricordarci la nostra complessità, salvandoci da una certo stato di felice inebetimento. Le persone che si rivolgono alla psicoanalisi non sono forse, da un certo punto di vista, quelle malate; anzi, prendersi il proprio sintomo e decidere di vederci un po' più chiaro è un primo indice di salute.

La salute è allora la capacità di non ritrarsi dal compito di conciliare la propria particolarità e le necessità della vita sociale; è l'arte di fare della colpa di esistere qualcosa di diverso da un perenne senso di colpa, che è solo il misconoscimento del vero valore della colpa come segno di una propria irrappresentabile unicità.

La piena consapevolezza della propria presenza, che discende da questa soggettivazione della colpa, può divenire il motore per un prendersi cura del mondo (il proprio, che inevitabilmente è però anche quello di altri), fino a pensare di "reinventarlo" quando si renda necessario, quando esso, come spesso succede, tende a disumanizzarsi, a segregare e annullare le esistenze.

# Hai sofferto durante la malattia?

# A no l'è mai un mâl ch'al nol sedi ência un bên!

#### Franco Luchini

«Hai sofferto molto durante la malattia?». È Gigi che me lo chiede. Gigi è un amico d'infanzia che rivedo dopo trent'anni. Rientrato dal Canada, appena ha saputo che due anni fa sono stato colpito da un ictus, è venuto a trovarmi.

Vedi Gigi potrei dirti che ho sofferto un pochino verso la fine, quando è cominciata la guarigione, ma prima, proprio no, non ho sofferto per niente. Capirai, durante i ventitré giorni di coma, non sapevo nemmeno di essere a questo mondo, e dopo, per circa quattro mesi, essendo rimasto idrocefalo, non memorizzavo niente. Per me esistevano solo il passato remoto e il presente, ma proprio l'attimo fuggente, perché tutto ciò che facevo o dicevo, un attimo dopo lo dimenticavo. Una condizione di vita veramente singolare: è come non esserci. Se tu fossi venuto a trovarmi, io ti avrei riconosciuto e ti avrei fatto un sacco di domande perfettamente razionali sul nostro passato. Tu te ne saresti andato convinto che io stessi bene. Invece non era così, perché, se dopo cinque minuti arrivava mia moglie e mi chiedeva: «È venuto qualcuno a trovarti?», io le rispondevo di no, avendo immediatamente dimenticato ogni istante del nostro colloquio. Insomma il registratore non funzionava.

«Incredibile» mi dice Gigi «e dopo?». Quando uscii dal coma, parlavo in inglese, delle parole, delle frasi, anche di senso compiuto (What's the time? What's for lunch? What's for supper?). Mia moglie chiese a

mio fratello se a scuola avessi studiato inglese. Rispose di no «solo francese». I due si guardarono perplessi. Né l'uno né l'altro sapevano, infatti, che durante il soggiorno universitario a Padova mi ero messo in società con alcuni compagni di studi, avevamo comperato un antidiluviano registratore a nastro per imparare l'inglese. Durante i quindici giorni del mio turno ci avevo dato dentro immagazzinando varie frasi, che poi non avevo mai usato. Dopo 35 anni, eccole saltate fuori! Poi ho iniziato, lentamente, a memorizzare qualche cosa e a chiedermi qualche perché. Una mattina, in bagno, mi stavo facendo la barba, tutto ad un tratto mi accorgo che l'immagine riflessa nello specchio non è la mia solita. Mi era sembrato di vedere una di quelle facce da matto su cui si soffermano i primi piani nei servizi televisivi sulla dismissione dei manicomi: durante il coma evidentemente mi avevano rapato più volte i capelli e i capelli erano cresciuti in maniera diversa dal solito. Mollo il rasoio e vado in cucina da mia moglie: «Ma perché ho questa faccia da matto?».

Vedi Gigi come si sta poco a fare diventare matto uno?

Un'altra mattina stavo facendo colazione in cucina, quando all'improvviso alla porta compare Serena, un anno e mezzo, capelli biondi, lunghi e ricci. Mi guarda con prudente curiosità. La guardo un po', poi mi alzo e vado in camera da mia moglie: «Ma di chi è quella piccolina bionda, piena di ricci?» le chie-

do. Serena aveva un anno quando ero stato colpito dall'emorragia cerebrale e la conoscevo poco: quando uscivo al mattino lei dormiva, e già dormiva quando rientravo alla sera. Durante i quattro mesi della mia malattia, Serena era cresciuta moltissimo, i capelli le erano diventati lunghi e ricci, e io non la ritrovavo più nella mia memoria. Ecco, qualche sofferenza l'ho avuta quando ho cominciato a rendermi conto della vicenda e, sia pure evasivamente a chiedermi perché. Ma è stata una sofferenza relativa; la presenza di mia moglie mi tranquillizzava. L'unica persona della famiglia che ha sofferto sul serio è stata lei. Durante la prima settimana di coma, perdeva un chilo al giorno. Ecco, come perdere peso senza rinunciare a mangiare: un ictus al marito! Comunque è proprio vero quello che diceva mio nonno:

«A no l'è mai un mâl ch'al nol sedi ência un bên!».

Prima lavoravo 50-60 ore alla settimana, non facevo pressoché mai ferie, le bambine mi crescevano sotto gli occhi senza che me ne accorgessi, non stavo attento a quel che leggevo, andavo avanti per pagine e pagine pensando a qualche problema d'ufficio, così alla fine chiudevo il libro e... buonanotte. Adesso, mi godo la famiglia, gioco con Chiara, Anna e Serena (quante corse in bicicletta), ho il tempo di sistemare i miei libri (finalmente) e soprattutto di leggere. Riesco a leggere stando attento a quel che leggo, come una volta: miracoli della vita!

# Il sintomo bambino

#### Stefano Fregonese

Da alcuni anni, presso il Centro Benedetta D'Intino di Milano, Centro di Psicoterapia Psicoanalitica per bambini adolescenti e famiglie, lavora un gruppo di psicoterapeuti dell'infanzia dedito ad un particolare tipo di intervento psicoanalitico chiamato Servizio 0-5 anni\*.

Nel corso di cinque colloqui cui sono invitati a partecipare tutti i membri della famiglia, il terapeuta inizia un percorso, a volte affascinante, a volte imprevedibile, sempre però di grande impatto emotivo su tutti i partecipanti, che partendo dal sintomo del bambino riconduce ad una struttura inconscia condivisa tra i membri della famiglia. I genitori portano il sintomo del bambino. Ben presto ciò che è stato presentato come manifestazione della patologia del bambino diviene il sintomo di un aspetto salutare della famiglia ovvero la capacità di andare alla ricerca di un aiuto e di mobilitare quelle risorse e competenze che per qualche motivo non sono utilizzabili.

Il sintomo del bambino diviene il motore del movimento verso la salute di tutta la famiglia. Vorrei portare un breve esempio clinico.

I signori O vengono al CBDI con la bambina di 11 mesi. Orietta. una bimba dal faccione rotondo, le guance paffute e due occhi grandi. La madre è una signora di circa 40 anni, il padre, 54 anni, sembra più anziano. I genitori portano il sintomo dell'insonnia della bambina. E un sintomo di disagio grave che coinvolge tutta la famiglia. I genitori parlano delle notti insonni con toni esasperati, il loro racconto satura ogni spazio di pensiero, lasciando nel terapeuta un senso di irritazione e di impotenza. La bambina appare, secondo il loro racconto, l'unico membro inadeguato della famiglia: una bambina che si sporca troppo e che si muove in modo disarmonico.

Comunico loro questa mia impressione. La risposta non si fa attendere. La madre rivela di avere una malattia che le ha impedito di allattare, mostrando di essere in grado ora di avvicinarsi alla propria sofferenza. A questo movimento di attenzio-

ne dal sintomo della bambina alla sofferenza della madre corrisponde nel *hic et nunc* della seduta un movimento di esplorazione della bambina che però viene subito fermato: il padre interrompe il tentativo della bambina di reggersi sulle proprie gambe e la madre le chiude la bocca con il ciuccio. Cercando di riallacciare il filo del discorso interrotto la madre riprende a parlare dell'insonnia della figlia. Io interpreto la fantasia secondo cui il sintomo della bambina impedisce la vita affettiva e mentale e la crescita. mentre nella realtà abbiamo visto come la bambina manifesti il desiderio di crescere.

A questo punto la madre riconosce come propria la modalità difensiva dell'insonnia e rivela di essere stata insonne per gran parte della gravidanza, assumendo farmaci per dormire. Al sintomo dell'insonnia della madre si legano le angosce di morte riguardanti sia la paura di morire sia il lutto non elaborato per la morte del proprio padre avvenuto nei primi mesi di gravidanza. Ma accostarsi a questi

\* Il modello di intervento con famiglie di bambini sotto i cinque anni di età nasce a Londra alla fine degli anni '80 come evoluzione di un gruppo di lavoro sulla consultazione diagnostica di neonati o bambini molto piccoli. I terapeuti del Dipartimento Bambini e Famiglia della Tavistock Clinic che facevano parte di quel gruppo si posero il problema di rispondere in tempi brevi e in modo diversificato alla domanda che si ac-

compagnava alle segnalazioni di questa tipologia di famiglie la cui attenzione era focalizzata su alcuni aspetti della salute del loro neonato o del loro bambino. Essi intravidero il carattere terapeutico che assumeva il processo valutativo consapevoli della maggiore mobilità psichica dei bambini molto piccoli e dei loro genitori rispetto alle difficoltà che, altrimenti, nel caso di un bambino più grande sono «più consolidate, più

internalizzate nell'individuo e più incorporate nel sistema familiare» (Miller, 1996). Alla base teorica della metodologia dell'intervento verso bambini molto piccoli, le loro madri e la famiglia troviamo l'ipotesi, che la ricerca e lo studio dei casi sembrano confermare, che un intervento precoce favorisca il ristabilirsi delle condizioni sufficienti affinché le competenze del bambino e dei genitori si possano sviluppare.

pensieri dolorosi è per il momento troppo difficile. La signora O, alla fine della seduta, riporta l'attenzione sul sintomo della bambina negando una fantasia primitiva che alla presenza di un nuovo nato debba corrispondere la morte di un'altra persona (il nonno, la madre debole e malata). L'angoscia che si accompagna a questa fantasia è stata, nel caso preso ad esempio, a lungo negata, permettendo la cristallizzazione di un sintomo grave nella bambina e di un disagio famigliare al limite della rottura.

I genitori portano in consultazione un bambino difettoso e danneggiato. Ma è l'idea stessa di avere un bambino danneggiato che costituisce il danno più grave per il bambino. Questa idea veicola l'incapacità di accettare alcuni aspetti del bambino da parte dei genitori. Il bambino diventa il ricettacolo di una fantasia di cattivo funzionamento, di una sofferenza e di una patologia che non gli appartiene ma che si ritrova a condividere con i genitori da cui tale fantasia proviene. Altre volte i genitori sono portatori di una fantasia a loro volta ereditata dalla generazione precedente. Si tratta di pattern di funzionamento mentale che si riverberano in una dimensione transgenerazionale. Un giorno una madre mi rivelò di sentire un pressante bisogno di mettere ordine in casa propria; immaginò di passare il fine settimana a risistemare il guardaroba. Ben presto lamentò che per far ciò avrebbe dovuto rimuovere il grande specchio che, tra l'altro, costituiva una delle cause dei sintomi fobici del figlio che non osava passarvi davanti. Lo specchio apparteneva alla madre della signora che abitava in un'ala autonoma dello stesso appartamento. Un fantasma

transgenerazionale aleggiava in questa famiglia in cui, per certo, il bambino era in quel momento l'anello debole ma anche l'elemento più incline alla salute. Credo che ci troviamo di fronte alla possibilità di una trasformazione. Dal bambino ricettacolo al bambino medico della patologia famigliare, sintomo della salute. Con la sua plasticità mentale e la sua mobilità psichica il bambino mette a disposizione dei genitori un pattern di funzionamento che spesso si perde tra le pieghe delle tensioni relazionali: la capacità innata di andare alla ricerca di un oggetto che contiene, di una mente che pensa con qualità affettive.

Un'altra breve vignetta clinica: Marco, 18 mesi, non dorme la notte. I genitori che ho dinanzi a me sono persone molto gradevoli, sensibili con una considerevole capacità introspettiva e con una disposizione nei confronti del figlio affettuosa ed equilibrata al tempo stesso. Marco è un bambino di indole curiosa, la cui vivacità è pari all'intelligenza e alla serenità con cui affronta la situazione nuova e un po' insolita della consultazione. In verità alla prima seduta Marco è arrivato in braccio alla madre: dormiva, lui che non dorme mai! Nonostante questa gradevole impressione mi ritrovo nella sgradevole posizione di non sapere proprio come aiutare questi genitori che non mi danno nessun tipo di aggancio mentre parlano di una vita famigliare in cui prevalgono l'affetto e il rispetto reciproco. Però Marco non dorme, o meglio non dormiva perché, caso strano, dopo il primo incontro ha dormito per tre notti di fila. C'è un vago senso di insoddisfazione e di rimprovero, mi sento sotto esame, percepisco una certa ostilità nel modo in cui i

genitori mi raccontano che Marco ha dormito dopo il nostro primo incontro. Ouando metto a fuoco questo sentimento ostile, Marco mi si avvicina e inopinatamente mi dà un pugno sul braccio. «Qui c'è qualcuno che è molto arrabbiato!» commento. I genitori non danno segno di aver visto nulla, né di aver sentito il mio commento. Inizio ad esplorare il problema della aggressività, prima mentalmente poi con brevi accenni intercalando il racconto che la madre fa delle sue notti di veglia con dei commenti su quanto ci si sente esasperati a volte da questi bambini che non dormono e dal fatto di sentirsi soli a sopportare questa sofferenza poiché bisogna rispettare il sonno del marito che l'indomani va a lavorare. La mamma di Marco nega di provare rabbia ma racconta che una notte ha lasciato piangere il bambino ed è tornata a fatica in camera propria perché sentiva che stava per avere un mancamento. Horacio Etchegoven, nei suoi Fondamenti della Tecnica Psicoanalitica, ci ricorda una scoperta della psicoanalisi: il processo di cura non avviene esclusivamente nel paziente ma nella relazione. Ma poco oltre ci avverte che la relazione tra paziente e analista non è simmetrica. L'analista è protetto dal setting e per quanto la propria psicopatologia possa avere un peso nello svolgersi della relazione analitica egli possiede anche delle competenze e delle abilità che gli permettono di farne uno strumento di lavoro piuttosto che un ostacolo. Il destino della relazione analitica è deciso dalla psicopatologia del paziente e dalle qualità dell'analista – afferma Etchegoven. Transfert e controtransfert sono gli strumenti che consentono di indagare lo svolgersi del funzionamento dell'inconscio attuale (B. Joseph). C'è un inconscio attuale che viene condiviso durante la seduta dai partecipanti: è proprio tale condivisione – attraverso un gioco di identificazione proiettiva che passa attraverso i tre poli genitore-bambino-terapeuta – che apre un varco alla riflessione ed eventualmente alla interpretazione.

Insieme ai miei colleghi del Servizio o-5 ci siamo accorti che la nostra attenzione di clinici veniva sempre più spesso catturata dai momenti in cui si verificava una concomitanza significativa tra l'esperienza controtransferale del terapeuta, il contenuto o la funzione del gioco/attività del bambino e i contenuti latenti delle comunicazioni dei genito-

ri. Abbiamo ipotizzato di trovarci di fronte a un peculiare stato mentale condiviso (abbiamo dato un nome a tale ipotesi di concetto operativo: *fantasia inconscia congiunta* di cui ci è sembrato di intravedere il carattere ad un tempo patogenetico e comunicativo, un vero e proprio sintomo della salute possibile delle relazioni famigliari.

# La nâf spaziâl

Federico Tavan

Chîsta 'e n'éis 'na conta pai nins, éis 'na storia vera, da matz. Al disivuot d'avost da l'otantedoi, apena iessût da l'ospedal me soi serât in cjamera, ài metût doi armaróns e un comodin denant la puarta. Po' me soi metût sul liet, coma un astronauta. De four de la puarta i me clamava duç: «Iés! Iés!». «No, no! 'E soi ch'e sgôrle in ta la nâf spaziâl, no stei desturbâme. vô 'e séi de un antre mont». E i passava li ores...

La nave spaziale. Questa / non è una fiaba / per bambini, / è una storia vera, / da matti. / Il diciotto di agosto / dell'ottantadue, / appena uscito dall'ospedale / mi sono chiuso in camera, / ho messo due armadi / e un comodino / davanti alla porta. / Poi mi sono disteso sul letto, / come un astronauta. / Di là della porta / tutti mi chiamavano: / «Esci! Esci!» / «No, no! Sono in viaggio / con la nave spaziale / non disturbatemi, / voi siete di un altro mondo». / E le ore passavano... / nel frattempo io incrociavo / stelle e galassie / e strani uccelli. / Lo specchio faceva da oblò / e il soffitto firmamento.

Intant jo incrosave steles e galassies e ucei strambus. Al speciu al faseva da oblò e al sofit da firmament. E de four, mitant preocupatz: «Iés! Iés! Ah, Diu, al è mat!». Jo 'e continuave a sgorlâ, incjamò doi mil ans-lûs e sarés rivât sul sorele. Li ombrenes sui murs e i rumours de li machines i faseva al sussûre dal motour de la nâf spaziâl. E 'i son passâtz doi dis... «Iés! Iés! No màngestu? Ah, Diu, al è mat! Paràn jù la puarta!». Ma la puarta a resisteva.

E da fuori / con crescente preoccupazione: / «Esci! Esci! / Ab, Dio, è matto!». / Io continuavo nel viaggio, / ancora duemila anni-luce / e sarei arrivato sul sole. / Le ombre sul muro / e i rumori delle automobili / erano il sussurro del motore / della nave spaziale. / Due giorni sono passati... / «Esci! Esci! / Non bai mangiato? / Ab, Dio, è matto! / Buttiamo giù la porta!» / Ma la porta resisteva. / E io in alto, / più in alto! / E là fuori tutto un rumore: / «Esci! Esci! / Che ci fai lì? / Su ora, su da bravo! / Ab, Dio, è matto!» / «Lasciatemi stare! / Sono sulla nave spaziale. / Fugge, / e il mondo è

E jo in alt, pì in alt! E de four dut un rumour: «Iés! Iés! Ce fàistu uvì? Dai mo, su, nin! Ah, Diu, al è mat!». «Lassâme stâ! 'E soi su la nâf spaziâl. 'E scjampe, e al mont lu jôt lontan e i omi pici pici...» E 'i son passâtz tre dîs... 'I àn sfuarcjât la puarta, 'i àn parât jù i armaróns e al comodin. Jo ju spetâve, platât sot al liet.

«Ah, Diu!
'I son rivâtz
i umans!».

giù lontano / e gli uomini piccoli, piccoli...» / Son tre giorni passati... / Hanno forzato la porta, / hanno rovesciato gli armadi / e il comodino. / Li aspettavo, nascosto / sotto il letto. / «Ah, Dio! / Sono arrivati / gli umani!».

Federico Tavan è nato ad Andreis nel 1949. La poesia *La nâf spaziâl* è tratta da *Cràceles cròceles*, I quaderni del Menocchio, Montereale Valcellina, 1997. Ringraziamo Federico Tavan e il Circolo culturale Menocchio per l'autorizzazione alla pubblicazione.

# Corrispondenza dalle Ande

#### PAOLA FACCHIN

CORDILLERA CENTRAL DE LOS AN-DES. COLOMBIA. MAGGIO 1998. Le farfalle danzano sulla mulattiera, intrecciano le loro ombre nell'acqua scura delle pozzanghere. Dai rami scendono le barbe azzurre dei licheni e l'erba fresca invita i cavalli a sostare. Il sentiero fangoso s'inerpica; in cima alla montagna, tra foglie di platano e di caffè si scorge un tetto di paglia. Attraversiamo un ruscello, tra le pietre spuntano i fiori di vetro e le larghe foglie che i bambini usano per ripararsi dalla pioggia. Sull'aia le galline e i tacchini beccano alcuni chicchi di mais rimasti durante la pilatura. Un faccino sporco ci spia dal pertugio di una porta di canne, la sospingiamo e la bimba corre a nascondersi dietro il fumo del fogon, il fuoco che al centro della stanza si alza tra le tulpas, le tre pietre. Una donna vestita di scuro tossisce rannicchiata su una stuoia di *sisal*, i lunghi capelli neri le coprono i profondi solchi del viso ma lo sguardo, quello sguardo attraversa il tempo. Potrebbe essere la grande nonna del mito Nasa. E la compagna di Don Miguel, il medico tradizionale. Ouante notti trascorse insieme alle intemperie, camminando sulle montagne alla ricerca delle erbe officinali, in riva alle sorgenti, ai ruscelli, alla laguna, assistendo per ore ai riti di refrescamiento. Ora Don Miguel è impegnato in un intervento ma verrà, verrà màs tarde, tra un'ora forse o domani o tra tre giorni. Don Miguel ha l'orolo-

Se le scienze dell'uomo fossero così fondate su metodi di rigore matematico e, al tempo stesso, tenute in rapporto con la fede; se nelle scienze della natura e nella matematica l'interpretazione simbolica riprendesse il posto che aveva una volta, apparirebbe luminosa l'unità dell'ordine stabilito nel nostro universo. (Da *La prima radice*, di Simone Weil).

gio al polso ma non lo usa, il tempo è scandito dai segni che legge tra le foglie, nel trillare di un uccello, nel soffiare delle fronde della palma di cera. Lui sarà qui quando ne avrete bisogno. Lui c'è sempre nel momento del bisogno: è solo questione di attendere, lasciate fare alla natura, è lei che determina il momento e il luogo opportuni. Bisogna lasciar parlare *las señas*, i segni. Un brivido scorre lungo il polpaccio sinistro, un leggero fischio all'orecchio destro, le sopracciglia s'inarcano inavvertitamente, l'occhio pulsa, ad ogni piccola parte del corpo corrisponde un segnale il cui significato va analizzato, studiato lungamente. Si mambea (mastica) la foglia di coca mista a calce o le

Late, late yestreen I saw the new Moon, / With the old Moon in her arms; / And I fear, I fear, my Master dear! / We shall have a deadly storm.

Ballad of Sir Patrick Spence

Tardi tardi ieri sera vidi la Luna nuova / Con la Luna vecchia tra le braccia, / e ho paura ho paura, Padrone caro, / che avremo una mortale bufera. erbe raccolte dopo averle viste in sogno o nelle continue visioni, durante viaggi estenuanti, a digiuno. Si sorseggia un po' di aguardiente e la si sputa prima a destra e poi a sinistra verso l'infinito. Il medico estrae le erbe polverizzate dalla *jigra*, la sacca tessuta di filo di fique su cui le donne ricamano i simboli della mitologia Nasa: il triangolo e il rombo. Il triangolo raffigura concretamente gli spazi dell'atmosfera (gli astri), la terra-uomo e la composizione fisica della natura (ciò che è interno ad essa), nel rombo si aggiunge lo spazio spirituale. Il cosmo è un'unità bipolare

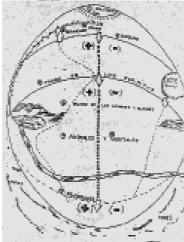
(sopra/sotto, sinistra/destra, freddo/caldo, positivo/negativo...). L'universo umano, dei sensi, è un riflesso del mondo degli spiriti.

Con un gesto il the wala (sciamano) invita ad imitarlo, sputa sul palmo della mano la mistura di *aguardiente* ed erbe masticate e la strofina lungo tutto il corpo, dai piedi fino alla testa, iniziando dal fianco destro per finire sul fianco sinistro, gettandola via. Cosi il corpo riproduce la visione cosmica del popolo Nasa: un gesto che si ripete con la massima concentrazione e serietà nei secoli. Allo stesso modo egli esegue il rito del *volteo* con la *chonta* (il bastone) e la *jigra*, ascolta le pulsazioni della circolazione sanguigna nel polso e nelle diverse articolazioni, aspira le impurità dal centro della testa per riequilibrare le energie positive e quelle negative. Dagli spiriti di sotto ci s'innalza agli spiriti di

sopra attraversando i vari regni le loro acque che brillano terse naturali. Nello stadio di mezzo c'è l'uomo che deve cercare di non perdere l'armonia con le altre entità viventi visibili e non. Il corpo, che è tutt'uno con lo spirito, si ammala quando il cordone ombelicale che lo lega alla madre terra si sporca. Compito dello sciamano è quello di ripulirlo per ricongiungere il paziente alla grande rete delle relazioni. Lo sciamano è come un ragno che pazientemente entra ed esce dalle diverse dimensioni del reale. riallacciando i fili spezzati. Il bastone di *chonta*, un legno di palma durissimo, è conficcato nella terra; lungo le sue venature scure e l'anello di metallo color argento scorre la forza atomizzata in filamenti di luce. visibili soltanto agli occhi dei prescelti. Il bastone è lo strumento di potere, lo scettro dello sciamano, tuttavia non è soltanto un simbolo: per essere efficace deve aver ricevuto tutta l'energia del fulmine. Il the wa*la* riconosce la voce del tuono, sostiene la potenza del fulmine, legge i messaggi dell'arcobaleno che non vai mai guardato direttamente e dalla cui iridescenza le donne incinte devono proteggersi.

Il popolo Nasa ha origine nell'amore delle stelle per l'acqua. «Acqua viveva tranquilla in cima alle montagne sotto forma di laguna. Incominciò a scorrere in fiumi torrenti e ruscelli perchè fuggiva dalla passione del signore Stella. Ma il suo corpo rimase nella laguna. Il signore Stella staccò un raggio di luce e penetrò la signora Acqua. Fu così che nacque il primo Nasa. Dall'amore di altre stelle per l'acqua i Nasa si moltiplicarono».

Quando tutto è in armonia, le lagune sono calme, niente increspa la loro superficie o agita come specchi. Se qualcosa va male, qualcuno crea dei problemi, non si compiono le prescrizioni, si profana il paramo, luogo sacro di alta montagna, la laguna improvvisamente s'incattivisce, le sue acque s'increspano, scendono le nubi che avvolgono tutto, sopravviene il paramo, la pioggia e il vento che colpiscono senza pietà e il fulmine fa sentire il suo grido. Allora è necessario che intervenga lo sciamano con il rito del *refresco*, per riequilibrare l'energia con l'allegria delle erbe di alta montagna.

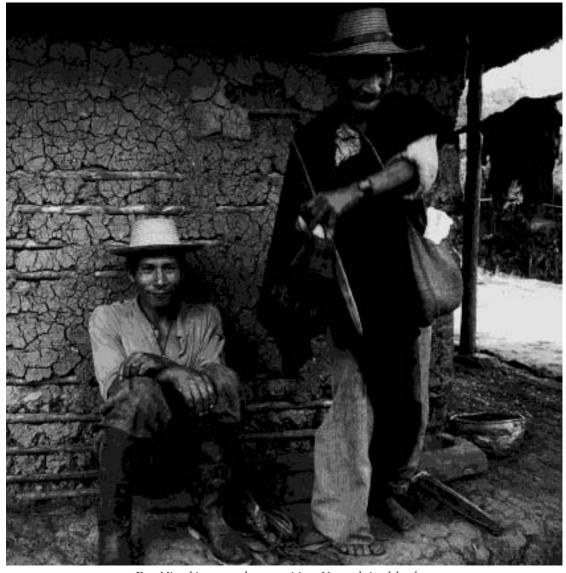


Rappresentazione della cosmovisione per il popolo Nasa.

Abbiamo trascorso la notte in casa di Don Miguel. Mi ha ceduto il suo letto, un paio di assi su cui ha steso una pelle di vacca e la mia coperta. Lui si è rannicchiato per terra lì accanto per cedermi il suo posto. Abbiamo bevuto *yagè* sotto la paterna direzione della sua anima gemella, uno sciamano del Putumavo, zona di foreste e grandi fiumi, tierra caliente dove crescono altre erbe. Da sempre gli sciamani di diverse etnie e zone geografiche si scambiano tecniche rituali, conoscenze ed erbe medicinali. La varietà climatica e culturale della Colombia è sorprendente e la commistione sincretista cresce spontanea tra curanderos (guaritori), yerbateros (erboristi), chamanes (sciamani dell'Amazzonia) e *medici tradi*zionali (sciamani): difficile orientarsi per un profano in questo bosco e distinguere i ciarlatani da coloro che sono stati forzati a intraprendere il difficile cammino del "medico tradizionale" (sciamano).

Lo *yagè* è una bevanda di colore scuro e sapore amarognolo a base di un giunco della foresta; nel nostro caso si prepara cuocendola per tre notti in un grande pentolone sotto le stelle tra una consulta e l'altra. Aiuta a raggiungere stati alterati di coscienza in cui davanti agli occhi scorrono allucinazioni e immagini sovrapposte del passato presente e futuro. Può provocare vomito e diarrea che per il medico sono sintomi del livello di purificazione. Le dosi e i tempi li decide lo sciamano che dopo aver visitato il paziente si pone in sintonia totale con la persona: scruta le sue emozioni, gli affetti, i problemi, localizzandoli nei vari organi. Ti prende il polso e sente il circolare dell'energia. Per ore nei refrescos notturni cerca di diagnosticare i mali dell'intera comunità. creando reti invisibili di protezione contro ogni aggressione esterna o interna. La sua dedizione è totale e proprio per questo rischia spesso anche la vita, perchè finisce per trascurare la propria salute e il tul, l'orto tradizionale, o perché si crea molti nemici mortali. La storia del contributo degli sciamani nella resistenza indigena è ancora tutta da scrivere.

Sono le cinque del mattino, s'intravedono dall'uscio semichiuso i primi chiarori, si spen-



Don Miguel interpreta la cosmovisione Nasa nel rito del volteo. Nella pagina a fianco: Don Miguel nel suo ambulatorio. Foto di Gianni Pignat.

gono le stelle una ad una, ma il fogon resta acceso al centro della capanna. I famigliari di Don Miguel e qualche paziente sono rimasti lì per ore a chiacchierare. Tra flashback, fasci di luce colorata, ronzii e vertigini mi sono giunti i loro racconti il loro ragionare essenziale cosi vicino all'anima delle cose. Si è conclusa la mia seduta di psicoanalisi, sbarro gli occhi sul tetto di paglia e di

canne mi aspettano con una tazza di tinto, un buon caffè colombiano.

Prendo la mia *jigra*, e scendo la montagna con i miei compagni, dietro quel pendio c'è la guerriglia, in fondo al sentiero il fortino della polizia. In paese dormono, abbaia qua e là un cane, i galli cantano, qualche ragazzo cammina verso la scuola. Nel pomeriggio all'ambulatorio del paese il medico è stato segnalato dalle forze fango, di là oltre la parete di ufficiale mi fa le analisi e mi della natura e non può sottrar-

diagnostica una grave infezione ai reni. Io lo guardo e gli dico: «Un suo collega stanotte in cima alla montagna mi ha detto la stessa cosa e non mi ha neanche punto, mi ha solo guardato». Lui mi risponde: «Lo so, ne abbiamo invitato uno a lavorare qui in struttura ma ci ha fatto intendere che un the wala ha bisogno del fiume e delle stelle». Un vero the wala si al suo destino. Il suo apprendistato è lungo e faticoso. Il giovane prescelto è affiancato da un esperto che lo inizia ai segreti delle erbe e dei segnali, impara non solo a riconoscere i luoghi ma anche a raccogliere le foglie delle piante, a *limpiar*, purificare, a voltear, girare, a refrescar, riequilibrare le energie. In alcuni casi la guida gli appare in sogno. Anche le donne possono venire indicate e pare che il loro potere sia perfino maggiore di quello degli uomini perchè il loro utero è in sintonia con la madre terra e il centro del loro ragionamento parte dalla pancia e non dalla testa. I medici tradizionali (sciamani) hanno il compito di prevenire e controllare i conflitti e le malattie che possono colpire la comunità. Portano l'inverno (le piogge) quando l'estate è troppo forte e il secco quando piove in eccesso. Orientano i lavori della semina e della costruzione della casa indicando i luoghi più favorevoli. Segnalano i colpevoli e gli innocenti in un processo, scacciano i parassiti dalle coltivazioni e dagli animali, proteggono dai pericoli gli individui che a loro si rivolgono, guariscono da malattie leggere e gravi.

Non conoscono orari sono disponibili a tutte le ore, del giorno e della notte e spesso, nella loro povertà materiale, ospitano i pazienti più bisognosi, condividendo tetto, letto e alimenti.

Il cambiamento culturale in atto nelle comunità ha motivato anche un ridimensionamento della figura del *the wala* e della sua autorità. Alcuni sciamani si lasciano abbagliare dalle prospettive di un facile guadagno e tendono a farsi retribuire in denaro, escludendo così parte della popolazione dalle loro cure riducendo un servizio quasi



mistico a favore di tutta la comunità in un mercanteggiare di prestazioni magiche, che si può prestare a qualsiasi fine. L'ingresso irrispettoso nelle comunità più lontane della medicina ufficiale ha inoltre contribuito a screditare gran parte di queste pratiche antiche ed efficaci. Tuttavia negli ultimi tempi si assiste tra medici e ricercatori a una rivalutazione della medicina indigena e popolare. Si tenta un difficile ma proficuo abbinamento delle due scienze che, se realizzato con uno studio approfondito e consapevole, può dare sbocchi imprevedibili per il benessere e l'armonia delle comunità. Ma la salvaguardia di queste pratiche che rischiano di scomparire definitivamente non è circoscritta etnicamente o geograficamente come dimostra lo sviluppo dell'etno-botanica o dell'etno-psichiatria nelle maggiori università europee. Ben lo sanno i centri di ricerca delle multinazionali che approfittano delle conoscenze indigene e rurali per l'industria chimico-farmaceutica. Ouesto tipo di ricerca frutta un giro di migliaia di miliardi senza neppure l'onere di versare e riconoscere alcun diritto di pro-

prietà intellettuale alle comunità; anzi, imponendo loro prodotti sofisticati e costosi.

Ho chiesto a Don Miguel cosa pensasse di questo mondo in cui viviamo, mi ha risposto con un sorriso e scuotendo il capo: «Non c'è rimedio, bisogna cercare l'essenza delle cose». Il the wala a noi occidentali insegna proprio questo: l'imperativo è ripulire il cordone ombelicale che ci tiene uniti all'ordine universale. Forse dovremo imparare di nuovo a vedere oltre il nostro universo unico, ascoltando umilmente ciò che hanno da raccontarci le società a universi multipli.

«Vivendo sulla terra i tre tuoni videro la necessità di creare un altro tuono che li aiutasse. Allora per ordine del ks'a'w wala, il Grande Spirito, mediante il sogno condivisero i loro doni e sapere con alcune persone altamente selezionate; quindi i Nasa passarono a far parte dei tuoni ed ora ci sono quattro tuoni. Come potere di autorità, al quarto tuono o the wala venne dato il bastone di legno. Ora chi veglia sui Nasa e il resto degli abitanti sulla terra sono i quattro tuoni agli ordini del ks'a'w wala».

# EPIFANIE DELLA SALUTE

La psicanalisi ha prodotto fin dai suoi inizi una teoria del funzionamento psichico valida per qualunque soggetto parlante, del tutto a prescindere da ogni determinazione patologica, mettendo in rilievo che il meccanismo di formazione di sintomi, inibizioni e deliri sono esattamente gli stessi che stanno alla base di tutte le altre formazioni dell'inconscio (come il sogno, il motto di spirito e gli atti mancati), le quali non hanno in sé nessuna natura patologica. Ciò ha indubbiamente e giustamente accorciato le distanze fra la psicopatologia e la psicologia generale (ammesso che questo termine sia adeguato ad indicare la teoria psicanalitica), ma ha avuto anche la curiosa conseguenza di rendere non formulabile il problema di che natura avrebbe la salute psichica (una volta, ad esempio, Freud è giunto a dire che la situazione di chi stesse benissimo altro non sarebbe che una sorta di arrangiamento fra varie patologie). Questo ha avuto senza dubbio degli effetti estremamente positivi, perché ha teso ad alleggerire molti pregiudizi ideologici e sociali sulla psicopatologia – anche se non è bastato ad eliminarli – ma è un procedimento che senza dubbio non è esente dal produrre dei problemi supplementari, soprattutto quando si tratta d'affrontare il problema della fine (e del fine) dell'analisi. Ad esempio, quando Lacan parla a questo proposito di un'«identificazione con il proprio sintomo», come vanno in-

# Può esserci una psicopatologia senza un concetto di salute?

ETTORE PERRELLA

tese queste parole? *Chi*, alla fine dell'analisi, s'identificherebbe con il proprio sintomo? Un soggetto che sarebbe già determinato ed individuato nella sua natura (ma che bisogno avrebbe allora di questa identificazione?) o un soggetto che, senza questa identificazione, in nulla si distinguerebbe dal soggetto astratto ed indeterminato del *cogito* cartesiano, al quale del resto non a caso Lacan si è più volte riferito? E in questo caso non ci troveremmo forse di fronte ad un vero paradosso, se una teoria come quella psicanalitica, che tenta proprio di formulare i principi d'una pratica, che a nulla tende se non a rendere il singolo soggetto il più possibile libero di decidere su tutto ciò che riguarda la propria azione ed il proprio destino, partisse poi da una concezione della soggettività secondo la quale ad altro non si potrebbe ricorrere, per individuarsi, che al sintomo, vale a dire ad una formazione di compromesso patologica?

In un certo senso, questo silenzio degli analisti sul concetto di salute si comprende benissimo, perché i problemi che essi

sono chiamati a considerare sono soprattutto quelli relativi al disagio, nelle sue mille forme. Del resto la medicina stessa, quando si occupa della patologia, si preoccupa forse di descrivere quale sarebbe la situazione di chi non sia malato? Eppure tutti quanti sappiamo che questa impostazione non è poi priva di effetti sulla pratica medica, che tende sempre più a dimenticare di doversi occupare di malati – vale a dire di soggetti – invece che di malattie (viene da pensare ad una famosa frase di Freud: «E la vera guarigione è la morte...»). Ma per la psicanalisi si può dire la stessa cosa?

Certo, i meccanismi che stanno alla base sia di fatti normalissimi (come appunto i sogni, i lapsus ecc.), sia delle varie patologie, sono esattamente gli stessi: la condensazione e lo spostamento come fattori linguistici e che quindi intervengono in tutte le forme di espressione. Ma questo significa forse che fra la patologia ed il linguaggio non ci sia nessuna differenza? E supporlo non avrebbe, sulla pratica della psicanalisi, le stesse conseguenze mortifere che la mancata interrogazione sulla salute ha sulla medicina?

In primo luogo dobbiamo osservare che non è nemmeno possibile pensare ad una patologia se non si dispone anche – che questo ci piaccia o no – d'un concetto, magari solo implicito, di salute (se la salute non esistesse, non esisterebbero nemmeno fatti patologici).



Arnold Böcklin, L'isola della vita (1888).

Ora, tutti noi sappiamo che per esempio un sintomo isterico, una tossicodipendenza, un delirio psicotico sono fatti patologici. Se lo sappiamo, è certo perché siamo convinti che chi non manifesti tali problematiche viva in generale molto meglio di chi invece le manifesta. Ciò nonostante, sembra proprio che né la psicanalisi, né la medicina, né – molto più in generale – nessuna altra scienza, oggi sappiano dire perché questo è vero, come se fossimo in grado di manovrare perfettamente un concetto in ultima istanza negativo come quello di patologia, fino a considerarne le più sottili sfumature di significato, ma sempre senza riuscire in nessun modo a vedere di quale concetto positivo il primo indicherebbe i

disturbi. Siamo invece giunti al punto che, per esempio, per la medicina anche l'invecchiamento – vale a dire un processo che un tempo sarebbe apparso del tutto naturale – può venire presentato come una patologia (per quanto prevista geneticamente da un certo cromosoma), mentre la psicanalisi sembra non prometterci di liberarci dai nostri sintomi che consentendoci d'identificarci ad essi. Siamo proprio sicuri che in questa prevalenza del negativo non si manifesti una tendenza culturale – a sua volta del tutto patologica – che, prima di riguardare la medicina, la psichiatria o la psicanalisi, riguarderebbe tutta la società moderna, determinata, direttamente o indi-

suoi enormi effetti economici? In definitiva, la difficoltà che noi tutti riscontriamo, se tentiamo di formulare un concetto positivo di salute, dipende in buona parte anche dalla nostra abitudine a pensare negativamente, secondo la quale per esempio la salute sarebbe solamente l'assenza della malattia. Ma proprio qui è il problema: se pensassimo la salute psichica come un'assenza di determinazione patologica, chi saremmo noi? Più di tre secoli di filosofia post-cartesiana sembrano non consentirci di pensare il soggetto altro che come un punto d'indeterminazione passiva, come quella pellicola trasparente sulla quale verrebbero ad incidere le impressioni che riceveremmo dall'esterno, rettamente, dalla scienza e dai ma che non ne serberebbe nessuna traccia (secondo la metafora usata da Freud nel suo breve scritto sul *Notes magico*). Per Freud invece tutte le tracce si conserverebbero, indistruttibilmente, nell'inconscio. Noi quindi saremmo determinati (sempre e solo passivamente) in una parte di noi della quale solo a fatica e parzialmente ci possiamo riappropriare attraverso il lavoro dell'analisi (secondo il noto motto freudiano: Wo es war soll ich werden). Ma ancora una volta questo non risolve affatto il problema della nostra individuazione, perché non ci dice nulla sulla fondatezza dei criteri ai quali ci affidiamo quando dobbiamo decidere qualcosa. Ora, la psicanalisi, se ha avuto il grandissimo merito di farci vedere che anche le patologie vengono scelte (per quanto inconsciamente) da ciascuno di noi, sembra invece del tutto incapace - se non affidandosi al comune buon senso - di spiegarci perché queste scelte sono patologiche mentre altre non lo sono affatto. Perché, per esempio, "scegliere" una nevrosi è patologico, ma non lo è scegliere di dedicarsi all'arte, alla scienza o... alla psicanalisi? Possiamo compulsare accanitamente centinaia o migliaia di libri di psicanalisi: a questa domanda non troveremo mai una risposta (del resto per il semplice motivo che la domanda non viene nemmeno formulata). Naturalmente – ripeto – non c'è, in questo strano mutismo, nulla che riguardi solo la psicanalisi, perché di esso ha partecipato tutta la cultura del Secolo xx. Ma riconoscere questo non significa di certo risolvere il problema. In base a che cosa, allora, un analista riconosce in certi modi d'essere dei fatti patologici ed in altri dei fatti che non lo sono? Porsi questa do-

manda è forse chiedersi troppo? Ma non è proprio a *questa* domanda che si dà implicitamente una risposta ogni volta che si termina un'analisi? E che questa risposta resti non formulata chiaramente non comporta forse che essa può venire tradita facilmente anche da chi la dà? E non potrebbe darsi che tanti di quei problemi da cui la psicanalisi ha dimostrato, nella sua breve storia, di non sapersi liberare, dipendano almeno in parte anche da questo mutismo?

Una prima considerazione si impone a questo punto: se la scienza (e quindi la filosofia moderna e la psicanalisi) non sa dirci nulla, in positivo, su che cosa sia la salute, questo dipende da un fatto molto evidente: essa – la scienza (e quindi la filosofia moderna e la psicanalisi) – è sorta grazie ad un impianto sperimentale da una parte e matematico dall'altra che nulla concedeva a nessuna metafisica precostituita e che quindi pretendeva di non dovere o poter avere nessuna relazione con una posizione etica predeterminata. Tale presupposto, paradossalmente, viene alla scienza post-galileiana proprio da quella tradizione aristotelica alla quale essa sembra essersi agli inizi tanto vivamente contrapposta. Ma si sa: non ci si può contrapporre a nulla se non sulla base di alcuni punti comuni. È infatti proprio per Aristotele (e non certo per Platone) che l'etica sorge su basi descrittive autonome rispetto a quelle logiche che stanno alla base delle altre forme di sapere. La scienza, così, pretendendo d'essere autonoma da ogni metafisica, ha finito per lasciare del tutto libero ed indeterminato il rapporto fra se stessa e l'etica. Questo, oggi, pone dei problemi molto gravi, se si

pensa alle capacità distruttive che la scienza ha dato all'uomo ed alla possibilità d'incidere geneticamente sullo sviluppo biologico. Basta il comune riferimento al buon senso per risolvere questi problemi, o sarebbe invece più produttivo risalire alla fondazione platonica del sapere scientifico, secondo la quale la scienza e l'etica non erano che risvolti d'un unico processo? E la psicanalisi come potrebbe non porsi una buona volta in modo chiaro il problema della propria fondazione se non vuole perdere l'occasione d'incidere su quelle patologie che oggi hanno un'importanza politica decisiva (oltre alle psicosi, le varie forme di dipendenza), mentre quelle alle quali si è sempre riferita in passato (vale a dire le nevrosi) tendono sempre più chiaramente ad acquisire dei contorni incerti, perché acquistano sempre più spesso delle forme deliranti?

Il problema al quale ora mi riferisco è quello dell'uso istituzionale della psicanalisi. Se si vuole che la pratica iniziata da Freud abbia oggi ancora un posto essenziale nel campo delle pratiche "psico-", è assolutamente necessario che gli analisti acquistino una consapevolezza assolutamente nuova dei fondamenti etici della propria azione, grazie ai quali soltanto la psicanalisi potrà evolversi e progredire, invece che insistere sulla morta ripetizione di principi clinici oggi superati di fatto dallo sviluppo delle nuove patologie.

Interrogarsi sulla natura del concetto di salute fa parte esattamente di questa oggi tanto necessaria reimpostazione dell'esperienza analitica.

# La città della salute

# Massimo Riccetti

Se il sintomo è una manifestazione rilevabile di uno stato alterato rispetto a quello piano, della norma, è altrettanto vero che esso non trova senso se non nell'inserimento in un dato quadro teorico di riferimento: in genere il medico, che possiede questo quadro – la sua scienza – opera un collegamento fra la manifestazione sintomatica e il complesso codice concettuale di cui è portatore. Ma se accade che a un sintomo corrisponda, generalmente, un malanno, non succede necessariamente l'inverso: vale a dire che all'assenza di sintomi non corrisponde sempre uno stato di salute, come capita nel caso delle malattie asintomatiche.

Se si applica questo schema alla salute/malattia di una città, se ne dovrà dedurre, sempre in presenza di un quadro teorico di riferimento, che: a) o essa presenta i sintomi di qualche male, di qualche cosa che alteri la sua salute; b) o sono assenti i sintomi di qualsiasi genere ed essa può essere considerata sana; c) oppure siamo in presenza di una malattia occulta, asintomatica, che il nostro codice potrà classificare come tale, pur non disponendo di quei segni che possano costituire una traccia indiziaria. Il che equivale a dire che forse può esservi un malanno.

Nel libro II della Repubblica (373 a), Platone pone la distinzione tra città sana e città malata (secondo le più correnti traduzioni in lingua italiana), definendo la prima come il

E poi con un tale tenore di vita. molto più di prima avremo bisogno di medici? Molto di più.

(Platone, Repubblica, II, 373d)

luogo in cui avviene il reciproco scambio di prodotti di primaria necessità: pane, vino, vesti, scarpe ecc..; la seconda quella in cui gli scambi avvengono attraverso merci più lussuose e superflue, in abbondanza e qualità diverse: ornamenti, oro, avorio e preziosi.

Questa seconda città avrà bisogno di ingrandirsi a spese di altri - ciò che non accade nella prima – in quanto in essa tutto diviene indispensabile e, per logica conseguenza, aumenterà il fabbisogno di medici.

In realtà Platone non usa direttamente i termini sano e malato, ma una opposizione terminologica che sembra ben più pregnante: distingue, infatti, la città di *alethiné* (vera, sincera). da quella *flagmainoùsa* (infiammata), connettendo alla prima



la *dicaìsùne* (rettitudine), alla seconda l'adìkia (ingiustizia). Alla città vera, senza infingimenti, è connaturata, pertanto, la rettitudine, che si manifesta nel vivere cittadino quando i commerci siano basati sull'essenziale, sull'utilità imprescindibile e reciproca del lavoro di ciascuno; la città in preda a violenta infiammazione produce, invece, ingiustizia, in quanto in essa gli scambi corrono lungo i desideri del lusso e il commercio di prodotti non necessari alla vita. Questa è la città che ha più elevato bisogno di medici.

Ma se il prodotto della retta vita cittadina è la giustizia e quello di una vita basata sul lusso è l'ingiustizia, è chiaro che non si tratta – se non in senso metaforico – di malattia e di salute, bensì di una allusione alla natura del *lavoro* umano, senza la quale non vi sarebbero scambi. E nella natura del lavoro, pertanto, e della produzione che risiede, secondo Platone, il carattere di

una città vera o meno.

E nella città infiammata i sintomi della malattia sono occulti, nascosti dalla apparente positività delle ricchezze che circolano: non a caso la città sana è, alla lettera, *alethiné* (etimologicamente: non nascosta, disvelata). Ora, sarebbe troppo semplicistica una operazione concettuale che facesse discendere, in modo manicheo, un carattere immorale, insano relativo alla città in cui avvengono scambi di beni superflui e, viceversa, un carattere morale come di-



Francesco Borgani. Veduta di Mantova, particolare del dipinto San Francesco supplica la Madonna (XVII secolo).

stintivo di una città in cui ci si limita al reciproco scambio dei beni di prima necessità. Nella complessa realtà di oggi lo stato di salute di una città non può essere misurato in questo modo. E tuttavia se si concentra l'attenzione su ciò che sta alla base della produzione dei beni, il lavoro, ci si accorge che qualche cosa di interessante ed attuale Platone ci trasmette ancora, e che non pare, in ultima analisi, molto distante da questa città, nella quale abitiamo, o, più riduttivamente viviamo. Siamo abituati, anche intuitivamente, a contrapporre piacere a lavoro, intendendo il primo come possibilità di sfuggire all'angoscia attraverso un investimento di energie che produce soddisfazione: il secondo come momentanea sospensione del primo per accumulare gli elementi costitutivi di una soddisfazione futura, ma più durevole. Ma – e sta qui, forse, il sintomo della salute – si tende sempre più a far coincidere l'uno con l'altro, sicché il lavoro diviene un valore in sé e per sé, che dà piacere. E la città, che dovrebbe essere il luogo nel quale abitiamo, diviene un non-luogo, un'*u-topia* (nel senso negativo del termine) che, in definitiva, ci aliena perché assume su di sé il segno, il *sinto*mo del piacere: la fuga dall'angoscia. Il nostro vivere quotidiano, nella comunità cittadina, è, complessivamente, asintomatico, rappresentando appunto un malanno che non si manifesta, che sfugge alla classificazione teorica. Ma, come aveva detto Platone, aumenta il fabbisogno di terapeuti proprio là dove, apparentemente, la salute, come assenza di sintomi, si diffonde, ci contagia.

Ne *La montagna incantata* di Thomas Mann, l'irrazionalista

Naphta sostiene che la malattia è altamente umana e chi volesse risanare l'uomo *riconducendolo alla natura* non farebbe altro che imbestialirlo, perché l'uomo è tanto più uomo quanto più è malato e il genio della malattia è più umano di quello della salute. (T. Mann, *La montagna incantata*, p. 524, Milano, 1973).

In questo senso il nostro vivere

quotidiano si snoda in una città (il non-luogo, l'utopia dell'incontro) malata, ma che, proprio per questo è più umana. Il concetto corrente di salute non è più moneta in corso: così anche Nietzsche sostiene la necessità di una nuova salute, più scaltrita, più tenace, una grande salute, che non soltanto si possiede, ma di continuo si conquista e si vuole conquistare, poiché sempre di nuovo si sacrifica e si deve sacrificare (F. Nietzsche, Ecce homo, p. 103,

Milano, 1979).

# I sintomi della salute

Roberto Bagnariol

I sintomi della salute. Caparbiamente ripeto, i sintomi della salute; cerco un probabile filo di una probabile matassa. È ingarbugliata la questione e c'è il rischio di girarci intorno non più come ad una matassa ma piuttosto ad un gomitolo cui qualcuno o qualcosa ha nascosto l'inizio del tutto. Il tutto, pare semplice dirlo, ma credo sia ciò che comprende il sano e il malato. Il sintomo allora è forse quella cosa che aggroviglia e talvolta riesce, mostrandosi e dipanandosi, a trovare un senso, una logica e far sì che nella continuità e nella perdita ci permetta di percorrere il filo della vita. Messo così questo preambolo sembra un po' barocco quasi non mi sia possibile sottrarmi dall'influenza dei luoghi della vacanza appena finita.

Allora riprendo il filo del discorso da questo punto; il sintomo di salute e di benessere voluto desiderato e programmato: la pausa, la sospensione del lavoro nella terra del Salento. Regione ricca, per l'appunto di architettura barocca, talvolta vistosamente rococò; continuamente elaborata nei vari periodi storici in un uso quasi esasperato della trasformabilità della celebrata pietra leccese, tanto duttile quanto facilmente aggredibile dagli agenti atmosferici, che qui sono più che le nostre insistenti piogge friulane, il vento e il sole di questa stretta lingua di terra posta fra due mari.

Ma prima della pausa, il lavoro. Sono, o per meglio dire, faccio l'operatore psichiatrico.



Volutamente mi riapproprio di questa definizione di ruolo nel gioco delle parti esibite nel campo della cura territoriale della malattia mentale e non già infermiere, che volutamente mando alle ortiche non per astio ma piuttosto per una scomoda vestizione. Riconsidero spesso, nei vari percorsi attraversati lungo oltre vent'anni di lavoro svolto tra le stanze delle sedi di servizio, gli ambulatori di Distretto, la casa e il cortile del paziente, le strutture intermedie, le strade, i bar, gli uffici, i letti dei reparti d'ospedale: quale esito ha la cura?

Il beneficio del curare quasi mai, con il paziente molto grave, corrisponde alla dimissione, come per la pietra leccese avviene, per agenti diversi, una "trasformabilità" del sintomo che non impoverisce il soggetto ma lo arricchisce di stupevole bellezza. Come per la pietra bisogna dare mano con aggiunte e sottrazioni, e dare una

mano si sa è un atteggiamento di aiuto verso chi ha bisogno. D. paziente poco più che trentenne frequenta, non troppo discretamente. le stanze del nostro servizio da circa dieci anni, da quando ha fermato il tempo della crescita e dell'adesione alla vita. In qualche modo si è aggrovigliato e ha smarrito il filo del proprio discorso. Prima come si suol dire era normale, a dirlo è soprattutto la madre. Lui un giorno mi mostra la sua carta d'identità sgualcita, sporca, non integra, come è lui negli ultimi anni: barba incolta, capelli tenuti dalla stereotipia del gesto della mano continuamente pressati sulla fronte a far quasi un unico involucro con i vestiti macchiati e gli odori del corpo, la foto del documento rivela invece la bellezza dei lineamenti e l'intelligenza dello sguardo di un uomo poco più che ventenne. D. fa la cura con farmaci che abbassano il livello di angoscia e questo gli permette di avere meno vuoto, trova un luogo e delle persone dove depositare parte di sé, della propria storia e soprattutto spinge la relazione in maniera più diretta in uno scambio che non può non essere affettivo. Venti giorni fa gli dico, glielo devo dire, che prenderò un periodo di ferie. L'ultimo giorno di lavoro, la sospirata pausa, il mio personale sintomo di benessere D. verrà a cercarmi portando la sorpresa del suo sintomo di salute: è rasato, i capelli sono freschi di barbiere e mi dice: «Ehi vecchio, divertiti, buone vacanze!».

# La salute dell'Istituzione

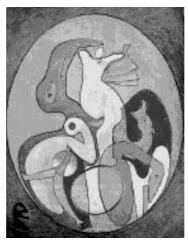
# Intervista ad Angelo Cassin

Da circa cinque anni Lei è il responsabile del Dipartimento di Salute Mentale di Pordenone; come si fa a garantire la terapeuticità di una istituzione complessa come la Sua, che ha un reparto ospedaliero, degli ambulatori, delle strutture diurne e notturne, un servizio sociale, un centro per disturbi alimentari?

■ Credo di interpretare il mio lavoro come una continua tensione allo sviluppo della "istituzione Dsm" in una dimensione organizzativa tale da facilitare l'esercizio della propria finalità terapeutica, che comporta innanzitutto la centralità della persona sofferente e al contempo una continua attenzione ad evitare quel tipo di involuzione perversa che chiamiamo "istituzionalizzazione", che rappresenterebbe il fallimento innanzitutto della sua funzione terapeutica, come è avvenuto per il manicomio.

Ho l'ambizione di pensare che essere terapeutici non vuol dire limitarsi solo alla dimensione della cura riparativa, ma occuparsi anche della cura integrativa, dello sviluppo delle potenzialità umane che ogni persona sofferente nasconde dentro di sé, come si fa nella riabilitazione, e sollecitare in tutta l'organizzazione sociale i principi di base per una "salute mentale", che il nostro lavoro ci permette di evidenziare. Una ultima osservazione: per mantenere la propria terapeuticità una istituzione deve salvaguardare anche la salute, il

benessere, di chi ci lavora: un



Max Ernst, *L'uovo* (1929).

operatore sofferente non può essere terapeutico!

Come nascono, in una istituzione psichiatrica territoriale, le esperienze significative, quelle che danno una certa consistenza al Servizio, che lo connotano come luogo aperto sia sul versante culturale che della cura? Partono dall'alto, o dal livello degli operatori di base che – ragionando sulla loro pratica – si inventano qualcosa di nuovo; o, magari con l'aiuto di alcuni utenti, aprono una via nuova, sperimentano risposte in parte inedite?

Terdo che la risposta più onesta a questa domanda comprenda una relazione circolare tra entrambe le possibilità: è evidente che le invenzioni più significative partono dalla base, ma debbono trovare un ambiente favorevole alla loro elaborazione e condivisione, una leadership capace di valorizzare le proposte, di raccoglierle e di fornire ad esse quegli ele-

menti che, in una istituzione, sono indispensabili per tradurle in iniziative concrete.

Viceversa un ruolo di stimolo "dall'alto" ha la possibilità di essere raccolto dalla base se permette a tutti di sentirsi valorizzati ed arricchiti, e non appiattiti nella dimensione dell'esecutore passivo.

Sono convinto che la peculiarità del DSM pordenonese sia proprio quella di permettere a tutti di esprimere la propria creatività, il proprio specifico interesse come una ricchezza che fa parte della complessità di un moderno servizio.

In base alla Sua esperienza, quali strumenti sono più opportuni per affrontare il rischio della cronicità, che è forse – specie per molti giovani utenti – uno dei pericoli più gravi nel percorso di una cura istituzionale?

 Cercherò di essere sintetico. perché questa domanda richiederebbe un lungo discorso. Sappiamo che il fenomeno della cronicità si sviluppa per il concorrere sinergico di diversi elementi. Quella che definiamo malattia mentale grave è preceduta da uno stato di "vulnerabilità" di base, alla quale il soggetto risponde con vari comportamenti difensivi (ad esempio l'evitamento sociale, o di compiti troppo complessi): questo stato è stabile nel tempo, ma la sua espressione, o le sue conseguenze, dipendono molto dalle caratteristiche dell' ambiente sociale; spesso costituisce quello che definiamo come "sintomatologia residua"

quando gli aspetti maggiormente patologici si sono esauriti. Dallo stato di vulnerabilità si può passare a quello di "malattia", caratterizzato dall'esplosione, spesso acuta, di sintomi psicotici (ad esempio deliri ed allucinazioni, ma anche disorganizzazione del pensiero e del comportamento, o interferenze negative nelle capacità cognitive, verbali e volitive) quando il soggetto viene sollecitato da situazioni o eventi che, pur appartenendo per lo più ai normali fatti della vita, diventano "stressanti" per la peculiare fragilità del soggetto. In questo passaggio giocano un ruolo fondamentale i fattori ambientali: possono essere un fattore di *stress* (ad esempio una situazione sociale disagiata o una famiglia molto tesa), ma anche un fattore protettivo, che favorisce il riequilibrio e la reintegrazione (una rete sociale e famigliare coesa, il lavoro ecc.); fattori cronicamente stressanti o povertà di fattori protettivi, o presenza di spinte espulsive, determineranno la permanenza prolungata dei sintomi psicotici, o la loro incompleta risoluzione con cronicizzazione conseguente.

Un ruolo fondamentale viene giocato allo stesso momento dagli interventi terapeutici: sappiamo che un allontanamento prolungato del soggetto dal proprio ambiente, la scarsa tensione a riannodare i legami di senso e di tipo relazionale costituiscono altrettanti fattori di cronicizzazione. Una istituzione curante che non sappia adattarsi alle esigenze del singolo paziente, che non sappia offrire una gamma ricca di risposte, tenderà ad adattare cronicamente ad essa il paziente, bloccandone l'evoluzione; la scarsa stimolazione, la scarsa tensione alla riabilitazione e reintegrazione sociale del paziente costituiscono fattori importanti di cronicizzazione, come la insufficiente tensione a cercare nuove soluzioni, a sperare: la rassegnazione e la routine sono le peggiori spinte alla cronicizzazione, che in questo caso viene definita "cronificazione". Una società che non sappia accogliere la diversità di chi soffre costituisce infine un fattore sottile ma inesorabile nella cronicizzazione nel ruolo di malato o diverso di molti soggetti.

Oual è la Sua sensazione: oggi il tema della salute mentale resta ancora prioritario nel quadro delle scelte politiche, oppure si trova ormai sommerso da esigenze di tipo economico, gestionale, di bilancio, di prestigio? A differenza di quanto avveniva negli anni 70 o '80, quando la psichiatria (con fin troppa enfasi forse) era divenuta la scienza umana per eccellenza, non assistiamo forse negli ultimi anni ad una rimozione della questione psichiatrica; e quanto questo è anche colpa degli addetti ai lavori?

Francamente ho nostalgia degli anni in cui lavorare in psichiatria aveva il sapore di partecipare ad una sorta di "guerra di liberazione", ad una battaglia per i diritti umani e per il capovolgimento di molti paradigmi scientifici; ricordo bene l'atmosfera emotiva, che ci permetteva di vivere in uno "stato nascente", che richiedeva la partecipazione, la dedizione umana e la fantasia di tutti.

Ciononostante non sono malato di reducismo, né mi sento ancorato una volta per tutte ad una dimensione di "partigiano" della lotta al manicomio: questa fa parte delle mie radici e della mia cultura, come per molti che hanno vissuto quella stagione, ma il tempo è cambiato, e la nostalgia non è una buona compagna.

I nostri pazienti sono cambiati, sono più "normali", ci portano problemi diffusi e non solo gli estremi della schizofrenia, che comunque non ci appare più solo nelle vesti della marginalità e cronicità di un tempo, hanno maggiore contrattualità che ci impone di considerarli "clienti" come altri.

La storia è cambiamento e noi dobbiamo cambiare con essa, cercando di orientare il più possibile le sue modificazioni, sapendo però bene che esse dipendono soprattutto dalle ragioni "strutturali" e "storiche" quali quelle economiche, di mercato e politiche generali.

La compatibilità economica di un sistema al collasso non è una "opzione", è una condizione. Il peso del debito pubblico sul PIL è un dato, che impone di trasformare e superare il Welfare State, così come era prima interpretato. L'aziendalizzazione ed il primato della gestione secondo una responsabilità manageriale, la economicità delle scelte, la loro efficienza-efficacia, sono uno dei mezzi per uscire dalla inevitabile bancarotta. Anche la psichiatria ovviamente non poteva non risentire di questi vincoli economici, e ha interrotto la fase di espansione che ha caratterizzato gli ultimi 15-20 anni. Detto questo credo che nella fase di compressione alla quale vanno incontro tutti i servizi sanitari un servizio come quello di salute mentale rischi di fare il vaso di coccio tra i vasi di ferro: se non è sostenuto da una tensione particolare fatta di strategie aziendali chiare, sostegno politico, spinte di opinione e delle rappresentanze dei famigliari, un servizio per le persone più deboli come i malati di mente rischi di indebolirsi. In questo senso sono convinto che un ruolo importante può essere giocato dagli operatori: è un loro compito rendere visibile il bisogno sottostante le loro cure, rendere valutabile e leggibile quello che fanno, coinvolgere l'opinione pubblica e le istituzioni, certamente non restare nella torre d'avorio della propria professionalità o supposta scientificità.

Vorremmo avere il Suo parere su una questione delicata. Avrà sentito che, per quanto concerne il difficile problema dell'inserimento al lavoro dei pazienti psichiatrici, oggi si parla di superare il modello assistenziale. Chi lo propugnava tenacemente, fino al punto di considerare la borsa-lavoro l'intervento riabilitativo per eccellenza, ora preferisce parlare di "intrapresa", pensa cioè alla realizzazione di imprese gestite autonomamente dai pazienti. Pazienti imprenditori, insomma, immessi sul mercato in maniera concorrenziale. Non crede che, ieri come oggi, tutte queste certamente belle idee rischino, se assolutizzate, di non tener conto della questione della cura del singolo, rischino cioè di trascinare quella che dovrebbe essere l'etica di un Servizio pubblico verso qualcosa di ideale, in fondo sempre prestabilito da altri? Non pensa che in fondo la paura sia sempre la stessa: quella di costruire innanzitutto la relazione di scambio umano col paziente? E che il pericolo sia sempre lì: quello di dar forma ad istituzioni che inseguono modelli politici dell'assistenza e che dimenticano *la dimensione del soggetto?* 

Condivido le preoccupazioni che sono espresse in questa domanda, essenzialmente che nessun modello può essere assolutizzato ma soprattutto che nessuna invenzione può elude-

re la questione radicale posta dalla sofferenza psichica: c'è in essa qualcosa di nucleare che non può essere considerato "sovrastrutturale" o artefatto, e che non può più essere lasciato "tra parentesi", come è stato necessario fare per mostrare



Francis Bacon, Studio per il ritratto di George Dyer (1964).

appunto tutto ciò che dietro l'etichetta di malattia veniva occultato, essenzialmente l'esclusione. Se non vogliamo eludere la questione della sofferenza, non possiamo nemmeno eludere le questioni della soggettività, del corpo, incluso il cervello, e della mente.

Detto questo nessun sofferente psichico esiste se non all'interno di un corpo sociale, attraverso il quale ottiene quegli scambi che attengono anche al ruolo, al significato, al potere, alla libertà e all'esercizio dei diritti, a partire da quello di cittadinanza e di "riproduzione sociale". Nemmeno questa può essere una questione da eludere, ed è questa la questione che è stata elusa per due secoli dalla psichiatria, anzi dalla società attraverso la delega alla psichiatria. Siamo condannati ad una dimensione complessa, dove non è in gioco una scelta tra due questioni, ma il tentativo di mantenerle entrambe in gioco. Se i nostri pazienti spesso sono condannati all'inerzia o alla cronica dipendenza assistenziale, ciò è dovuto *anche* alla mancanza di opportunità, di offerte, di iniziative, sociali innanzitutto, ma che una psichiatria "nuova" e non rituale deve poter sperimentare, comunicare al corpo sociale come possibilità concrete.

Indicare nuove strade, al prezzo di qualche provocazione, fa parte della "restituzione della delega" di cui parlava Basaglia, che in ultima analisi significa aprire la responsabilità. C'è stato bisogno di provocazioni per mostrare che il matto poteva vivere nel contesto sociale, e si sono abbattuti muri, fisici o invisibili; oggi ci sono nuovi muri da abbattere e nuove esperienze da percorrere. L'impresa sociale ha dimostrato che si può coniugare logica di mercato, tipicamente logica di esclusione per chi è svantaggiato, con logica di solidarietà ed integrazione. I duecento soggetti con diagnosi psichiatrica soci delle cooperative tipo B pordenonesi stanno a dimostrarlo, stanno a indicare una strada concreta di alternativa all'assistenzialismo. Riabilitare significa sviluppare le parti sane dei soggetti, il loro potenziale, ma allo stesso tempo sviluppare il potenziale dell'organizzazione sociale, le risorse nascoste o inutilizzate, anche attraverso vere e proprie "imprese". Se penso che noi psichiatri non siamo "impresari" affidabili, penso dobbiamo farci amici e collaboratori gli impresari, convincerli della validità di rischiare in salute mentale, stimolarli con qualche "pazza idea": ci penseranno loro a renderla un affare, come i grandi impresari sono sempre riusciti a fare.

A cura degli ospiti e degli operatori della struttura Villa Bisutti.

# Pensare la cura del bambino a partire dall'Istituzione Ospedaliera

LEOPOLDO PERATONER

INCHIESTA (SEMISERIA) IN UN REPARTO DI PEDIATRIA Le risposte al questionario proposto ad alcuni operatori del reparto pediatrico dell'Ospedale di Pordenone danno modo di riflettere, di fare alcune considerazioni, senza la pretesa tuttavia di dare un quadro del loro vissuto professionale esauriente e scientificamente serio. Se poi dovessimo definire cosa è scientifico e cosa non lo è, non basterebbe per farlo tutta la rivista, senza contare che io non penso che ne sarei capace.

Sono stati intervistati quattro pediatri (tre maschi ed una femmina, e sicuramente la specificazione di genere non è indifferente) e sei infermiere. Passiamo in rassegna alcune risposte significative del questionario.

SODDISFAZIONE PROFESSIONALE Sorprende, perché questo contrasta con i mugugni con cui siamo abituati ormai a convivere, che tutti gli intervistati siano soddisfatti della loro scelta professionale, e soprattutto che le aspettative che avevano avuto facendo questa scelta vengono dichiarate realizzate o realizzabili. Curiosamente, ma non troppo, le motivazioni che hanno portato alla scelta professionale sono di tipo "umanitario" da parte del personale infermieristico; per i medici incide la casualità e la tradizione famigliare.

La sensazione da parte di tutti di un'utilità del proprio lavoro non contrasta con il fatto che 6 persone su 10 denuncino dei



Il Pordenone, Tre putti che reggono un vassoio con vari oggetti.

reali problemi che li portano a percepire una certa "infelicità". Si tratta di problemi quasi sempre legati alle difficoltà di comunicazione con i colleghi o con le famiglie dei bambini malati (su questo ci si soffermerà successivamente). Se potessero cambiar mestiere, tutti rifarebbero la stessa scelta professionale. L'unica alternativa proposta da una delle intervistate indica una ricerca di maggior creatività, che, in ogni caso, rivela ancora una volta un atteggiamento fondamentalmente di servizio: la costruzione di luoghi da abitare.

Tutti, eccetto uno, dichiarano di essersi formati professionalmente sul campo: artefici i colleghi e i pazienti. In ogni caso è stata determinante l'esperienza lavorativa. Uno solo, e parzialmente, considera importante il corso di studi fatto. Mi astengo dagli ovvii commenti sull'università, sull'insegnamento teorico delle nostre scuole, ecc.; ma non posso fare

a meno, come uno che, sia pure senza grosse posizioni di responsabilità didattica, ha fatto anche questo mestiere per una parte della sua vita, di aver qualche dubbio sulla reale obiettività degli intervistati nel valutare il proprio percorso formativo. Anche se poi, alla fine, pensando agli ormai lontanissimi anni della mia formazione universitaria, anch'io risponderei esattamente allo stesso modo. I veri maestri, che mi hanno insegnato comportamenti, modi di essere più che il sapere cose (per questo basta saper leggere i libri e le riviste), li ho conosciuti poi, nel lavoro di ogni giorno. Speravo che le cose fossero cambiate...

RAPPORTO CON IL PAZIENTE La parola, il parlare, viene da tutti chiaramente ritenuta parte del curare, delle "cure" intese in senso completo, l'*I care* di milaniana memoria. E tra chi denuncia ogni tanto di dimenticarsene (ma credo che chi non lo denuncia commette solo un piccolo errore di sopravvalutazione di se stesso), una sola propone la soluzione al problema, buona a mio parere: riconoscere la difficoltà e chiedere l'intervento di altre colleghe. Gli altri si autoccusano, si strappano i capelli, registrano una serie di effetti su di sé e sui pazienti, la maggior parte si autoassolve. E anche tutto questo è positivo, sia ben chiaro, ma manca quel piccolo passo in più. Tutti sono d'accordo che dal rapporto con i pazienti si impari, sembra ovvio. Ma è molto meno ovvio che si impari dai bambini, e soprattutto dai più malati. Vien fuori che si impara dalle situazioni di malattia dei bambini la "capacità ad adattarsi, di recuperare vitalità", di esprimersi "nonostante tutto", di vivere serenamente ed in modo "più adulto, anche se diverso rispetto ai nostri modi di adulti". Si richiedeva poi di definire il "bravo paziente". Nel nostro caso questa definizione è legata quasi inevitabilmente a quella di "bravo genitore" del paziente-bambino, e più in generale di chi ha saputo nella vita di ogni giorno impostare un buon rapporto con il proprio bambino: è quello che "ha fiducia, che ha un atteggiamento di collaborazione e non di antagonismo, che non esagera nelle aspettative", e così via. Queste definizioni, che possiamo definire "sistemiche" perché prendono in considerazione il contesto e non solo il paziente, mi sembrano molto azzeccate e pertinenti.

Come si diceva poco fa, il fatto di lavorare con i bambini facilita questa visione, ma è evidente che dovrebbe essere così anche per gli altri campi della medicina; dico dovrebbe, perché le esperienze personali degli operatori sanitari, quando si trovano ad essere pazienti (nel senso di malati) sembrano smentirlo. Le risposte date a questo punto evidenziano che, in questa situazione di capovolgimento dei ruoli, anche il medico o l'infermiera si rendono conto di carenze, che proprio per il fatto stesso di essere dall'altra parte erano difficilmente leggibili: "poco rispetto per le esigenze, per l'individualità, poca pazienza nello spiegare", la mancanza di luoghi e contesti adatti alla comunicazione. E questo pur essendo quasi tutti consci di essere le due posizioni.

stati agevolati nei loro percorsi sanitari. Come sarà per chi non è dell'ambiente?

Viene rilevata in particolare la difficoltà di usare i modi "giusti" per la comunicazione di diagnosi gravi o difficili. Le motivazioni sono varie: culturali-formative ("scarsa preparazione" degli operatori sanitari su questo argomento); attitudinali ("non tutti ce l'hanno"); ma anche la sensazione che da parte di molti medici questo aspetto delle "cure" non venga considerato una priorità.

Ouando i conflitti si verificano (e quasi sempre in situazioni patologiche di una certa gravità) ci si deve chiedere se questo sta nelle cose, nei fatti o se invece siamo noi operatori che non siamo stati in grado di instaurare una buona comunicazione con il bambino e con la sua famiglia. Gli studi fatti sui casi di conflitti legali (negli Stati Uniti, dove questi sono molto più frequenti che da noi, almeno per il momento) dimostrano che l'unica variabile significativa che condiziona e caratterizza queste situazioni è proprio la tipologia del rapporto tra medico e paziente.

L'ultima domanda su questo argomento riguardava l'apparente contrasto tra l'asetticità (ed il tecnicismo aggiungerei io) della scienza ed i sentimenti del paziente (paura, stima, fiducia, ansia, ecc.) nel rapporto tra medico e paziente. Sebbene alcuni insistano maggiormente sulla necessità di mantenere un certo distacco dai sentimenti del paziente ed altri invece dicano che "il mettere in gioco se stessi ed i propri sentimenti" faccia obbligatoriamente parte delle *cure*, tutti ovviamente vorrebbero, anche se è difficile, riuscire a trovare il giusto equilibrio tra CHE COS'È LA SALUTE? Quanto appena detto si riflette nelle definizioni di salute che vengono date, nelle quali emerge come prioritaria la componente psichica ("l'equilibrio, la tranquillità, qualcosa che assomiglia alla felicità, l'essere a proprio agio" e così via) o in ogni caso relazionale ("la sintonia con gli altri, il contesto delle relazioni da cui dipende l'equilibrio"). Anche le quattro persone (tutte donne) che definiscono falsa l'affermazione che quando c'è la salute c'è tutto sottolineano poi l'importanza di questi aspetti relazionali, pur non considerandoli di per sé insiti nel concetto di salute.

Curioso, ma mi sembra sostanzialmente in accordo con quanto affermato prima, è il fatto che quasi tutti (9 su 10) considerino più sana la vita di paese rispetto a quella di città: «La campagna è il mio Eden» canta il carretero del Buena vista social club. Si accenna ancora ai contesti, ai rapporti umani, al verde, alla genuinità (ma è poi proprio vero?), si invidia perfino il Sud, e non da parte di un meridionale. Paradossalmente c'è chi giustifica questo (ed è un cittadino!) con il fatto che "in paese non ci sono ospedali", ma anche se questa motivazione ha le sue ragioni, quello che probabilmente è tuttora vero (ma ancora per quanto?) è che è diverso il rapporto con la malattia: c'è più tolleranza.

IL RUOLO DEL MEDICO, OGGI Quasi tutti gli intervistati sono convinti che l'autorità del medico sia in crisi. Curiosamente tutti i medici, eccetto l'unica donna, sottolineano tra le cause l'atteggiamento sostanzialmente negativo ("arroganza, poco rispetto") dei pazienti, o ancora le deleterie modalità di

informazione da parte dei *media*. Le donne intervistate rilevano una positiva presa di coscienza ed una maggior informazione da parte della gente, e salutano quindi positivamente questo cambiamento. Ma non sarà proprio che il genere (il persistente vissuto di una inferiorità del sesso femminile) o la situazione di inferiorità professionale (quasi qualche ultimo brandello di una ormai innominabile lotta di classe) condizionino questi atteggiamenti?

Se mi è permesso di esprimere il mio parere personale, sarei più dalla parte di queste ultime. So che questa potrebbe essere pura demagogia, ma tutto quello che mi passa sotto gli occhi nel lavoro di ogni giorno mi conferma che le donne, ed il personale infermieristico nello specifico, di strada devono farne ancora molta per raggiungere quell'utopica (forse) pari opportunità, su cui pure in Italia si legifera.

Questa parte dell'intervista mi dà anche l'opportunità, sebbene la cosa non sia emersa dalle risposte, di accennare ad un problema su cui invece tutti i medici in questo momento (da qualche anno in realtà) si dibattono: quello del ruolo manageriale-aziendalistico, della necessità di tener conto degli aspetti economici nel comportamento clinico. Tenerne conto non vuol dire che questa deve diventare la finalità del fare del medico: un miglioramento del comportamento deve rimanere l'obiettivo e l'attività fondamentale del nostro mestiere. Ma questo può e deve passare come una valutazione che tecnicamente noi lavoratori della sanità (ma prima di noi la cosa era ben nota e applicata in situazioni diverse dalla sanità) chiamiamo costi/benefici o costi/efficacia. Sembra che l'accento venga messo più sui costi che sul resto, ma chiaramente non deve essere così, come già detto. Questo sarebbe estremamente pericoloso, ma sarebbe una grossa tentazione, anche perché poche cose sono così facilmente misurabili come i bilanci finanziari aziendali.

E alla fine non so se questo aspetto debba essere compito di noi operatori della salute. D'altra parte però affidarlo a tecnici economico-finanziari esterni all'attività clinica mi sembrerebbe una soluzione ancora peggiore, più pericolosa; e allora forse si tratta solo di modificare alcune prospettive e di assumersi qualche nuova responsabilità. Ma mi rendo conto che per uno della mia età (e la grande maggioranza dei cosiddetti dirigenti medici di livello superiore sono più che cinquantenni) questo non è così facile. Scusandomi per questo breve sfogo su un tema che, parlando di ruolo del medico, tuttavia mi sembrava difficile sorvolare, val la pena di soffermarsi su due punti dell'intervista che potrebbero essere in causa in questa modificazione del ruolo del medico, imputati di un possibile furto di autorità e di autonomia decisionale.

Il primo è il dibattuto problema delle cosiddette *linee-guida* o protocolli clinici (non sono sinonimi ma quasi), formulazioni cioè di percorsi, di cose da fare (o da non fare) in determinate malattie o situazioni di rischio. Tutti gli intervistati concordano nel sottolineare i loro aspetti positivi: la ricerca di un percorso diagnostico e di una terapia "condivisa, ragionata, non basata su opinioni personali non dimostrate", "danno credibilità a quello che si fa, migliorano il funzionamento di un reparto", e co-

sì via. Come sottolineano alcuni intervistati, le linee guida vanno utilizzate in modo non acritico, adattandole alla situazione sanitaria locale, alle risorse disponibili, tenendo conto delle caratteristiche del paziente e del suo contesto familiare-ambientale.

Il secondo è quello della diffusione delle metodiche diagnostiche cosiddette fai-da-te, su cui l'unanimità di valutazione invece non c'è: otto su dieci intervistati li vedono favorevolmente perché facilitano "la responsabilizzazione, la consapevolezza" del paziente ed in pratica facilitano la gestione di un problema, soprattutto quando questo prevede una lunga durata (le malattie croniche). I dubbi di qualcuno tuttavia, ed in particolare dei due decisamente contrari, giustamente mettono in guardia sul rischio che possano aumentare lo stato di tensione, di ansia nei confronti della malattia, portando ad esagerarne anche il consumo. Nessuno pensa che questa prassi svilisca il ruolo del medico, alcune infermiere anzi pensano che il medico che consiglia il loro uso venga alla fine premiato da una maggior valorizzazione personale. Personalmente aggiungerei che vanno usati valutando il tipo di paziente e di contesto familiare, ed in ogni caso vanno accompagnati da una chiara spiegazione del loro significato, che vuol dire qualche volta saper fare una piccola lezione di fisiopatologia spicciola, ma per questo non meno difficile.

L'errore Viene ammessa l'inevitabilità, e tutti l'abbiamo sperimentato, di commettere errori. Pur tenendo in considerazione il malessere che ne deriva, sia al paziente, sia a chi lo commette, viene da quasi tutti sottolineata la possibilità di vederne gli aspetti formativi, dando all'errore stesso in definitiva una sua dignità. La comunicazione ai colleghi dell'errore avvenuto e la conseguente discussione dovrebbero permettere di ridurre il rischio di ripeterlo, da parte del singolo operatore, ma soprattutto da parte degli altri componenti del gruppo.

Aggiungerei che una metodologia di lavoro collettivo, in cui le decisioni diagnostiche e terapeutiche vengono prese assieme, da più teste pensanti e soprattutto capaci di autocritica, inevitabilmente riduce il rischio non solo di ripetere gli errori fatti, ma anche di commetterne in prima battuta. L'altra modalità possibile per ottenere questo obiettivo è prevedere sistemi di controllo interni al reparto: anche il solo fatto di non eseguire pedissequamente quanto viene scritto in cartella o nelle "consegne" tra medici di turni diversi, o tra medici ed infermiere e viceversa, ma di ripensare ogni volta le decisioni altrui, responsabilizzarsi quindi personalmente è una di queste opportunità.

Fondamentale per l'utilità di queste prassi è l'atteggiamento da tenere nei momenti di discussione collettiva di eventi, di casi clinici in cui il comportamento potrebbe essere stato sbagliato, o per lo meno criticabile: se fosse di tipo inquisitorio potrebbe risultare alla fine inutile, o addirittura controproducente. Mi sembra che dovrebbe invece partire dal presupposto che è difficile distinguere tra un onesto errore ed una negligenza colpevole, e che in fondo può essere difficile o disonesto sentirsi nel ruolo di chi può scagliare la prima pietra.

La discussione collettiva dei comportamenti clinici tenuti (quello che viene definito come *audit*) mi sembra la base per modificare, quando necessario, i comportamenti stessi. È un mezzo per imparare in definitiva attraverso un *feed-back*. Alla base di tutto questo deve esser-



ci un atteggiamento personale rivolto a migliorare se stessi, una tensione che non può che partire da motivazioni etiche. E qui si aprirebbe (ma non è il caso di farlo in questa sede) tutto un altro importante e complesso filone di ragionamenti e pensieri: il discorso dell'etica medica e della bioetica.

È vero che il praticare abitualmente queste metodologie di valutazione può essere faticoso e può portar via tempo ad altre attività ritenute comunemente più importanti, ma personalmente la ritengo un'attività assolutamente fondamentale. Mi risulta in definitiva difficile capire come in gran parte della cosiddetta classe medica ci sia tuttora un atteggiamento (non a parole forse, ma sicuramente nei fatti) di rifiuto, di demonizzazione quasi, di questa prassi. Ho paura che anche questo possa tuttora venir visto (e non deve esserlo, è chiaro) da molti come uno strumento di controllo dell'autonomia clinica del medico.

Personalmente, ma son sicuro che questo sentire è abbastanza comune tra noi pediatri, ho imparato molto da questo modo di procedere. In una delle riviste pediatriche più diffuse, almeno in una certa parte della pediatria italiana «Medico e bambino», la rubrica fissa che per anni ho regolarmente cercato e letto per prima è stata quella dei "perché si sbaglia", dove, partendo da un errore o da un ritardo diagnostico realmente avvenuti, l'obiettivo era di trarne delle implicazioni didattiche.

Ripensare le cure al bambino partendo dall'ospedale o ripensare le cure ospedaliere partendo dal bambino?

Ho parlato finora quasi esclusivamente del versante ospedaliero delle *cure* del bambino, ma chiaramente questo non significa che l'ospedale sia il momento centrale di queste cure, nè il più importante. È stata da una parte l'occasione per parlarne, almeno da parte mia, è quello che faccio ogni giorno e pertanto questo il lato della medaglia che penso di conoscere meglio.

D'altra parte mi sembra innegabile che, almeno nella situazione italiana, se qualcosa è cambiato nella pediatria negli ultimi trent'anni, questo qualcosa è partito da una parte (non la più forte in termini di potere "politico-istituzionale") della pediatria ospedaliera e universitaria. Questo ha contribuito nel tempo ad una presa di coscienza e ad una crescita culturale molto forte da parte della pediatria esterna all'ospedale, che ora dialoga e collabora, nelle situazioni migliori, da pari a pari. E così dovrebbe e deve essere.

Se è vero quanto prima esposto e cioè che l'attività di gruppo migliora la qualità delle cure, il lavorare in ospedale certamente facilita questa metodologia, ammesso che dall'équipe ospedaliera questa venga ritenuta una priorità. È quasi

ovvio pensare che se il gruppo di operatori del reparto di pediatria assume questa prassi, sia anche in grado di coinvolgere in questo i pediatri esterni: riunioni comuni di discussione di casi clinici o di aggiornamento; possibilità per il pediatra di famiglia di accedere liberamente al reparto, di coinvolgersi nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche del proprio paziente anche quando questo è in ospedale; organizzazione di comune accordo di percorsi finalizzati a momenti o situazioni particolari (la nascita, le malattie croniche, i bambini in condizioni di svantaggio sociale per motivi vari, e così via). E su questa strada che, sia pure con qualche difficoltà ed inevitabili errori di percorso, tentiamo anche noi di procedere.

La fotografia, con tutti i limiti detti inizialmente, del reparto di pediatria della nostra città, come emerge dall'inchiesta, pur non essendo perfetta, sembra offrire delle buone premesse al conseguimento degli obiettivi di salute di cui si è parlato. Abbiamo cercato di porre una particolare attenzione al vissuto della malattia da parte del bambino. Abbiamo colorato vivacemente le stanze e fatto dipingere da amici i corridoi ed i luoghi di attesa con figure allegre e significative. Abbiamo cercato di tener presenti in definitiva i diritti dei bambini e delle loro famiglie in un momento di sofferenza. Questo atteggiamento è stato recentemente riconosciuto dalla direzione della nostra Azienda, che ha proprio in questi giorni istituito (cosa obiettivamente rara nel panorama degli ospedali italiani) una figura professionale che ha il compito di aiutare bambini e genitori nei momenti

più critici della degenza, di far vivere loro nel modo più sereno possibile la vita in reparto, utilizzando in particolare il gioco, che può assumere anche funzioni realmente terapeutiche. Mi viene ovvia a



questo proposito un'altra citazone cinematografica, il Robin Williams dottore-clown Patch Adams.

Come si capisce dal titolo un po' provocatorio di questo paragrafo, potrebbe essere che l'esperienza ospedaliera della pediatria costituisca un modello, quasi un paradigma per tutto il resto della assistenza ospedaliera. Quello che rende più difficile questo è la differenza di dimensioni, che dipende anche dal fatto che i bambini si ammalano meno di una volta oltre ad essere in numero proporzionalmente in calo rispetto alla popolazione adulta. Ma a me non pare che questo sia un motivo sufficiente per non muoversi su questa linea, per rinunciare a provare a mettersi ogni tanto dalla parte dell'ammalato. Ouesto cambiamento in qualche situazione sta già avvenendo, più facilmente nelle realtà piccole che in quelle di grandi dimensioni. Nella nostra regione, per esempio, nei punti nascita degli ospedali più piccoli e periferici, l'attenzione alle esigenze delle madri in un momento fondamentale come il parto è liberazione in primo luogo.

mediamente maggiore che in quelli più grandi.

La riduzione dei tempi di attesa, la diminuzione del numero e della durata dei ricoveri sono parametri molto semplici e banali, che la pediatria ha modificato a partire dagli anni '60-'70, ma che ora dimostrano una tendenza al miglioramento anche nei reparti per gli adulti. Ci si potrebbe chiedere perchè la pediatria sembra arrivata prima degli altri, non per prima come dirò subito, al riconoscimento di questi obiettivi. Posso provare a dare alcune, ovviamente opinabili, risposte. Un primo motivo è che forse chi decide di occuparsi di bambini ha in sè, proprio per il fatto stesso di aver fatto questa scelta, più attitudine in questo senso: uno dei miei maestri ha scritto una volta che chi fa questa scelta ha molto di femminile in sè, anche se è maschio. Potrebbe essere proprio così, e le risposte alla mini-inchiesta sopra esposta non sono in disaccordo con questa ipotesi.

Per quello che riguarda poi la mia esperienza (ma non solo mia chiaramente) è stato sicuramente fondamentale l'aver vissuto molto da vicino, e con momenti di forte interazione, l'esperienza della psichiatria basagliana a Trieste. Non posso che essere d'accordo con Norberto Bobbio quando afferma che la "rivoluzione" psichiatrica in Italia è stato l'evento più importante del secolo che sta per finire. Anche chi ha trovato criticabile quell'esperienza, ed erano molti, non può essere passato indenne dall'essere, volente o nolente, influenzato dallo spirito di quel movimento e dai valori che ne stanno alla base: il riconoscimento della dignità dell'ammalato e la sua

## Lettera dalla pediatria

Scritta da un bambino immaginario

E una lettera immaginaria che nasce da una concreta e significativa esperienza di animazione so- a misura di bambino, di cui va riconosciuta la difciale all'interno della unità operativa – così si ferenza rispetto all'adulto. Uno spazio in cui conchiamano oggi i reparti ospedalieri – di pediatria dividere una esperienza, magari dolorosa, ma che dell'Ospedale di Pordenone. L'intensità di tale comunque rappresenta una occasione di apprenesperienza è sottolineata dai disegni elaborati dai dimento e di crescita. D'altra parte anche gli ope-

ressante osservare come, rispetto alle molte e noiose pagine con cui la sociologia sanitaria argomenta sull'immagine sociale dell'ospedale – una immagine attraversata dalla sensazione di imbarazzo e di timore, dalla paura del non conosciuto, connotato da un linguaggio, da simboli e da oggetti che non sono padroneggiati – come questa immagine di timore dell'ospedale venga resa in modo icastico e divertente in poche righe nella prima parte della lettera. La lettera contiene ulteriori indica-

to dalle esigenze esistenziali del bambino e da di cui è intrisa, per il coinvolgimento emotivo - vedi la lettera - che comunque ci vuole e che vere nella comunità.

oramai fa parte della funzione paterna. Un luogo bambini che ritrovate in queste pagine. È inte- ratori della pediatria sembrano essere attraversa-

> ti da questa diversità, in quanto, di questi tempi, mantengono complessivamente una notevole passione e motivazione per la loro attività professionale. Ci auguriamo che questa esperienza di animazione sociale continui; è una esperienza che, oltre a favorire la compliance nella cura, arricchisce i bambini che entrano in contatto con il reparto e indirettamente, in qualche modo, tutti noi.

> Infatti la lettera, pur traendo origine da una routinaria attività di reparto, è come un apo-

zioni, a cui ci richiamava Giulio A. Maccacaro logo che ci rammenta, se ce lo fossimo per caso molti anni fa: «Il bambino è dell'ospedale, o è dimenticati, che la cura dell'altro, della persona nell'ospedale». Nella seconda ipotesi è evidente ammalata, può svolgere una funzione educativa che i reparti vanno trasformati nel senso indica- – anche e soprattutto per la sofferenza e la paura quelle del suo rapporto con la madre. Magari con che essa implica – una funzione educativa che un intervento deciso e un poco comico del padre può plasmare la dimensione sociale del nostro vi-M.A.R.C.

Alex ha provato a chiudere gli occhi. Ha provato a mettere le testa sotto il cuscino. Ha provato tenersi stretto all'orsetto Gruffy... Ma è tutto inutile. Non riesce proprio a dormire. [...] Sente una voce più forte che gli parla dentro le orecchie. È la voce della paura, che continua a ripetere: O-spe-da-le, o-spe-da-le, ADESSO TI FAN MA-LE... E non c'è un tasto per farla smettere.

di niente, Piemme ed., Ĉasale Monferrato (Alessandria), 1998.

A. Levatelli: Alex non ha paura

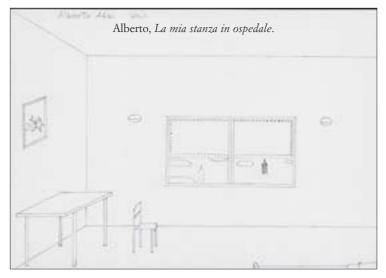
Ah! Come ti capisco, pensavo tra me e me, mentre leggevo le pagine del libro. L'ospedale, la paura, le strane idee che occupano la mente facendo battere il cuore all'impazzata.

Anch'io, caro Davide, quando sono arrivato qui in Pediatria mi sentivo come Alex: non avevo mai visto questo ambiente e non conoscevo le persone che ci lavorano. Nonostante le pareti colorate ed i disegni cercassero di distrarre il mio sguardo,



i miei occhi cadevano insistentemente dentro quell'ambulatorio, su quel lettino dove mi sarei dovuto sdraiare, su quell'armadio pieno di oggetti strani dei quali conoscevo solo – e già queste bastavano per spaventarmi – le siringhe. Ce n'erano di tutti i tipi, anche di enormi! Ripensavo alle proporzioni imparate a scuola:

bambino piccolo: ad ago piccolo bambino grande: ad ago grande.



Sì, quella siringona sarebbe re in ospedale. Sono proprio toccata proprio a me! In quel così grave? Sentivo la fronte momento ho provato un'irresi- bruciare dalla febbre e ripenstibile voglia di scappare: ma savo al nonno che dall'ospedacome potevo correre? La testa le non era più uscito. mi girava e le gambe non ave- Mi sono addormentato così in vano nessuna voglia di reggere quella stanza che, per qualche il mio peso.

mamma che sarei dovuto resta- un po' della mia pipì; era la po stavo già meglio e così ho de-

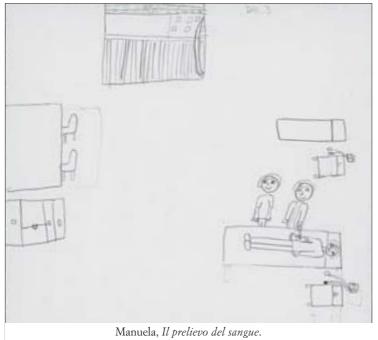
giorno, sarebbe diventata la mia. Poco dopo sono stato visitato Sono stato svegliato perché ed il dottore ha detto alla l'infermiera doveva raccogliere

prima volta che la facevo dentro ad un vasetto e la cosa mi faceva un po' sorridere. Ma non ho più sorriso quando ho sentito parlare di prelievo del sangue. In un recipiente avevo visto tutto l'occorrente e, quando l'infermiera si è avvicinata, mi è venuto da piangere ed ho nascosto le braccia schiacciandole sotto la pancia con tutto il mio peso.

«Ma sii ragionevole, non fare il bambino!» aveva esordito il papà.

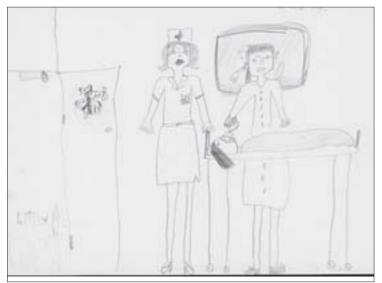
Coosa? Non fare Cosaaa? Il BAMBINO? Ma io sono un bambino e ho tutto il diritto di agire, pensare, ed aver paura co-ME un bambino!

Hanno aspettato che mi calmassi un po' e poi mi hanno spiegato che avrei sentito solo un "pizzicore" e che quel bracciale che mi stringeva il braccio serviva per poter vedere le vene. Ma la cosa che ho fatto più fatica ad accettare era quella farfalla... con il pungiglione! Il giorno do-





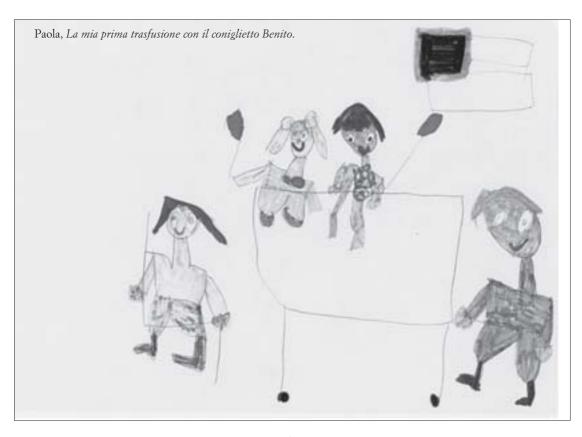
ciso di fare una visita alla sala giochi nella speranza di scacciare la noia che cominciava a farsi sentire. Ero incuriosito ed attratto da quella stanza piena di giochi, di colori, di voci di altri bambini: finalmente un ambiente familiare. Mi sono guardato subito attorno ed oltre ai giochi, ho notato altri bambini ricoverati ed ammalati proprio come me. Abbiamo fatto amicizia e, di tanto in tanto, ci scambiavamo le nostre esperienze e riconoscevamo le nostre paure. Non ci crederai, ma il condividere con altri gli stessi timori ci



rendeva più forti, più corag- no spiegati attraverso il gioco. giosi. Chi aveva già subìto cer- Pensa che il giorno prima che ti esami li raccontava a chi li Stefania venisse operata, abdoveva ancora fare mentre, in biamo giocato con dei *lego* che altri casi, se nessuno sapeva di riproducono la sala operatoria,

funzione di certi strumenti medici e ci siamo travestiti... da chirurghi, con tanto di mascherine e cuffiette. Quel giorno, sia noi grandi che i più piccini abbiamo "operato" bambole, orsetti, soldatini, persino il cavallo a dondolo! Era troppo divertente osservare quella insolita situazione.

Ma io, che come ben sai sono molto furbo ed attento, ho capito il segreto di quelle attività così "particolari". Facendo quei giochi, non solo stavamo imparando delle cose nuove, ma, attraverso le risate ed il divertimento, stavamo scaricando tutte le tensioni che ci facevano fare brutti sogni durante la notte ed alimentavano la nostra paura durante il giorno. Non è una bella trovata? Anche la maestra dovrebbe inventare qualche gioco per inseche cosa si trattasse, ci veniva- abbiamo osservato e capito la gnarci l'aritmetica, l'analisi





grammaticale... forse la scuola sarebbe più bella!

Ma torniamo a noi. In guesta sala giochi ne capitano davvero di tutti i colori. Un giorno, mentre stavamo costruendo un collage, abbiamo visto entrare un letto... o meglio un bambino che era stato portato da noi insieme al suo letto perchè non si poteva alzare. Certo, si stava un po' più stretti, ma è stato bello poterlo far giocare.

C'era anche una bambina che faceva una trasfusione insieme ad un coniglio sì, hai capito bene. Forse la cosa poteva apparire buffa: un coniglio di pezza che veniva trasfuso assieme ad una bimba. Più di qualcuno, infatti, aveva osservato perplesso, ma quello che più importava è che lei era serena e sorrideva, sì sorrideva! Non si sentiva più sola; aveva un compagno con cui condividere quell'esperienza anzi, quell'avventura.

Ti dico "avventura" perché qui siamo tutti un po' come dei cavalieri che devono "combattere" la loro battaglia personale; per alcuni è più leggera, per altri è più lunga e faticosa e, nonostante il supporto dei medici e delle infermiere e la presenza rassicurante di mamma e papà, i protagonisti siamo noi: i bambini.

Abbiamo però una grande risorsa: sappiamo giocare, sappiamo ridere, sappiamo stupir-



di sapone da non sentire, per tornerò a casa, spero che tu un po', neanche più il dolore. un'ottima medicina dal sapore un pallone che ci stanno aspetgradevolissimo e dall'effetto tando. Ciao, a presto.

ci così tanto davanti alle bolle immediato. Anche se presto venga qui a trovarmi: in sala E così che il gioco diventa giochi ci sono un canestro ed



### Rimedi alla solitudine

#### Lucio Schittar

Come abbiamo detto vivere in città, ma anche talvolta vivere in campagna, favorisce la solitudine. Oltre a questo fatto, dovuto al luogo dove si abita, ci sono anche delle cause "demografiche": chi è malato di una malattia cronica si scopre improvvisamente solo, se per caso non ha un coniuge; chi va in pensione, dopo i festeggiamenti, si scopre solo; chi resta vedovo, dopo un periodo di comprensibile lutto, si scopre solo, tanto più se è una donna. Nella città vivono sole molte persone che non hanno mai formalizzato i loro legami, o che si son separate dopo le nozze; queste persone, i cosiddetti *singles*, vivono soprattutto in città, e tutte hanno un problema in comune: quello di essere sole. Quindi la solitudine è diffusa, e, se non è una scelta, a lungo andare minaccia la salute. Non dovete risentirvi se ne parlo in un modo che vi può sembrare leggero: è solo una difesa contro l'angoscia che l'argomento suscita. Certo prevenire è meglio di tutto, ma come si fa, ad esempio, a prevenire delle reazioni che, c'è il sospetto, sono profondamente radicate nell'animo umano?

Quindi cerchiamo, anche se è molto difficile, di fare una terapia sintomatica, di "curare" in qualche modo i segni della solitudine. I seguenti consigli possono essere utili. Vengono dall'osservazione, non sono un semplice invito, e non pretendono di esaurire ogni possibilità.

Pratiche e riti Il vivere soli porta più facilmente a rivalutare i momenti di silenzio, momenti che si cercano di frequente dentro una chiesa. Chi non è entrato una volta d'estate in chiesa? Ne ha goduto il fresco e il silenzio. È un'esigenza di tutti: in un mondo assai rumoroso godere di un po' di silenzio. Non solo per questo, ma anche per questo molte persone che vivendo sono rimaste sole si rivolgono alla Chiesa. È poi da dire che le pratiche religiose si svolgono secondo rituali ben conosciuti, quasi sempre uguali da anni: sono perciò rassicuranti per persone che appaiono fragili e vivono il cambiamento come una personale aggressione. Le pratiche religiose rispondono anche, in un mondo in cui la razionalità più nitida e ritagliata riguarda il denaro, ai bisogni emotivi delle persone, come dimostra il successo di sette e religioni orientali.

Sagre e caroselli Oggi sono state riscoperte numerose occasioni di incontro tra le persone, in cui si mangia carne come i signori di una volta e si bevono vino e birra, che smorzano i pensieri più neri. Queste sono le sagre, che oggi sono state riscoperte, e magari inventate, come parte della "tradizione". Talora, a corto di sagre, si sono riscoperti dei "caroselli medioevali", i quali spesso non sono che la ripetizione di film in costume come *Ivanhoe*, con i gonfaloni, la corsa a cavallo e con molti colori vivaci. Il cibo viene poi sciorinato su lunghi e stretti tavoli di legno, e fa venire l'acquolina in bocca a tutti i presenti, soprattutto se sono fortemente appassionati di pasticceria.

I MERCATINI Un modo per combattere la solitudine è quello di frequentare i mercatini, sia tradizionali, e ben conosciuti, che inventati, anche questi, da amministrazioni comunali a corto di "risorse". Sono, come si sa, mercatini dell'antiquariato, e tante cose hanno vendita, che chi li in frequenta può anche non saper più dov'è rovistando fra tutti gli oggetti.

L'AMORE O LA MACCHINA CELI-BE Le persone che sono sole cercano talora di alleviare la loro condizione innamorandosi di qualcuno: cercano insomma un'altra persona con cui dividere l'affetto ed il tempo. Naturalmente questa ricerca, lunga o corta, sempre affannata, a volte provoca nella persona sola dei sensi di colpa nei confronti di "ciò che bisognerebbe fare" e di "come bisognerebbe comportarsi".

Come si sa, le persone, tanto più se son sole, hanno un gran desiderio di seguire il principio del piacere (il principio del dovere l'han già seguito nel loro tempo di casa), e se non possono, per molte ragioni, mettere in atto questo principio con un'altra persona, cercano di attuarlo come possono: per esempio si consolano mangiando dei dolci o cercando altri incontri, oppure ricor-



Henri Matisse, La gioia di vivere (1905-1906).

rendo al cosiddetto "piacere solitario", che richiede un più forte esercizio di fantasia, ed è quindi, a ben vedere, più di testa che di corpo.

LA CURA DEL CORPO Uno dei modi in cui meno si sente la solitudine è la cura del proprio corpo, con saponi, con creme, con profumi, con *shampoings*, o facendosi fare dei massaggi, o frequentando una palestra, per fare del moto o per dimagrire. Sembra che in tal modo, cioè facendo del moto, si liberino nell'organismo delle endorfine, simili a morfine naturali, che danno forza e piacere.

IL CONFESSORE OPPURE ANDAR PER NEGOZI Confessare sembra un'esigenza diffusa fra le persone sole. Non potendo continuare a parlare nei cimiteri, né a parlare al telefonino senza essere ascoltati, né potendo con facilità confessarsi presso un sacerdote, molte persone chiedono di parlare con lo psichiatra. Scoprire che un me-

dico può far qualcosa per loro le fa molto inquietare. «Allora vuol dir che son matto!» esclamano. «Se vado dal medico dei matti, vuol dir che son proprio matto». Sono inconvenienti che talvolta accadono a chi si fa curare. Andar per negozi sembra invece un'attività particolarmente ricercata dalle donne. Oggi si è scoperta la ragione per cui questa cosa fa così bene alle persone che la praticano. Sembra che in questa occasione le commesse sviluppino tutte le loro capacità, di attenzione, di seduzione, di accudimento. Chi entra in uno di questi negozi è certamente blandito più del suo solito, e quindi si sente al centro del mondo e ne ricava una sensazione piacevole. Quindi una delle cose che si possono fare quando una persona si sente sola è quella di andar bighellonando, ed entrare in un negozio di vestiti, dove, per trovare la taglia giusta, la persona viene sottoposta ad un vero massaggio del corpo e dell'anima.

Pet-Therapy Come si sa la cura di un animale sembra che faccia bene anche all'estimatore di animali, tant'è che su questo argomento si fanno persino dei convegni scientifici. Accarezzare un animale (gatto o coniglio che sia) sembra che abbia comunque delle valenze benefiche sul corpo del "padrone", di cui abbassa, per esempio, la pressione arteriosa. Avere un animale fa comunque bene a chi lo accudisce; persino persone affette da qualche male al cervello, che rifiutavano di comunicare anche con i loro medici, sono migliorate, ed han ripreso a comunicare, con un animale vicino. È così vero che la vita con un cane o con un gatto è talora preferita a quella con dei congiunti.

L'ESPRESSIONE ARTISTICA Il fatto di essere soli o di essere andati in pensione (di qualsiasi tipo) talora aumenta il nostro tempo libero, e il tempo libero svolge una funzione che possiamo definire maieutica, simi-

le a quella della levatrice: aiuta a tirar fuori quello che è dentro. Per esempio, Murer (scultore) diceva (non solo lui, naturalmente) che l'opera era già dentro il legno, e che lo scultore sfrondava soltanto gli elementi superflui. Quindi il tempo libero, col suo procedere lento, diverso dal tempo veloce del fare, tira fuori cose che nelle persone erano già da prima. Molti pensionati manifestano delle propensioni artistiche: fondono essi stessi delle piccole sculture metalliche oppure incidono lastre di rame o manifestano qualche altra inclinazione manuale.

Il gruppo e la cravatta persone sole spesso si uniscono per avere più forza. Entrano cioè in un gruppo. L'importante è che il gruppo sia misto: di vecchi e di giovani. I gruppi misti sono quelli che riescono meglio. Talvolta le persone frequentano un coro, che è una forma di gruppo molto diffusa e accettata, e accoglie persone di varia età e condizione, purché siano intonate. Le persone sole hanno anche più bisogno degli altri di identificarsi in qualcosa. Per esempio, in Inghilterra, le persone che hanno fatto i loro studi nella medesima scuola possono portare per tutta la vita una cravatta che le identifica; lo stesso avviene per le persone che praticano lo stesso sport: per esempio, le squadre di bocce hanno una loro divisa, un loro cappello, e naturalmente una loro cravatta. Le persone sole sono le più propense ad unirsi ad altre nei gruppi organizzati, per esempio, come abbiamo detto, di tipo scolastico, o sportivo, o politico. In Inghilterra vi è una radicata tendenza a valorizzare l'individuo: brutta o bella che sia, la persona deve comunque

venir valorizzata; perciò le idee degli individui, anche quelle apparentemente più strane, vanno ascoltate da tutti. Così si spiega il successo di un podio popolare come quello di Hide Park Corner, dove improvvisati oratori tengono dei discorsi in piedi su cassette di frutta rovesciate. Esiste a Londra una pubblicazione che insegna come passare in città tutta un'intera giornata senza spendere un soldo. Ci sono nelle grandi città piattaforme speciali per osservare i grandi lavori che vengono effettuati nel centro, e che, per il resto, sono circondati da alte barriere di metallo ondulato. Nel mondo si va pubblicando un quotidiano che viene dato, per la vendita, ai poveracci, che così, vendendo il giornale, giustificano la loro presenza.

Viaggi in pullman Oggi, per raggiungere geograficamente posti molto distanti, e, socialmente, classi sociali che prima erano sopra la nostra, si usa assai spesso l'aereo. Ma per far viaggi più corti, per vedere posti più vicini, e molto belli, e spendere quasi niente, si prende il pullman. Talvolta il viaggio è organizzato da ditte che, oltre al viaggio ed al pranzo in un ristorante, promettono la pubblicità di alcune cose come le coperte *merinos* e le batterie di pentole. Questi viaggi sono frequentati soprattutto da persone anziane, che talora si vedono finalmente ascoltate; spendendo poco esse vanno in luoghi che hanno sognato per tutta la vita, e in tal modo più volentieri mettono mano al portafoglio o prendono impegni per il futuro.

Una nuova lingua Un modo per cercar di superare i problemi dati dalla solitudine è quello di concentrarsi su qualcosa: cosa c'è di meglio, in questo caso, che concentrarsi sull'apprendimento di una lingua diversa? Quindi tra i provvedimenti "per la terza età" (una delle categorie demografiche più a rischio di solitudine) si enfatizza l'apprendimento di una lingua straniera. Le lingue più importanti per una persona, almeno da noi, oggi sono quelle che si useranno negli Stati Uniti d'Europa: l'inglese (lingua internazionale degli affari e della scienza), il francese (lingua mondiale dei rapporti diplomatici), il tedesco (di ceppo sassone come l'inglese, e lingua dei futuri padroni d'Europa: si parla infatti in un terzo della Svizzera, in Austria e in Germania) oppure lo spagnolo ( lingua neolatina, simile a certi dialetti della lingua italiana).

SPETTACOLI Sempre per combattere la solitudine a volte è utile frequentare le mostre d'arte, le sale teatrali, le sale da concerto, o quelle cinematografiche: si vedono infatti in queste sale alcune persone sedute da sole, che cercano in questo modo anche di riempire il loro tempo troppo libero.

VOLONTARIATO Molte persone sole cercano un'occupazione, anche volontaria, cioè totalmente gratuita. Ci sono quindi molti aspiranti alla definizione di volontario, soprattutto nel campo dell'assistenza. Questa prestazione fa sentir bene, e canalizza energie che, in passato, erano volte contro il nemico.

La musica lenta o la poesia Molte persone sole ascoltano in casa loro musica (classica o popolare), e questa, soprattutto nei tempi lenti, fa loro compagnia. Alcuni leggono delle poesie, e leggendole si sentono meno soli.

## Baudelaire alla Unità Sanitaria Locale

Piero Feliciotti

FARSI CENTAURO Mi piace proprio, questa immagine dell'Ippogrifo.

Viene subito in mente un altro animale mitologico, un altro mostro, il Centauro; la cui figura mi ha insegnato moltissimo sul lavoro istituzionale, grazie ai libri di Primo Levi, uno che di istituzioni se ne intendeva. «L'uomo è Centauro» dice Primo Levi.

L'istituzione, è Centauro. Dirò di più: a seconda del modo in cui l'operatore sa farsi Centauro, sa inventare e sostenere ogni giorno una divisione tra tecnico e poeta (e politico), solo se è in grado di parlare e di intendere due linguaggi, senza rinunciare a nessuno, solo a queste condizioni l'istituzione può diventare un luogo vivibile, perché aperto a un conflitto etico.

Questo tema richiederebbe, da solo, un lungo discorso. Troppo lungo, davvero. Volevo almeno che una suggestione, un'immagine puramente evocativa, corresse fra le righe del mio breve scritto, e vi trasparisse come in filigrana. Se capiterà l'occasione la svilupperò. Per ora, mi basta questa idea di Ippogrifo o di Centauro, che è proprio buona per pensare un'istituzione di salute mentale. Abbiamo bisogno di farci creatori di cultura.

Dobbiamo assolutamente sottrarci all'abbraccio soffocante del tecnicismo, della medicalizzazione, della psicologizzazione. È il modo migliore per raccogliere l'eredità della psichiatria.



Gustave Moreau, Poeta morto portato da un Centauro (1890 circa).

SULLA TOSSICOMANIA E I NUO-VI SINTOMI Così, se dovessi, in una frase sola, riassumere anni di dibattiti sulla tossicomania, direi: non abbiamo letto abbastanza Baudelaire. Se l'avessimo fatto, avremmo evitato, a distanza di trent'anni, di dire per ben due volte la cosa giusta al momento sbagliato. Quando e come abbiamo fatto questi errori?

Primo errore e prima volta: nel '68. Quando la droga cominciava appena ad avere la rilevanza di un fenomeno di massa, e il suo uso si caricava di una certa aria di contestazione, addirittura di ribellione, ci siamo spesso accontentati di una sociologia un po' frettolosa che attribuiva alla droga il senso di una rivoluzione della conoscenza (ci sono voluti anni di fallimenti "terapeutici" per farci capire che la faccenda non si poteva sbrigare sul pia-

no degli interventi sociali; c'è voluto uno sforzo notevole di comprensione per darci la dimensione di una "malattia" del tutto particolare).

La tossicomania, così com'è oggi, è qualcosa di radicalmente legato alla "modernità"; nasce nella prima metà del 1800 intorno ai circoli culturali degli artisti, e si estende lentamente e gradualmente fino all'attuale fenomeno su vasta scala. E vero, all'inizio si ricorre alla droga in cerca di un'ispirazione che alimenti la creazione artistica – e così ci si riporta alla radice antica, sacra e sciamanica dell'uso degli stupefacenti. Radice effimera, però; perché ormai le condizioni della società non sono più propizie ad una frequentazione del sacro così semplice e "a buon mercato". Baudelaire, autore modernissimo, che nella droga cerca un ampliamento degli stati di individualità, non manca di cogliere l'ambiguità di tale anacronistica ricerca.

Nei Paradis artificiels, egli rimprovera all'hascisc di generare null'altro che un'abitudine alla servitù, una gioia solitaria, che rende «l'individuo inutile a se stesso e la società superflua». Lungi dal favorire la creazione, la droga «rivela all'individuo nient'altro che l'individuo stesso»: l'Io si contempla in uno stato ideale, si ammira in una virtù ideale, si compiace di una carità ideale, in un genio ideale. La droga non crea, ma illude; scimmiotta gli stati artistici, li copia. E soprattutto, permette a chiunque di diventare la caricatura del poeta, la sua copia banale e svilita. Questo «babbeo della vita intellettuale», che come un baro, perché a colpo sicuro, si procaccia «un paradiso d'occasione» è il Borghese: «l'uomo che vuole comperare con un po' di denaro la felicità e il genio».

Risposta folgorante, visione penetrante e lucidissima. Altro che rivoluzione! Il milieu culturale in cui il fenomeno droga nasce, si alimenta e acquista un senso è la borghesia capitalista, sazia di benessere. Chi si droga pretende di acquistare ciò che non ha prezzo: è l'uomo-massa, ottuso, capace solo di mimare e pagare qualsiasi cosa. L'artista, invece, è l'uomo che ha scelto di restare libero, faticosamente libero. «Bisogna innanzitutto vivere e lavorare» dice il poeta. Solo il lavoro, costante, tormentato e niente affatto gratuito, permette l'accesso alla creatività; che non è per nulla quello stato di grazia allucinato e svagato che il mito del "genio" alimenta; è fatta invece di fatiche della volontà e di errori. Ah! Veramente, se trent'anni fa avessimo meditato queste righe, mai avremmo fatto credito di alcunché di rivoluzionario al tossicomane, uno che «vende l'anima al minuto» per «guadagnare il paradiso in un solo istante». Eppure...

Eppure anche Baudelaire era un borghese. Lo siamo tutti, dopo Les Fleurs du Mal; dopo che il poeta ci ha mostrato lo specchio e ci ha chiamati per nome: *«hypocrite lecteur, – mon* semblable, - mon frère». Baudelaire ha avuto un ricchissimo padre e una borghesissima madre, e poi un borghesissimo patrigno (quel generale Aupick al quale voleva andare a sparare sulle barricate del 1848, e che tanto fece per il Secondo Impero, che Napoleone III nominò prima ambasciatore e poi sena-



Francisco Gova, incisione tratta dai Capricci (1799).

tore). Anche Baudelaire ha sperimentato nella droga – «falsa felicità e falsa luce» – il travaglio di una ribellione ambigua. Certo, non se ne è accontentato, e ha prodotto un capolavoro. Ma in fin dei conti, quella specie di forza eversiva che il fenomeno della droga contraddittoriamente conserva non lo si può liquidare a colpi di moralismo (come si tende a fare oggi: in tempi di certezze scientifiche trionfanti e di genetica molecolare, tutte le malattie dipendono dai neuromediatori). A meno che non pretendiamo di insegnare a uno come Baudelaire che cos'era la ribellione. Vi pare il caso?

Secondo errore e seconda volta: oggi. Se, di tanto in tanto, rileggessimo Les Fleurs du *Mal*, forse non ci basterebbe la riduzione terapeutica del danno e i farmaci sostitutivi; magari cercheremmo di capire perché la tossicomania conservi, nonostante tutto, una sua triste funzione sociale. Funzione di separazione, come cercherò di mostrare.

È stato detto giustamente che Baudelaire è il primo a portare sulla scena poetica la folla anonima e moralmente degradata della società del benessere: quella società capitalista e mercantile di cui Baudelaire odiava l'ottimismo, la fiducia nel progresso scientifico, l'arroganza iconoclasta, l'uguaglianza e soprattutto il cinismo che riduceva tutto a merce. «Tutto si vende», scriveva alla madre e si riferiva nientemeno che alla propria poesia...

Ebbene, quella borghesia è solo il primo nucleo della nostra attuale società, dell'individualismo e del mercato globale. Una società non più fondata sulla guida di ideali universali, e in cui i valori simbo-

lici sono in perdita.

Le morali antiche, centrate su identificazioni forti e sulla prevalenza degli interessi della comunità rispetto a quelli dell'individuo, sono tutte morali dell'austerità, dell'abnegazione, del sacrificio. Finché il modo di godere trans-individuale è animato dall'ideale, la castrazione – come la chiama la psicoanalisi – è prevalente sul godimento. E il Padre è figura autorevole della cultura.

Oggi, invece, viviamo nella società del benessere, e il godimento ha la supremazia sull'identificazione; così la nostra morale si deve confrontare con una caccia al plus-godere. Ovvero, con la promozione di massa dell'oggetto di consumo, dell'appetito insaziabile, del diritto a un godimento che ognuno cerca a propria misura, in una specie di reazione (autistica e autoerotica) alla perdita di identità tipica della globalizzazione.

Quando Baudelaire ci parla di una felicità che ha il prezzo di una verde noce di hascisc, e «occupa lo spazio di un cucchiaino»; quando descrive genialmente «la banda degli iloti che simula la smorfia del godimento», la folla anonima che si perde per le strade di Parigi, questo non-luogo (il primo non-luogo), spazio spersonalizzato e senza confini; egli non fa che anticipare la nostra società senza Padri, in cui uguaglianza e benessere di massa diffondono nuove forme di malessere. Ecco, di lì a poco, «il gregge

Ecco, di lì a poco, «il gregge degli uomini», i tossicomani che frequentano le nostre comunità terapeutiche; ecco le anoressiche, le bulimiche, gli alcolisti, i marginali, e i *borderline*; tutti quelli che trovano la felicità in un «verde confetto».

GODIMENTI SENZA META NÉ CAPO La tossicomania è il prototipo del malessere moderno: tentativo di accedere direttamente al godimento grazie a un oggetto del mercato, senza passare per il corpo dell'Altro, senza rischiare l'incontro d'amore.

C'è un paradosso nel fatto che questi sintomi, frutto di una società dell'agio, più che del disagio, sono molto più distruttivi dei sintomi classici; e sempre più sono sintomi sociali, sintomi-massa. Perché, in questi disturbi, ce n'è davvero poco di soggetto. Per averne un'idea, basta accostare l'aumento dei fenomeni psicosomatici a quello delle tossicodipendenze. In entrambi i casi si tratta piuttosto di godimenti che vagano nello spazio del corpo o che conquistano violentemente lo spazio sociale, in cerca di un soggetto che se ne faccia responsabile. Quando si dice che questi fenomeni colpiscono il corpo sociale, si dice qualcosa che racchiude in sé due verità: la prima è che i sintomi interessano molto di più la società che il soggetto, il quale non se ne lamenta molto, né va spontaneamente a chiedere una cura. La seconda è che il nostro cor-



Baudelaire che fuma l'hascisc, acquarello dello stesso Baudelaire.

po è sempre più un corpo pubblico: educato a godimenti programmati (si pensi anche solo all'uguaglianza planetaria dei sapori dei fast-food), espropriato al soggetto man mano che, nella società della comunicazione di massa, la barriera fra vita privata e vita pubblica viene meno (avete visto *The Tru*man show?). Si vive sempre di più in pubblico, non c'è spazio per la vita familiare e intima; al suo posto, il talk-show, la chiacchiera inconcludente. "democratica" e senza pudore. A pensarci bene, Baudelaire, dandy sublime e insaziabile flaneur, che con un brivido si immerge nella folla degli *égarés*, corpi-merce (leggere Lacan – Seminario XVII – a proposito del «materiale umano»...), pura forza lavoro, che va senza meta e «senza capo» (...e leggere Freud, a proposito della reazione di panico), non anticipa mirabilmente il brivido degli odierni attacchi di panico (ormai fatto in serie, anche perché alla portata di un qualsiasi confetto di Prozac)? Non ci dà anticipatamente la misura di un'alienazione e di una segregazione ben più terribili?

La crisi della nostra società può essere giustamente definita come crisi del sacro e del tragico. Essa consiste negli effetti di estenuazione che il discorso della scienza opera sul simbolico. La soggettività moderna, dice J.-A. Miller, è trascinata, imprigionata, suggestionata da un turbine irresistibile che la sommerge industrialmente di sembianti. Il senso del reale, il suo "valore", si riduce a puro nome, evapora al ritmo della produzione mercantile.

Al tempo stesso, è anche una crisi di credibilità della famiglia e della funzione paterna che di questi valori simbolici sono crogiolo e deposito. Insomma, è l'Altro che non tiene; eroso e soppiantato dal discorso della scienza, impersonale, disincarnato, asettico, e replicabile all'infinito.

Questa situazione ha delle conseguenze gravi sulla crisi adolescenziale, punto di snodo nell'acquisizione dell'identità e dello stile di godimento del soggetto. Perché il discorso scientifico infiltra lo spazio familiare, esautora la parola, estrania il tempo, espropria il sapere e la credibilità. La "formula" per educare, governare, curare (...e amare, e godere) è ormai sulle pagine di qualsiasi giornale; formula scientifica, naturalmente, perché il capitalismo è questa miscela di chiacchiera, scienza e mercato. Ouindi non si tratta soltanto di crisi dei valori; la crisi riguarda le persone in carne ed ossa, il loro modo di stare dentro a questa chiacchiera globale, lo stile con cui si assumono il compito di educare, di curare, di governare.

L'Altro non è più quello che sa che cosa ci vuole davvero per te. Non è né istituito, né autorevole; esiste solo in quanto basato sulla dimostrazione di un potere tecnico. Di qui, la



Gustave Caillebotte, Strada di Parigi, tempo piovoso (1877).

sua inaffidabilità come Altro della verità del soggetto. Il discorso della scienza, tende a togliere responsabilità alle persone e la affida agli "specialisti". Nessun rischio per i soggetti complici di questo grottesco dramma. Ma i complici sono anche vittime.

Infatti, è difficile ribellarsi a questa fiera. Riecco la ribellione, allora.

Quale soggetto? Questa volta si tratta di una ribellione diversa. Perché in questa situazione in cui la famiglia e la funzione paterna, esautorate dal discorso della scienza, sempre meno rappresentano un riferimento, la crisi adolescenziale cambia. Si allunga, diventa inresta che vivere "in pubblico" le proprie difficoltà di passaggio, l'elaborazione della propria identità e dei propri godimenti; perché l'invischiamento in un discorso familiare a desiderio debole è infinitamente più pericoloso, quando il Nome del Padre non è una garanzia sufficiente (e si veda l'aumento delle violenze che si perpetrano in famiglia). E una specie di separazione giocata sulla scena sociale; e non più nel privato dell'Edipo, delle fantasie, dei sintomi nevrotici classici.

Dunque, per realizzare la sua separazione, il soggetto sceglie come può a partire dalla condizione in cui lo mette la kultur, la struttura sociale, l'Altro, insomma. Il tossicomane è un terminabile. E al soggetto non inventore: inventa il sintomo in cui la crisi adolescenziale

adatto per questo Altro che non è più affidabile.

La droga ha un doppio statuto: per un verso è un oggetto di godimento totalmente alienante, che non può fondare una autentica creazione, perché non è frutto di un'elaborazione soggettiva, transizionale, generatrice di cultura; e così imprigiona il soggetto in una relazione perversa. Ma per un altro verso, la droga è un significante del discorso sociale, intorno al quale si organizza tutta una dialettica, una discussione, una serie di interventi, di dibattiti, di relazioni, di persone. Questo discorso è certo fatto di parole vuote, di chiacchiere al limite, ma separa il soggetto dal discorso familiare

stenta a compiersi. Naturalmente, la droga non realizza una vera separazione, perché si fonda su godimenti alienati e superegoici; tuttavia il circuito sociale tempera il godimento mortifero bloccato nel discorso familiare e lo spinge a riarticolarsi, a riaprirsi. La funzione della droga nel discorso sociale dà accesso a un godimento che, per il soggetto, non coincide col drogarsi. Gli permette di vivere, di barcamenarsi tra comunità terapeutiche, farmaci, operatori, pensioni sociali, metadone e così via. Utilizzando un'espressione di moda, direi che il ricorso alla droga è già – grazie alla dialettica significante sociale – un intervento di riduzione terapeutica del danno che un Altro truccato arreca al soggetto.

"Drogato" diventa il nome con cui il soggetto può affacciarsi sulla scena sociale. E non è sufficiente dire che questo "nome" congela ogni dialettica perché si saprebbe bene che cosa vuol dire, non ci sarebbero discussioni come questa, se fosse proprio così. La droga è la protesi identificatoria che permette al Soggetto di parlare e di essere parlato, di trovare a livello sociale una rappresentanza per le proprie pulsioni. Il godimento viene certo distribuito in modo anonimo e uguale per tutti, («la banda degli iloti che simula la smorfia del godimento»), in un fuoricorpo difficilmente soggettivabile. Però è una condizione più vivibile di quanto non lo sia un'identificazione parentale priva di dialettica e che inchioda il soggetto dentro a un discorso familiare bloccato, truccato, mortifero.

Per il soggetto, la soluzione tossicomanica rappresenta una scansione di cui non è cosciente, ma che conserva in sé qualcosa del proprio discorso familiare, della propria particolarità di godimento, dei propri "valori" - elemento reperibile nelle condizioni in cui passa all'atto e si buca. E un aggancio ambiguo e inefficace, in quanto non soggettivato; ma raggiunge lo scopo, perché divide l'Altro familiare e riapre il discorso. Che è il vero problema del soggetto. Infatti (come dimostra bene la psicosi), solo se l'Altro non è onnipotente, solo se ha una mancanza, il soggetto si può separare.

Il tossicomane viene a porre sulla scena sociale la domanda di sempre: che cos'è un padre? Domanda che egli oppone a questo Altro scientifico che è pura funzione (e pura finzione): senza autorevolezza, senza carisma, senza credenza, senza amore. E che dunque non si prende la responsabilità di dirti, pur senza saperlo, che cosa ci vuole per te. Perché la differenza con la funzione paterna è che colui che fa funzione di padre è qualcuno che accetta anche il rischio di dire cosa ci vuole per te – pur senza saperlo bene. Per questo rischio – che è di natura etica – è degno di rispetto.

Classicamente si dice che accetta di fare da modello: che non significa solo o tanto qualcuno o qualcosa da imitare, quanto piuttosto – come nota J.-A. Miller – l'atto di dare una rappresentazione alla funzione. Compito, classicamente, impossibile perché fra rappresentazione e funzione si apre uno iato, uno spazio per il soggetto. È dunque padre chi sa prendere a proprio carico ciò che Freud chiama la rimozione originaria, e così le dà consistenza. ne propone una versione; e dimostra che quell'impossibile da sostenere nell'educare, nel governare, nel curare ha il senso della sfida portata con entusiasmo. Proprio per questo, vivere è creare; è lavorare (come diceva Baudelaire) per qualcosa di possibile. Ma bisogna crederci: e la credenza è l'effetto soggetto, l'effetto invenzione. Dirò di più: è l'effetto amore. L'unica cosa che la scienza non conosce, perché il discorso scientifico si fonda sull'esclusione dell'amore.

È il padre che per primo si assume la responsabilità di testimoniare che il rischio dell'amore è sopportabile. E dunque il tossicomane chiede qualcuno che sappia correre questo rischio; prendendo quel posto in cui il sapere non garantisce l'atto – e proprio per questo (e ciononostante) bisogna che atto sia. In questo, ha qualcosa che lo avvicina al poeta. E al bambino.

În fondo il tossicomane attuale è eroe e vittima della modernità. Mi sarebbe piaciuto mostrare che Baudelaire, poeta maledetto, incarna per primo questa strana funzione sociale. Ma sarebbe stato troppo lungo, ci avrebbe portato attraverso la sua vita e le sue poesie.

I nuovi sintomi, però, mi sembrano proprio quei fiori del male che ora germogliano in serie, replicati – frammenti, granelli che inceppano il tempo alienato della nostra moderna cultura, che ne graffiano la profonda accidia. Dunque, tossicomania non solo come scelta melanconica del soggetto, ma anche come rovesciamento dell'accidia dell'Altro, respinta al mittente, rinviata a tutti coloro che hanno il compito di inventare e sostenere il valore dell'Altro. Cioè, proprio a tutti noi.

La tossicomania è lo specchio mostrato all'Altro perché vi si riconosca, finalmente – hypocrite Autre, mon semblable, mon frère.

#### La salute e viceversa

#### Fulvio tesolin

La salute la sento quando mia il suo corpo stesso fosse malato figlia di 9 mesi mi saluta con un sorriso accattivante, storcendo la testa di lato, e mi fa intendere «ci sei, mi fai giocare un po'». La salute non è solamente l'emozione che Marta mi procura con la sua ingenuità di neonata, ma è certo anche questa possibilità.

La salute è la disponibilità che trovo per salutare le persone che incontro per strada, che non mi distraggono e non mi disturbano. È un chiacchiera fatta per caso che non pretende nulla e che tuttavia ricorda al mio corpo che muoversi è denso di intenzioni e di incontri.

Mia moglie Lucia mi risponde «Che la salute è il piacere di mettersi a tavola e di ridere». Io aggiungo che è denso di implicazioni positive arrivare la sera dal lavoro ed incontrare il suo sguardo che mi saluta e mi chiede come va.

La salute è riflettere su di essa e non sapere con certezza cosa sia veramente.

Oggi la salute è pensata come la malattia dell'altro, che non ti riguarda. Oggi qualcuno può pensare che passati sotto lo sguardo del medico e del suo strumentario, e definiti sani, si è destituiti da ogni responsabilità sulla propria salute. Molti la vedono e la sentono così.

Anche gli occhi e le mani del medico hanno perso, in parte, la loro proverbiale capacità di penetrare il problema della salute del paziente che gli sta di fronte. Il medico è spinto a non fidarsi più del proprio corpo, come se

di una malattia semantica prima ancora che sociale. Persiste sempre in lui il dubbio che il suo sguardo non sia abilitato a scrutare il profondo.

Cosa dire poi della salute della signora Gina, molto vicina ad un secolo di vita, che mi racconta così la sua vita odierna: «Vede dottore, non conosco più nessuno, i miei pronipoti pongono domande diverse da quelle che ponevano i miei figli, alle quali non so rispondere. Da quando è morto mio figlio Giuseppe, 5 anni fa, non mi sono più riavuta. E poi tutti i coetanei sono morti, è rimasta solo una cugina che vive lontano e che non sento e non vedo da tanti anni, di lei mi giungono solo i saluti di seconda mano e ogni tanto».

Ouando esco e mi metto in macchina ripenso a quelle pa-



Gustav Klimt, Morte e vita (1915).

role. Il discorso della signora Gina non mi pare che faccia una grinza, è troppo facile liquidarlo dicendo che è depressa. Mi pare che abbia messo solo i puntini sulle i, che abbia raccontato la sua verità di grande vecchia. La sua salute è molto vicina alla morte, la vita è cosi tenuemente rappresentata per come la vedo io, tutti i giorni. In fondo al mio ragionamento mi rimangono le parole della mia paziente e l'esempio della tensione che lega la vita alla morte, di quel discorso che nominiamo salute. La sua salute, la signora Gina, la vive con infinita dignità e ritengo che bisogna essere tagliati per imbastire un discorso, una partita cosi lunga con la vita.

E in qualche modo impegnativo, direi quasi doloroso, scrivere anche piccole cose sulla mia salute e non ne parliamo di quella degli altri. È doloroso perché confina con tutti quei quesiti sull'esistenza giusta ed ingiusta, trasparente od opaca, che è necessario affrontare per rimanere aderenti ad un ideale di se stessi e nel rispetto del proprio corpo. Figuriamoci poi se penso alle implicazioni che la mia salute trova con e negli altri.

Mia figlia Marta mi insegna che bisogna faticare per imparare a camminare sulle proprie gambe, lei si aggrappa ovunque pur di tentare. La salute è questo continuo richiamo "a cercare" di tenere fede al proprio corpo, al proprio essere, in movimento.

#### LA SALUTE E I SUOI TRAVAGLI

Nell'estate del 1984 Wagatsuma Hiroshi incomincia ad avvertire una sensazione fastidiosa in gola. Si rivolge al fratello medico che gli prescrive urgentemente un'endoscopia. Ulcera all'esofago è il responso dell'esame. «Non è un cancro?» domanda Wagatsuma'. «No. È un'ulcera».

E l'inizio per lui di una tragica esperienza che lo porta a confrontarsi dolorosamente non solo con la realtà terribile di un male che lo condurrà alla morte, ma anche con il muro di menzogne che gli viene costruito nel maldestro tentativo di preservarlo dalla verità.

Con fermezza Wagatsuma esige che gli si parli sinceramente; non solo, ma fa anche, da antropologo culturale, di questa esperienza l'ultimo campo di indagine della sua vita. Perché, si domanda, i medici giapponesi si ostinano a negare al malato oltre ogni evidenza la realtà del suo male? Perché, invece, negli Stati Uniti – dove egli ha vissuto per molti anni – i medici dicono tutta la verità e dal primo momento? Davvero si tratta in Giappone di un modo per preservare il paziente da un trauma psicologico che gli impedirebbe di reagire adeguatamente e di accettare le ultime cure? Non è forse un malinteso spirito compassionevole che nasconde la debolezza del medico e che nega alla persona il diritto di sapere quanto gli resta da vivere?

L'intervento chirurgico palliativo all'esofago a cui Wagatsuma viene sottoposto lo lascia

# L'infelicità del medico

Mario Colucci

senza voce per l'asportazione anche dei nervi laringei invasi dal male. Tuttavia, prima di morire, ha la possibilità di scrivere una lucida memoria che lo psichiatra Doi Takeo fa pubblicare con un commosso ricordo dell'amico scomparso: memoria che contiene un atto di accusa contro la medicina e la sua incapacità di confrontarsi con la morte<sup>2</sup>.

La società moderna si fonda sullo scomparsa dell'idea di morte. Ma è questo davvero



Albrecht Dürer, Il sogno del dottore.

quanto palesemente desidera la nostra coscienza, come si domanda Gadamer?3. Una nuova forma di illuminismo che abbaglia con i successi della scienza moderna e della tecnologia delle informazioni e contribuisce a demitizzare la morte? La rivoluzione industriale e le sue conseguenze tecnologiche hanno indubbiamente modificato l'esperienza della morte fino a giungere alla sua scomparsa dall'orizzonte di una vita artificialmente gonfiata dalle illusioni della scien-Tuttavia, la medesima scienza che demitizza la morte, può farlo soltanto dimenticandosi che dall'esperienza stessa della morte ha tratto la sua possibilità di rifondarsi. Questo perlomeno a partire dalla fine del xvIII secolo, quando un'improvvisa frattura incrina il sapere occidentale e dà inizio a una nuova età epistemologica e a nuove griglie di riferimento disciplinare: in medicina si afferma quel metodo anatomico-clinico che costituisce la condizione storica perché questa disciplina si dia come positiva4.

«Aprite qualche cadavere» scriveva Bichat nel 1801 nella sua Anatomie générale, «vedrete tosto scomparire l'oscurità che la sola osservazione non aveva potuto dissipare»<sup>5</sup>. Perché è dal cadavere, dall'evidenza del corpo morto che adesso la scienza deve trarre la verità sul corpo vivo. È la grande coupure, come la definisce Foucault<sup>6</sup>, il taglio che ferisce in profondità la medicina occi-

dentale segnando il passaggio da un'osservazione puramente clinica dei sintomi a uno sguardo anatomico sugli organi dissezionati nell'immobilità dello spazio autoptico. È «il momento in cui il male, la contronatura, la morte, in breve tutto il fondo nero della malattia. vengono alla luce: tutto cioè si rischiara e si sopprime ad un tempo come la notte, nello spazio profondo, visibile e solido del corpo umano. Quel che era fondamentalmente invisibile s'offre d'improvviso alla chiarezza dello sguardo...»<sup>7</sup>.

Ouale straordinaria conversione per la scienza medica che fino allora aveva sopportato la morte come la minaccia estrema capace di distruggerne il sapere e di renderla impotente! Adesso è proprio alla morte che lo sguardo medico chiede conto della vita e della malattia ed è proprio sul corpo morto che fonda la sua verità. Dopo la morte si può ricostruire il percorso devastante della malattia, il corso della sua vita patologica che si è accresciuta come un parassita a spese di un'esistenza. «Dall'alto della morte si possono vedere ed analizzare le dipendenze organiche e le sequenze patologiche. Invece d'essere quel ch'essa era stata così a lungo, la notte in cui s'allunga la vita, in cui la malattia stessa si confonde, viene dotata ormai del grande potere di schiarimento che domina e mette in luce insieme lo spazio dell'organismo e il tempo della malattia...»<sup>8</sup>. Lo sguardo del medico, «l'occhio che ha visto la morte»<sup>9</sup>, trova il nuovo fondamento della sua scienza nell'istante che precede la decomposizione dei corpi, nel tempo breve del cadavere fresco e dissezionato, già pronto a sigillare per sempre il suo segreto nella dissoluzione

finale della materia. Non potrà più la medicina fare a meno di questo corpo morto, evidenza fugace e insieme verità eterna, prova inconfutabile ma senza possibilità di ripetizione.

L'autopsia è il trionfo dello sguardo medico, è lo spazio e il tempo in cui la malattia si manifesta in tutta la sua realtà, perché totalmente incisa nella



Larmessin, Abito da Medico.

carne prossima al disfacimento. Ma non è solo la malattia che trova la sua piena evidenza nella luce bianca della morte; è la vita stessa che acquisisce la morte come «punto di vista assoluto e apertura sulla verità»<sup>10</sup>. Punto profondo più che punto finale: non tanto quindi una vita che corre verso la morte, ma una morte che corre sotto la vita. Degenerazione degli organi, usura dei tessuti, consumo dei fluidi, lento disorganizzarsi delle funzioni, logorio sordo e instancabile della morte nelle profondità della vita, che ne mina la struttura, ne frena lo slancio, ne spegne le energie, fino all'irrigidimento, all'immobilità, al silenzio.

Quale sia stato il turbamento della scienza lo si comprende,

nel momento del suo trionfo positivista, dalla forza con la quale questa verità, per quanto palese, viene dimenticata e, inversamente, nella sua crisi fenomenologica, dalla sorpresa con la quale questa verità, già nota, viene riscoperta.

Persino Freud – da anni lontano dalle sale anatomiche sembra affascinato e insieme sconvolto da una verità sorprendentemente analoga che si fa strada nella sua giovane scienza "senza corpo". Cerca di resistere, ma alla fine non può fare a meno di ammettere<sup>11</sup> che, al di là del principio di piacere<sup>12</sup>, in perenne contrasto con le pulsioni di vita, esistono delle pulsioni di morte destinate a una costante ripetizione priva di senso. L'immagine che meglio definisce per Freud questa morte è meno quella della distruzione e dell'annientamento, piuttosto quella dell'irrigidimento, della persistenza, della fissazione. È la ripetizione che resiste alla differenza, è l'identico che neutralizza il molteplice, è la pura tendenza a ripristinare uno stato precedente, è il godimento fisso che paralizza la mobilità del desiderio.

Da questo punto in avanti il percorso di Freud, già scomodo e accidentato, si fa ancora più impervio: è la comparsa di un'insensatezza imprevista nel castello teorico fino allora faticosamente costruito, la tragica esistenza di una pulsione ineducabile che rende conto di quell'interminabilità dell'analisi dolorosamente ammessa da Freud. La pulsione di morte è il cadavere che permette di rifondare la psicoanalisi, è il corpo privo di vita che obbliga lo sguardo della nuova scienza sulla fissità della materia e sull'eterna ripetizione delle sue regole: è il monito, nello stesso

tempo, a non dimenticare l'origine della sua verità, la precarietà del suo sapere e l'impossibilità del suo trionfo.

Probabilmente, Wagatsuma Hiroshi non avrebbe avuto alcun interesse per queste considerazioni, probabilmente avrebbe solo voluto dei medici capaci di sostenere il suo sguardo e il suo bisogno di sapere, probabilmente la sua paura della morte è cresciuta proprio nel momento in cui ha capito che gli mentivano<sup>14</sup>. Sicuramente non avrebbe mai voluto trovarsi in quella situazione. È il suo amico Doi Takeo che ci mette a parte della violenta collera che Wagatsuma provò verso tutti i medici quando seppe che gli avevano nascosto la verità e che non gli restavano che due o tre mesi di vita: «La sua rabbia era senza dubbio diretta contro i medici, ma essa era forse più profondamente rivolta verso l'incommensurabile assurdità che fa che un male atroce ponga bruscamente fine all'esistenza. È possibile, in definitiva, che i medici non siano stati altro che il bersaglio su cui sfogare la sua collera» 15.

Alla fine, Wagatsuma accetta la realtà e comprende che non ha

- 1. Wagatsuma Hiroshi, *Cancro*, in «Lettera Internazionale», anno 4, numero 15, gennaio-marzo 1988, p. 65.
  2. Doi Takeo, *Il dilemma del medi-*
- 2. Doi Takeo, *Il dilemma del medico*, in «Lettera internazionale», cit., pp. 68-69.
- 3. H. G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994, p. 69.
- 4. M. Foucault, *Nascita della clini*ca, Einaudi, Torino 1969, p. 222.
- 5. X. Bichat, Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine, 3 voll., Paris 1801, prefazione, p. XCIX, tratto da M. Foucault, Nascita della clinica, cit. p. 169.
- 6. M. Foucault, Nascita della clinica, cit. p. 168.
- 7. Ivi, p. 221.

senso attaccare i medici giapponesi né portare come esempio quelli americani, senza considerare che questi ultimi sono innanzi tutto preoccupati di non incorrere in sanzioni disciplinari per mancata informazione al paziente. In Giappone la verità non viene detta per timore di un trauma psicologico, negli Stati Uniti la verità viene detta per timore della legge, il trauma psicologico del paziente non riguarda il medico. In entrambi i casi, c'è l'insostenibilità del confronto. l'inettitudine a valutare la sensibilità della persona che si ha di fronte e la sua capacità – o il suo desiderio – di apprendere la tragica notizia.

«Non è che sia insensibile [il medico]. È solo che in queste circostanze non sa come comportarsi con un malato. Non ha mai imparato che il dialogo con i pazienti è un elemento importante del trattamento. Certo, può provare del rimorso, ma finisce sempre per liberarsene dicendo che ciò non fa parte del suo lavoro di medico» <sup>16</sup>.

Ma qual è allora il lavoro di un medico di fronte alla morte? La scienza gli insegna qualcosa di questa esperienza? Wagatsuma è amareggiato perché

8. p. 166.

9. Ibidem.

10. Ivi, p. 177.

11. «Ricordo come io stesso rifuggii all'idea d'una pulsione distruttiva quando emerse per la prima volta nella letteratura psicoanalitica e quanto tempo mi ci volle prima che fossi disposto ad ammetterla.» (S. Freud, Il disagio della civiltà, in *Opere* di Sigmund Freud, 12 voll., a cura di C. L. Musatti, Boringhieri, Torino, vol. 10, p. 607).

12. Oltre al precedente, fondamentale riferimento bibliografico sulle pulsioni di morte in Freud è *Al di là del principio di piacere* del 1920 in *Opere* di Sigmund Freud, cit., vol. 9, pp. 187-249. Inoltre, fra i tanti

continua a credere in un sapere medico che dipenda dalla persona del malato, che consenta di riservargli maggiore attenzione e tempo, proprio quando il tempo sta per finire, e che sappia trovare il modo giusto per informarlo. O per tacergli la verità. Non è detto, infatti, che sia sempre giusto informare il paziente e che il diritto di sapere sia sempre più legittimo del diritto di non sapere. Un sapere per ciascun malato, caso per caso.

Incontra, invece, una medicina lontana dagli uomini, che si vanta di essere universale e di usare procedure sperimentate e trattamenti identici in tutto il mondo a garanzia della sua verità e che propala il verbo assoluto della vita finalmente scoperta nei suoi ultimi segreti, ma che perde la ricchezza delle singole vite degli uomini, le esistenze prossime alla fine, i progetti spezzati e le speranze deluse, il desiderio di sapere tutto o l'illusione di ignorare per sempre. Una medicina che non pensa davanti alla morte perché non sa che farsene della morte: se questa deve arrivare, che sia silenziosa e senza storia, una morte nascosta che non possa turbare le fragili certezze dei vivi.

contributi sull'argomento, si consiglia G. Berto, L'assillo dell'identico. Note sulle pulsioni di morte in Freud, in «aut aut», n. 287-288, settembre-dicembre 1998, pp. 53-85.

13. Si consiglia S. Freud, Analisi tarminali la ci interminali la in Ope

terminabile e interminabile, in Opere di Sigmund Freud, cit., vol. 11, Pp. 495-535.

14. Doi Takeo, *Il dilemma del medico*, cit., p. 69.

15. Ibidem.

16. Sono parole tratte dal romanzo *Tangansha* (Portatore di cancro) di Ishii Hitoshi – medico otorinolaringoiatra, morto di tumore al polmone – e riportate da Wagatsuma Hiroshi in *Cancro*, «Lettera Internazionale», cit., p. 67.

# Errori della medicina, errori dei medici

Bruno Vidal

Sbagliare è un'eventualità della quale il medico è consapevole, anche se la maggior parte dei clinici, specialmente nel passato, ha sempre fissato la propria attenzione e orientato il proprio insegnamento sul modo più appropriato per raggiungere la verità, vale a dire una diagnosi corretta, piuttosto che sulle modalità da osservare al fine di evitare l'errore.

Se accettiamo, nell'ambito della medicina, l'equivalenza tra diagnosi corretta e verità, è opportuno accordarci sul concetto di verità, dal quale scaturisce, come suo contrario, il concetto di errore. Non è qui il caso di entrare nel profondo di questa problematica sulla quale si è arrovellato da oltre 2500 anni il pensiero dell'uomo. Quando sento parlare di verità, provo un senso di smarrimento e mi viene in mente Ponzio Pilato il quale si chiede pensoso «Quid est veritas?» di fronte al Nazareno che gli espone la sua verità. Sarà sufficiente ricordare che esiste fra le tante una nozione classica della verità, che risale ad Aristotele, secondo la quale essa consiste nella corrispondenza fra le idee e la realtà.

Prima di entrare nel nucleo del nostro discorso, è bene chiarire perché vadano distinti gli errori della medicina, intesa come *corpus* dottrinario, dagli errori dei medici, anche se talvolta i due tipi di errore possono abbinarsi.

Esula dal nostro tema il complesso argomento della critica per così dire sociologica della



Rembrandt, Lezione di anatomia del dottor Tulp (1632).

medicina moderna, argomento sul quale esiste una copiosa letteratura (basterà ricordare il sociologo viennese Ivan Illich) ed esulano pure le disfunzioni, le anomalie e le colpe che caratterizzano modi e mezzi di applicazione della medicina in Italia, etichettate con il termine di malasanità. Noto per inciso che malasanità si riferisce alla sanità intesa come istituzione sociale e non alla medicina, intesa come scienza applicata.

A questo punto sembra lecito aprire una parentesi e porci la domanda: è scienza la medicina? La risposta è: no.

Infatti, la medicina è una disciplina empirica, una professione che comporta abilità diagnostica e terapeutica; tuttavia la medicina si serve necessariamente della scienza e della tecnica, o meglio si impegna nella loro corretta applicazione, benché non sia indispensabile che i medici conoscano le basi scientifiche della loro professione: per prescrivere correttamente un antibiotico non occorre la conoscenza scientifica approfondita della microbiologia e della biochimica, così come per interpretare le immagi-

ni della risonanza magnetica non necessita una laurea in fisica, così come per guidare correttamente un'automobile non necessita sapere come sia strutturato il carburatore.

Sicuramente il metodo del pensiero scientifico deve appartenere al patrimonio culturale del medico (se non altro perché egli possa farsi un giudizio sulle cosiddette medicine alternative, che preferisco definire alternative alla medicina, e che prescindono da ogni metodologia scientifica). A questo proposito vorrei ricordare quanto diceva un filosofo sassone, di preferire l'errore dello scienziato alla corretta soluzione di un ciarlatano. Senza il supporto della scienza e del metodo scientifico la medicina sarebbe ancora immersa nei secoli bui, succube della magia e della superstizione, di quella superstizione che tanto ha nuociuto allo sviluppo della scienza e che Sisto v, il papa urbanista, alla fine del '500 decretò doversi giudicare con la medesima severità esercitata contro l'eresia.

Mi riferisco all'era pregalileiana, e a questo proposito una data merita d'essere ricordata: il 1543, allorché Andrea Vesalio, il grande fisico-filosofo e chirurgo fiammingo docente a Padova, pubblicò il suo rivoluzionario *De humani corporis fabrica*, fondamento della moderna anatomia, che vide la luce in coincidenza nell'anagrafe della storia, con l'opera copernicana *De rivolutionibus orbium celestium*, fondamento della moderna meccanica della terra e del cielo: la rivoluzione antigalenica del corpo umano risulta dunque sincrona alla rivoluzione antitolemaica dei corpi celesti.

Il meccanicismo seicentesco coinvolgerà poi il medico in un'ulteriore rivoluzione che completerà la trasformazione del metodo scientifico da speculativo a ipotetico-sperimentale e la scienza, anche quella connessa alla medicina, si calerà dalla metafisica, o meglio dalle speculazioni astratte e talora astruse, a quella che Galileo chiamava «sensate esperienze e certe dimostrazioni». In un certo senso scienza e medicina sono agli antipodi: la scienza cerca risposte a questioni generali, la medicina cerca una risposta specifica al problema specifico del paziente. Altra differenza: mentre la scienza è amorale, nel senso che non può essere buona o cattiva, ma solo vera o falsa, in medicina la questione morale entra prepotentemente sia nel rapporto fra medico e paziente sia nell'ambito della salute pubblica.

A proposito del rapporto medico-paziente ci si imbatte in una talora sconcertante aporia, da quando il medico ha cominciato a vedere nel paziente non tanto una totalità – un organismo complesso, un'unità psicosomatica, un soggetto umano implicato in situazioni di vita patogene – quanto piuttosto una somma di organi, dei quali alcuni malati, altri no, e da quando, sull'opposto versante dialettico, il paziente ha cominciato a vedere nel medico non tanto un punto di riferimento "generale" per i suoi problemi di salute, quanto piuttosto un punto di smistamento verso esperti settoriali, verso i cosiddetti "specialisti",

che possono suddividersi in specialisti d'organo (cardiologi), d'apparato (pneumologi, urologi), di sistema (ematologi, neurologi), di metodi (radiologi), di patologia (oncologi). Sui parossismi dei professionisti dell'ultraspecializzazione potrebbe disquisire e ironizzare al lungo. V'è chi li ha definiti: coloro che sbagliano con sicurezza, oppure coloro che non hanno più bisogno di ragionare, e i tedeschi hanno coniato un termine molto espressivo: Fachidioten (gli idioti delle specialità).

Tornando al tema, gli errori dei medici sono errori umani e in quanto tali, entro certi limiti, inevitabili (amputazione dell'arto sano, avulsione del dente indenne, per esempio) e dal punto di vista epistemologico sicuramente meno interessanti degli errori che riguardano la medicina, ossia la dottrina (error scientiae). Questi ultimi sono insiti nei dogmi, nelle verità accettate, nei rituali della medicina, che dovrebbero venir costantemente demistificati e sottoposti a verifica critica. Infatti il progresso della medicina risiede in gran parte nella scoperta degli errori incorporati nelle nostre teorie e nel passaggio a nuove teorie esenti da quegli errori, più approssimate al vero.

I medici, nella formulazione delle loro diagnosi, devono fare sempre riferimento al sistema delle conoscenze mediche comunemente accettato, sistema che in quel determinato momento storico viene considerato "vero". In altre parole gran parte dei giudizi diagnostici dei medici è valida soltanto nell'ambito di un determinato sistema di conoscenze, che muta con il mutare dei che, a differenza delle leggi scientifiche, si applica a un'entità particolare, il paziente, il che introduce obbligatoriamente – nell'ambito della clinica – la valutazione delle probabilità: «il crepuscolo delle probabilità», come poeticamente disse John Locke. Il primo compito del clinico è pertanto quello di valutare, sulla base degli elementi disponibili, quante siano le probabilità che il suo paziente sia affetto da una certa malattia. Ma se la diagnosi medica è quasi sempre accompagnata da valutazioni probabilistiche, è evidente che essa non può non comportare un certo rischio di errore, esprimibile anch'esso in termini di probabilità. Pertanto nessuna diagnosi potrà mai aspirare alla certezza assoluta e la possibilità di commettere errori è legata alla natura stessa del procedimento diagnostico. Un metodo classico per valutare l'incidenza degli errori è il confronto tra le diagnosi cliniche e le corrispondenti diagnosi autoptiche. Metodo tutt'altro che soddisfacente, fra l'altro perché anche l'anatomopatologo è soggetto all'errore e perché l'anatomia patologica non è sempre in grado di individuare la vera causa di morte anche in rapporto all'incidenza di fattori meramente funzionali.

Apriamo ora l'armadio degli errori, nel quale sono appesi in ordine sparso errori della medicina, errori del medico ed errori di entrambi.

In parte si tratta di sbagli casuali, in parte inevitabili, in parte evitabili. Fra questi ultimi sono molto frequenti quelli dovuti a manchevolezze metodologiche, a ignoranza, a negligenza (per esempio incompleta enumerazione delle ipotempi. Inoltre va sottolineato tesi diagnostiche plausibili), a che la diagnosi è un asserto fretta (quella «fretta che l'onestade ad ogn'atto dismaga», come dice Dante nel III Canto del *Purgatorio*).

Negli anni venti, a Vienna, il celebre professor Steinach introdusse la vasectomia, ossia la sezione dei dotti deferenti come metodo per ringiovanire, in base al presupposto che l'eliminazione di sperma produca un effetto debilitante (come comunemente, ma erroneamente si riteneva), cosicché renderla impossibile avrebbe sortito effetti rinvigorenti. Il successo di quel metodo, divenuto di moda, indusse più di cento insegnanti e professori anche universitari, persino Sigmund Freud e il poeta irlandese William B. Yeats a sottoporsi a vasectomia. Dopo gli iniziali entusiasmi (potenza della moda e della suggestione!), l'intervento risultò del tutto inefficace e oggi nessuno si azzarderebbe a proporlo.

Ho ricordato questo esempio che mi sembra paradigmatico di un errore della medicina e di un errore del medico tra loro congiunti. Errore della medicina, di tipo metodologico, in altre parole affermazione di un principio carente di validazione teorica e sperimentale, ed errore del medico, il quale applica un provvedimento terapeutico in base alla convinzione arbitraria che il cambiamento dei sintomi dopo una determinata cura sia necessariamente dovuto alla cura stessa mentre l'eventuale, aleatorio e spesso provvisorio effetto benefico va riferito ad altre cause (fattori psicologici, effetto placebo etc.).

Il medico esperto sa che i placebo non agiscono direttamente sulle lesioni organiche, ma che, a causa delle correlazioni fra psiche e soma, possono risultare efficaci su taluni sintomi soggettivi, con reale benefi-

cio per il paziente. Studi effettuati sia su animali sia su esseri umani hanno dimostrato che il funzionamento del sistema immunitario si altera in condizioni di stress. La tensione, per esempio, accresce la secrezione di ormoni quali il cortisolo e questo a sua volta può ridurre la resistenza alla malattia. Non è assurdo ritenere che i placebo, riducendo l'ansia, possano agire su innumerevoli mali compresi alcuni che di solito non si ritengono influenzati dalla psiche.

Un placebo funziona soltanto se il paziente è convinto che si tratti di una medicina efficace: questa circostanza pone il medico di fronte a un delicato problema etico, vale a dire se sia lecito e giusto prescrivere, per valersi di un aleatorio effetto placebo, farmaci o procedure che egli sa prive di valore intrinseco, senza poterne informare il paziente. Comunque un bravo medico non può ignorare pregi, limiti e pericoli del fenomeno, tanto sfruttato dai ciarlatani. Il medico dunque può in buona fede e consapevolmente tentare di giovarsi anche dell'effetto placebo, tuttavia non deve mai cedere alla suggestione, che è invece tanto benefica al paziente. Infatti l'effetto placebo contribuisce spesso al successo terapeutico aiutando ad alleviare i sintomi della malattia ed è talora la sola causa di guarigione del malessere e di malattie immaginarie. Molto opportunamente la lingua inglese distingue disease, malattia, da illness, malessere ed è quest'ultimo il cavallo di battaglia del placebo.

Non è raro che i placebo producano addirittura dipendenza e in questo vasto capitolo va compresa la diffusa convinzione di trarre comunque benefici dalle vitamine (mai denominazione di un farmaco fu più fortunata) o da altre sostanze con le quali molti integrano inutilmente un'alimentazione già perfettamente equilibrata. La voluttà di ingurgitare medicine assume a volte connotati maniacali spesso supportati da astute politiche commerciali (calcitonina!), politiche consapevoli che tale voluttà è uno dei caratteri che distinguono l'uomo dagli altri animali.

Tenterò a questo punto di enumerare, senza pretesa di sistematicità, le principali categorie di errori, con l'avvertenza che è necessario distinguere tra errori veri e propri e pratiche scorrette dovute a mistificazione, che rientrano nell'affascinante capitolo della ciarlataneria ed esulano dal nostro tema.

Errore da ignoranza La prima causa di errore è l'ignoranza. Se è vero che l'apparente genialità diagnostica di alcuni medici meno giovani può dipendere semplicemente dal fenomeno del dèjà vu, ovvero dal riconoscimento di ciò che hanno visto in precedenza e intelligentemente memorizzato, e che l'esperienza può evitare errori diagnostici, è pur vero che l'eccessiva fiducia nelle proprie capacità intuitive e deduttive spesso induce a ripetere più volte il medesimo errore e alla rinuncia al continuo aggiornamento e affinamento delle proprie conoscenze, in mancanza del quale anche un medico esperto può esporsi al rischio dell'errore da ignoranza.

La consapevolezza del proprio livello di capacità professionale assume una dimensione etica, e sotto questo profilo credo sia preferibile un consapevole riconoscimento dei propri limiti ad un'eccessiva valutazione di sé. La consapevolezza dei nostri limiti non deve però indur-

re a coltivare l'accidia (il gran peccato contro l'intelligenza) e non deve favorire l'immunizzazione contro le nuove idee. fonte di errori che insidiano maggiormente i medici meno giovani. Tutti comunque dobbiamo ricordare che la nostra ignoranza è un'arma puntata sul malato e tutti dovremmo essere sempre disponibili a sostituire la laboriosa verità ad un errore seducente.

Errore nella valutazione DEL RAPPORTO CAUSA-EFFETTO Da tempo immemorabile medici e guaritori hanno potuto vantare i magnifici risultati delle loro prestazioni perché né essi stessi né i loro pazienti erano in grado di distinguere chiaramente fra semplice associazione e rapporto di causaeffetto, fra coincidenza e causa. Purganti e sanguisughe, salassi micidiali, diabolici clisteri (che nel '700 si riteneva giovassero all'incarnato), interventi chirurgici e farmaci superflui, dimostrano l'incapacità di far tesoro dell'esperienza per evitare di commettere i medesimi sbagli con sempre maggior sicurezza, sotto il segno del dogma che i logici chiamano post hoc ergo propter *hoc*: ero malato, sono guarito, ergo la cura è stata la causa della mia guarigione. Forse è la vita che causa la morte, perché l'una precede l'altra? Una concomitanza, quando è plausibile dal punto di vista biologico, può suggerire un collegamento causale, ma la dimostrazione di un nesso di causalità è ottenibile soltanto sperimentalmente con rigorosa procedura. Sempre fra gli errori nella valuta- Errore da propagazione di zione del rapporto causa-effetto, va ricordato che anche se l'associazione fra A e B è realmente causale, non ne conse- ne degli spinaci, ossia della cregue necessariamente che ogni denza che gli spinaci siano

A sarà seguita da B. In altre parole una causa necessaria non è sempre sufficiente: per esempio non tutti i fumatori muoiono di cancro polmonare e non tutti coloro che muoiono di cancro polmonare sono fumatori. Fumare dunque non è causa necessaria e non è causa sufficiente.

Errore da confusione fra CORRELAZIONE E RAPPORTO Un esempio: un CAUSALE sondaggio mostra che la percentuale degli omosessuali è più elevata fra i laureati che fra le persone con minore cultura; perciò è l'istruzione a rendere omosessuali.

Errore da generalizzazione Nasce dall'abitudine di applicare a singoli pazienti ciò che è stato dimostrato statisticamente vero per le popolazioni. L'insidia rappresentata da una scorretta interpretazione delle statistiche è sempre in agguato; particolarmente frequente l'errore dovuto a statistiche compilate su piccoli numeri, errore questo strettamente imparentato con l'errore da osservazione selettiva. Per esempio: «Dicono che una persona su cinque è un cinese. Com'è possibile? Io conosco centinaia di persone, e nessuna di loro è cinese».

Errore da accumulazione Dipende dalla convinzione che molte prove, ciascuna delle quali di per sé debole o semplicemente sospetta, possano fornire una dimostrazione valida se riunite insieme.

ERRORI Un esempio: si deve ad Hamblin (British Medical Journal, 1981) la demitizzazio-

un'ottima fonte alimentare di ferro. Egli s'accorse che il mito fumettistico di Braccio di ferro proveniva da un banale errore commesso nel 1930 da alcuni ricercatori, i quali sbagliarono di mettere una virgola nella loro relazione (una svista, un lapsus calami), cosicché risultò una quantità dieci volte maggiore del contenuto di ferro negli spinaci. Pensate a quanti innocenti e sanissimi ragazzi (compresi i miei figli) sono stati costretti, spesso con l'arma del ricatto, a ingurgitare quella nauseabonda poltiglia verde da mamme solerti, ma vanamente severe, perché oggi è noto che c'è più ferro nelle uova, nella carne di manzo, nei crostacei, nello zucchero di canna e nei legumi e ce n'è altrettanto nel cavolo e in altre verdure.

Errore da fonte autorevole Dev'essere vero perché lo ha detto il tal luminare, o perché lo si è letto sulla «Presse Médicale»: bisogna invece diffidare sempre, anche dell'opinione delle autorità, come consigliava il grande clinico Augusto Murri (1841-1932): «Nella clinica, come nella vita, bisogna avere un precetto, uno solo, ma ineliminabile, il preconcetto che tutto ciò che si afferma e che par vero, può essere falso: bisogna farsi una regola costante di criticare tutto e tutti prima di credere: bisogna domandarsi sempre come primo dovere: perché devo io credere a questo?».

Le fonti autorevoli, anche quando siano ammirevoli per la loro genialità, non devono sfuggire al vaglio critico e a questo proposito giova ricordare l'opinione di Francis Bacon (il filosofo, non il pittore) sugli uomini geniali: quando partono nella direzione sbagliata, sono portati dalla loro prontezza e dalla loro superiorità d'ingegno ancor più fuori strada, approdando a tesi assurde. Ecco un esempio. Negli anni '70 una grande quantità di malati di cancro è stata curata con vitamina C ad alte dosi, soprattutto sulla scorta delle teorie del reputatissimo professor Linus Pauling, premio Nobel recidivo (se ne beccò ben due). Purtroppo una ricerca di controllo pubblicata nel 1985 sul «New England Journal of Medicine», dimostrò che la vitamina C non aveva avuto alcun effetto positivo in un congruo gruppo di pazienti cancerosi studiati con rigorosa metodologia.

Errore da CONSUETUDINE Fino a non molto tempo addietro i pazienti colpiti da infarto cardiaco venivano costretti a letto per sei settimane. Si riteneva, infatti, che occorresse un lungo periodo di immobilità affinché il muscolo cardiaco guarisse. Oggi viene invece consigliato un moderato esercizio fisico da praticare pochi giorni dopo l'infarto: si pensi a quante complicazioni, per esempio fastidiose e a volte tragiche flebiti ed embolie, avrebbero potuto essere evitate.

Altro esempio: la dieta priva di fibre in casi di malattia diverticolare del colon, prescritta inflessibilmente fino a pochi anni or sono, mentre oggi è consigliata un'alimentazione ad alto contenuto di fibre.

ERRORE DA "SPIEGAZIONE SEM-PLICE" Cohen e Rothschild in uno studio del 1979 hanno rilevato che i medici spesso accettano un'idea nuova perché essa offre una spiegazione semplice ad un problema complesso. Non ricordo chi abbia detto che per ogni problema complesso c'è una soluzione semplice, rapida e sbagliata. Le soluzioni semplici spesso cercano di spiegare tutto in generale, soluzioni globali, olistiche, come quelle fornite dall'omeopatia e da altre alternative alla medicina. Un esempio è reperibile in una teoria che ha avuto negli anni '50 molta fortuna, pur essendo dotata di fondamenta piuttosto deboli, la teoria dello stress o teoria generale di adattamento, proposta da Selve e oggi passata di moda. Lo stress, comunque è un termine che ha avuto fortuna e molti sono convinti che sia responsabile di malattie coronariche, cancro, colite ulcerosa, ulcera peptica, etc..

Errore da pregiudizi occulti Anche gli scienziati non sono immuni da pregiudizi che possono condizionare le loro indagini e le loro conclusioni. Scrive, a questo proposito, Bertrand Russell (Saggi scettici, Longanesi, 1980): «Perfino un dotto articolo scientifico sugli effetti dell'alcool sul sistema nervoso farà trapelare, per lo più per il modo stesso in cui è costruito, se l'autore è astemio oppure no; in tutti i casi l'autore tenderà a vedere i fatti in una chiave che giustifichi le sue abitudini».

Errore da esperienza Non raramente esperienze personali del medico, positive o negative, influenzano inconsapevolmente la valutazione del singolo caso. Facciamo un esempio: un medico diventa molto popolare fra i colleghi per aver centrato una diagnosi molto difficile. Ma in seguito continua a formulare la stessa diagnosi in casi simili (come ne fosse affezionato), sbagliando con una certa frequenza.

Errore insito nel concetto di rischio Questo errore de-

riva dalla confusione tra i concetti di rischio relativo e di rischio assoluto. Un esempio extramedico renderà chiaro il concetto: fare il pilota di aereo comporta un rischio relativo maggiore, forse dell'ordine di mille a uno, di morire di un incidente aereo rispetto al rischio di un viaggiatore occasionale. Ma il rischio assoluto di un incidente aereo è bassissimo, altrimenti probabilmente non esisterebbe la professione di pilota.

Così la maggior parte dei dati in nostro possesso sulle malattie coronariche, sul cancro, etc. deriva da studi epidemiologici che si riferiscono al rischio relativo, che è un ele-

schio relativo, che è un elemento da non sottostimare, ma non in rapporto diretto col rischio che in un singolo individuo si sviluppi la malattia.

Con riferimento all'errore da scorretta valutazione dei rischi, vorrei concludere ricordando che molte preoccupazioni che al giorno d'oggi riguardano la salute sono spesso dannose alla salute stessa o comunque al benessere individuale; i mass media non fanno altro che stimolare la nostra attenzione nei confronti degli innumeri pericoli che ci minacciano, pur essendo tali pericoli rari e comportanti un rischio individuale così basso che meglio sarebbe ignorarlo.

Bisogna invece ricordare che la vita stessa è una malattia inevitabilmente mortale, ereditaria (a trasmissione sessuale, come il peccato originale, secondo la stravagante invenzione attribuita a sant'Agostino), e che va vissuta pienamente, in spinoziana letizia (e per i meno filosofi in sana allegria) cercando di distinguere i rischi ragionevoli da quelli irragionevoli.

## Homo faber

### Ouale futuro per il lavoro dell'uomo nel mondo della Tecnica?

SERGIO TONUT

Nel corso di solo alcuni decenni, l'uomo delle società industrializzate è passato da una situazione di carenza economica, di incertezza per la propria salute, di incertezza per la sicurezza degli stati, ad una situazione radicalmente migliore grazie all'evoluzione tecnicoscientifica.

La Tecnica è stato il mezzo mediante il quale l'homo faber si è assicurato prima di tutto la sopravvivenza, la salute, la soddisfazione dei bisogni, la produzione dei beni, la qualità della vita, adeguando ad essa la propria storia ed il proprio modo di essere, con un profondo mutamento della tipologia del lavoro. Oggi la capacità di ampliare e moltiplicare il lavoro dell'uomo, fondamentale nella nostra civiltà industriale, viene assicurata dalla Tecnica che diventa, da mezzo per assicurare i bisogni, lo scopo finale. Se la Tecnica diventa la condizione universale per raggiungere qualsiasi fine, essa diventa il primo fine per accaparrarci il quale, se necessario, non si soddisfano i bisogni e non si producono i beni. Nel mondo occidentale essa è divenuta preliminare alla soddisfazione degli altri bisogni, determinando la vita dell'uomo.

Ma quando l'obiettivo è la produzione, identità e senso dell'uomo vengono stravolti nel totalitarismo della Tecnica dei gesti frazionati. Il lavoro, che potrebbe diventare coronamento dell' "essere persona", diventa l'espropriazione della stessa; e senza scopo identificabile si ha bio, con un incremento del



Ivo Pannaggi, Il condannato alle macchine H2/G (1926).

la deresponsabilizzazione dell'individuo. Il vero dramma di Sisifo non è il peso che di volta in volta deve spingere, bensì l'iterazione senza senso alla quale egli è assoggettato.

Il problema fondamentale dell'uomo moderno è quindi dare un senso al lavoro, riducendone contemporaneamente la durata, il suo peso nell'attività degli individui e delle società, come già nell'Utopia di Tommaso Moro e nella *Città del So*le di Campanella.

All'attuale assolutizzazione e quasi idolatria del lavoro, va invece utopisticamente contrapposta una relativizzazione dello stesso, un suo spostamento dal "centro", prevedendo una produzione sempre più automatizzata e orientata alla soddisfazione di bisogni sociali, alla creazione di valori d'uso e non di valori di scamtempo libero e soprattutto del tempo della conoscenza, in modo da sviluppare tutte le capacità di ogni individuo e di tutti gli individui.

Se dal futuribile vogliamo tornare alla realtà attuale, è possibile comunque tentare una riflessione sull'attuale organizzazione del lavoro, al fine di consentire un miglioramento del modo dell'individuo di rapportarsi con il proprio lavoro e con gli altri individui con i quali si trova ad operare assieme, sì da espandere la creatività e favorire la realizzazione della/delle persone.

Sino ad oggi in tale ambito si è utilizzata un tipo di analisi mirata soprattutto alla valutazione del rendimento economico.

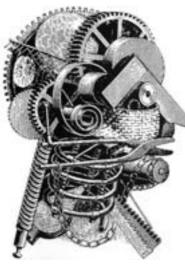
Gli studi economico-commerciali di gestione del personale, dell'analisi del lavoro nonché dei criteri di produttività ed efficienza utilizzati a livello imprenditoriale, non considerano il momento fondamentale rappresentato dall'analisi dell'individuo. Se non vogliamo quindi usare l'efficienza come metro di valutazione dell'organizzazione del lavoro, e nemmeno accettare come prassi l'organizzarsi di gruppi di potere meglio attrezzati per contrattare-imporre i propri interessi, se vogliamo anche escludere posizioni di natura filosofica che dissertano inevitabilmente su che cosa sia il bene (con scarsi risultati pratici) come pure idee sentimentali basate sul volontarismo o su di un egualitarismo per cui tutti debbono avere la stessa mercede, non rimane che analizzare quelle caratteristiche delle
nostre organizzazioni sociali e
del lavoro che rafforzano le
componenti psicologicamente
sane della personalità e del
soggetto, al fine di mitigare la
distruttività umana e migliorare il rapporto dell'uomo con il
proprio lavoro e quindi la qualità della propria vita.

Non serve infatti ricordare come il modo in cui le persone vengono trattate sul lavoro ha una profonda influenza sulla sicurezza ed autovalutazione degli individui, nonché sull'atteggiamento che essi avranno nei confronti della società e quindi, da ultimo, anche sulla loro capacità produttiva. Attualmente l'organizzazione del lavoro umano viene gestita tramite un sistema gerarchico dove alcuni individui esercitano, a vari livelli, l'autorità sugli altri, in una situazione che ha portato il lavoro subordinato ad interessare circa il 90% della popolazione attiva. In questa situazione viene a formarsi una quantità enorme di rapporti superiore-subordinato; il tipo di lavoro è determinato dalla valutazione che del soggetto ne dà il suo superiore.

Le gerarchie esecutive, con il loro meccanismo di responsabilità e di autorità, qualora funzionassero in maniera socialmente costruttiva dovrebbero invece garantire alcuni principi fondamentali quali: il diritto di lavorare al pieno delle proprie possibilità e capacità, il diritto di partecipazione alle elaborazioni delle politiche della struttura, il diritto al ricorso contro i propri superiori, il diritto ad un'equa retribuzione sia di status che economica.

Posto quindi che l'esercizio equilibrato e proficuo dell'autorità, nel mondo del lavoro

come in altri campi, è un compito molto difficile, ci troviamo in pratica di fronte ad una cascata gerarchica nella quale manca qualsiasi tipo di formazione di comando che non sia meramente di tipo economico. Il risultato è che il lavoro, inve-



Louis Poyet, L'inventore (fine '800).

ce di contribuire al rafforzamento dei processi mentali normali, stimola l'evoluzione di processi psicopatologici.

Si incoraggia la passività e si favorisce l'onnipotenza. Si provano continuamente, in varia misura, inutile frustrazione e insicurezza. Avidità e invidia sono messe in moto dalle iniquità. Mancando i meccanismi di partecipazione e di appello, il trattamento autocratico, calato dall'alto, anche con la migliore buona volontà, viene inevitabilmente percepito come ingiusto dai subordinati.

Il ricevere istruzioni, metodo ovvio e ufficialmente condiviso da tutti per mandare avanti le cose, viene vissuto da una parte come una onnipotenza persecutoria da parte del proprio capo (ansia paranoide), e il dare ordini, dall'altra, viene vissuto come il brandire un potere distruttivo e sadico (an-

sia depressiva). L'invidia può manifestarsi nei confronti della persona che occupa una posizione più elevata, percepita come più creativa e libera, ma stessa cosa si può dire per i superiori nei confronti dei subordinati, che vengono percepiti in pace con se stessi in quanto portatori di minori responsabilità.

Sia nel lavoro dipendente che di gestione, occorrono discriminazione e giudizio, nonché capacità di prendere decisioni. La decisione contiene in sé l'incertezza della bontà del risultato finale.

Una considerazione non marginale è quella che l'evoluzione tecnica ha sì accresciuto la quantità di prodotto disponibile, ma paesi come il nostro (soprattutto in alcune aree geografiche ed in alcuni settori produttivi) devono compiere ancora molti passi per quanto riguarda la sicurezza e l'igiene del lavoro. Le nuove leggi di origine europea, tanto pubblicizzate e contestate, non hanno fatto che mettere allo scoperto una situazione italiana di arretratezza, dato che ottime leggi, poco applicate, erano già presenti dal '55 e '56.

Tanto maggiore è quindi sembrata l'importanza (e la pesantezza) dell'applicazione dei miglioramenti richiesti dalla nuova legislazione sul lavoro, quanto più distante era l'attenzione delle imprese (private e pubbliche) al problema.

Il vero avanzamento rispetto alle leggi del passato è invece certamente quello relativo alla crescita culturale che viene richiesta ai datori di lavoro. Il passaggio da una fase di controllo dall'alto ad una di valutazione dei rischi di tipo autocertificativo e propositivo, instaurerà comunque, anche se lentamente, una presa di co-

scienza dei problemi da parte delle strutture aziendali ed un cambiamento epocale nel modo di intendere la gestione del lavoro da parte delle stesse.

Alla gerarchia esecutiva va dato atto di aver reso possibile nel tempo, pur con tutti i suoi difetti, lo sviluppo tecnologico su larga scala. Essa non è una forma istituzionale né buona né cattiva. Dobbiamo provare a vedere se su base costituzionale (e culturale) si possa ipotizzare per essa un modo di agire che richieda e permetta di lavorare al meglio con qualità e sforzi umani normali, contribuendo,

nella gestione del lavoro dipendente, alla salute mentale individuale ed al rafforzamento di una società sana.

Una *leadership* basata sulla realtà, capace di entrare in contatto con le dinamiche degli individui e la loro realtà interiore, potrebbe rafforzare la sensazione di soddisfazione e di serenità mentale di tutto il gruppo di lavoro. Il che non vuol dire l'eliminazione automatica dell'infelicità e delle nevrosi; ma almeno il nostro lavoro non costituirebbe un'ulteriore spinta dall'interno per i disturbi emotivi.

L'ipotesi ardua è quella di un uomo in grado di raggiungere una realistica autovalutazione consapevole, di ottenere una maggior chiarificazione intima "vedendosi dentro", in grado forse di sciogliere i lacci "inevitabili" della Tecnica e di dare un senso al proprio lavoro ed alla propria vita, riappropriandosi in tal modo di un rapporto equilibrato ed armonioso con il mondo e con gli altri uomini.

Da *faber* a conoscitore di se stesso, delle proprie alienazioni e motivazioni, e quindi anche in grado di comprendere le altrui ragioni.

### Marino

#### Cristina Zanardo

Marino ha avuto un ictus da È difficile, e non sempre mi pochi giorni. Lui ancora non lo sa. Vedo la figlia molto preoccupata, ha l'espressione di chi non sa come ricostruire qualcosa che sembra spezzato irrimediabilmente. Cerco di distrarla elencando le cose che possono cominciare a fare insieme, quelle a cui devono stare attenti: la spalla malata è nei primi tempi molto delicata, è come priva di muscoli ed è facile che si danneggi... a avviso: questo è l'inizio di un viaggio che può essere molto faticoso, ma può anche essere l'inizio di qualcosa di nuovo fra di loro. Ho di fronte Marino e la sua famiglia. Mi trovo ad assistere e a partecipare ad una rinascita che è lenta e dolorosa, ma comunque di rinascita si tratta, spesso anche gioiosa.

sento all'altezza del compito ma è un lavorare insieme e l'esperienza aiuta, soprattutto a rendersi conto che ogni persona è diversa e non c'è prognosi che tenga di fronte alle scelte individuali che restano tali fino all'ultimo respiro.

Certo sarebbe bello che la collaborazione tra colleghi fosse più frequente, che l'*èquipe* non fosse solo una parola straniera, che il lavoro che facciamo fosse finalizzato ad un ritorno della persona non a domicilio ma fuori di esso e cioè nella società. Fa rabbia la compassione della gente che pensa di fare del bene dicendo "poverino" di fronte a colui che sta usando tutte le sue risorse per fare magari pochi passi, o quando sono le famiglie stesse "per il suo

più di casa a 50 anni perché temono per la sua salute. Conosco molte persone, intellettualmente conservate che non possono più essere autonome, non possono più prendere decisioni o riprendere il ruolo famigliare e spesso l'handicap non è certo l'esito del loro ictus... Ci sono molte cose e decisioni che non ci riguardano.

Ci sono molte cose che potremmo fare e farle è molto faticoso. La parola fatica forse rende l'idea di un lavorare che spesso oscilla tra l'entusiasmo e la sfiducia totale. Un'associazione per l'ictus? Senz'altro un'occasione per uscire dal qualunquismo lamentoso del dipendente pubblico in un periodo in cui la riabilitazione dell'ictus, per i parametri aziendali troppo lunga e quinbene" a non lasciarlo uscire di costosa, non è più di moda.

# La salute dell'anziano: ossessione della salute ed elusione della morte

GIUSEPPINA PAVAN

Assistiamo ad un proliferare di conferenze e di corsi sull'accompagnamento alla morte; la psicoanalista Marie de Hennezel sostiene che questo è il nuovo rituale per affrontare la morte oggi.

Sono frequenti le trasmissioni televisive in ricordo di personaggi famosi recentemente deceduti. Se sono stati cantanti, ad esempio, si ritrasmettono i loro concerti; giovani ed adulti comperano e ascoltano album degli stessi e vengono organizzati concerti in loro memoria, con una partecipazione corale assicurata. È anche questo un nuovo rituale?

Un tempo i riti funerari e il portare il lutto avevano lo scopo di aiutare i vivi ad accettare la morte dei loro congiunti, di sostenere nella fase del distacco offrendo, comunque, un canale di comunicazione. Si poteva portare il lutto e tutta la comunità partecipava ai funerali. Ora tutto questo deve passare veloce, non può essere condiviso da una cultura di gruppo. Si è soli davanti alla morte, con le proprie risorse psicologiche e sociali. E questo lo hanno ben presente gli anziani, che si trovano nel momento della vita in cui è naturale pensare la morte vicina. Per loro, soprattutto per chi entra in casa di riposo, sembra più presente la morte della vita, sperimentano una morte in vita, in attesa di quella vera e propria. Pochi sono disponibili ad ascoltarli: sembra non abbiano più niente da trasmettere. La vita e la morte hanno

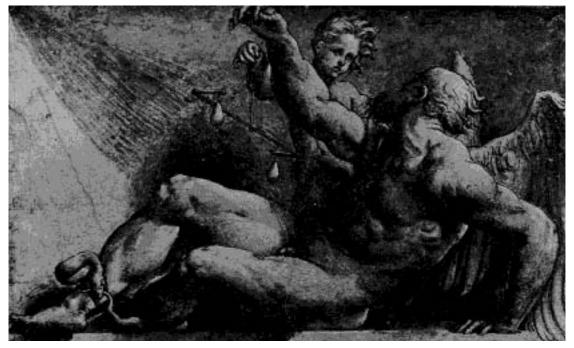
perso la loro sacralità. L'esperienza di chi ci ha preceduto è troppo lontana per poterne far tesoro, ci sono stati troppi e troppo veloci cambiamenti. Ma l'accettazione della morte passa anche attraverso la capacità di affrontarla da parte di chi ci ha preceduto. È risaputo, infatti, che se i nonni accettano la loro morte, danno ai nipoti una possibilità per accettare a loro volta che c'è un termine alla vita. Questo si può trasmettere.

È consolidata la tendenza ad allontanare chi sta per morire da chi vive, isolandolo fisicamente dai luoghi abitati e dalla vita che per altri continua, dando spazio ad interventi medici che spesso dimenticano la persona ricercando una sopravvivenza ad ogni costo.

In diverse case di riposo gli anziani con poca salute, definiti "non-autosufficienti", vengono ricoverati nei piani più alti. Un responsabile di una Casa di riposo così organizzata mi ha spiegato che gli anziani autosufficienti, ai quali sono riservati il gran salone e il bel giardino, non sopportano i non-autosufficienti. Questi sono trattenuti al piano superiore da dove non scendono se non accompagnati dai loro familiari. Il rischio di tutto questo è che chi risiede nel piano riservato agli auto-sufficienti viva nel terrore di ammalarsi e si disperi per ogni minimo peggioramento, e i non-autosufficienti si convincano che non hanno diritto a vivere, visto che la loro presenza è così

di turbamento agli altri. È caduta la dimensione collettiva. La tendenza a separare la vita dal morire e dalla morte ha, però, delle controtendenze sia rispetto ai luoghi fisici sia rispetto alle cure: Madre Teresa di Calcutta accoglieva in luoghi tra loro attigui moribondi e bambini abbandonati; alcune associazioni aiutano i malati terminali che lo desiderano a rimanere nel loro domicilio. In molti casi, chi sta per morire chiede di poterlo fare tra le sue cose e i suoi affetti, e di essere accompagnato in questo dai suoi familiari. E i familiari sono grati, poi, di questa esperienza, che temevano di non riuscire a sostenere e che li aiuta nell'affrontare il lutto.

Da alcune ricerche si è evidenziato come chi è consapevole della vicinanza della propria morte non ne parla, per non disturbare gli altri che a qualche suo timido tentativo hanno risposto: «Ma non dire nemmeno per scherzo che stai per morire!». E lui sta al "gioco". Per quanto concerne la questione delle cure, quelle palliative sono molto meno invasive di una tecnologia medica attenta soprattutto al corpo e non alla possibilità e al desiderio di comunicare di chi muore e dei congiunti, al punto che sembra che se uno sta per morire non ci si può più dire niente. Gli si sta vicino ma non si è con lui: lui è solo. In questo modo ai bambini, agli adulti e ai vecchi è impedito parlare di morte e attorno alla morte. Eppure la vita ha bisogno di con-



Il Pordenone, Allegoria del tempo.

siderare la morte. Molti giovani sfidano la morte non avendone avuto consapevolezza, non avendola incontrata nella loro vita, protetti dai familiari che ritengono che sia importante non far vedere ai figli il dolore e la fatica del vivere. In questo modo, illudendosi che tutto si può avere facilmente e che la morte non esiste ed è solo finzione, la provocano.

La paura della morte si trasforma invece nel tentativo di ignorarla. L'incapacità di dare un significato alla morte spinge moltissimi a ritenere la vita un dato di fatto, immutabile. La morte semplicemente non esiste, è un tema ignorato, negato e rinviato. Ma per rinviare questo tema bisogna usare violenza, in primo luogo a se stessi. E spesso nella violenza verso gli altri si esorcizza la morte. E chiaro che una società che ignora la morte non per questo esalta la vita. Della vita accetta solo alcuni aspetti, come la Giovinezza, la Bellezza fisica.

la Salute, trasformandoli in un'ossessione. Della vita rifiuta gli elementi che possono farla intendere in modo diverso e metterla in discussione: la malattia, ad esempio. In questo modo chi è ammalato diventa la sua malattia.

Anche la vecchiaia è considerata una malattia. Gli anziani, a volte, si vergognano di invecchiare, non accettano il loro fisico, rifiutano le loro rughe. E chiedono disperatamente di interessare: pur di richiamare uno sguardo divengono lamentosi o aggressivi. In alcuni casi sembra essere l'unico modo per sentirsi ascoltati.

La stessa organizzazione del lavoro nelle Case di riposo sembra testimoniare della paura della morte. La gran parte delle energie degli operatori sono rivolte al fare e c'è poco tempo per il dialogo e l'ascolto. Dei vecchi si conoscono solo i loro corpi, che rischiano di sembrare tutti uguali. È come se i vecchi fossero già morti e la sog-

gettività e l'individualità degli stessi, come anche quella degli operatori, venissero annullate. Un anziano muore e il suo letto diventa "libero" per farne entrare un altro; viene subito occupato per motivi economici e non c'è tempo per pensare a chi se ne è andato, di esprimere le proprie emozioni su di lui con i colleghi e ci si sente sempre più soli davanti a tutte queste morti.

Non ho parlato molto della salute, anzi dell'ossessione della salute, che non ha niente a che fare con il prendersi cura di sé. Penso che l'ossessione della salute sia un modo per non esporsi alla vita, per non abbracciarla, per non "sporcarsi" con essa: chi è ammalato si sente obbligato a non poter parlare della sua malattia.

Così non ci accorgiamo che sfuggire la consapevolezza del limite dell'esistenza ci impedisce di vivere nel quotidiano facendo tesoro del nostro passato e aprendoci al futuro.

#### ASPETTANDO GODO...

La zanzariera oscillava pigramente, sospinta dall'aria umida smossa dalle tre pesanti pale elicoidali appese al soffitto.

Il via vai di medici a consulto era diminuito, giusto in corrispondenza della pausa pranzo dei numerosi operatori televisivi presenti, ma la tensione rimaneva alta e andava assumendo i toni di un dramma annunciato. La si-

tuazione era comunque chiara: il nonno stava bene, non c'era niente da fare; alcuni sottolineavano la stanchezza degli occhi o il lieve tremolio alle mani, ma si trattava di vecchi oftalmologi e di alcuni loro anziani colleghi neurologi che confondevano i propri acciacchi con quelli dei loro pazienti. La maggior parte dei medici, anche i più prestigiosi, si rendeva perfettamente conto che il nonno Bepi era in piena salute e nemmeno il suo imminente novantesimo compleanno ne sembrava intaccare la scorza, peraltro ancora ben abbronzata.

Ma il motivo di tanto interesse da parte del mondo scientifico in generale e medico in particolare nei confronti del nonno era dovuto ad un dubbio inquietante, un sospetto che i medici stessi stentavano anche solo a pronunciare, se non accompagnandolo con un sorriso ironico che ricordava più la contrattura tetanica che un tentativo di esorcizzare la drammaticità della situazione. Al Ministero della Sanità l'ufficio epidemiologico, durante l'ultima riunione interministeria-

le, era stato chiaro: il nonno era contagioso. I dati confermavano che il suo benessere fisico si era diffuso non solo ai suoi familiari ma aveva iniziato a contaminare anche gran parte degli abitanti del paese e si stava propagando al vicino capoluogo di provincia. Man mano che i giorni passava-

## Nonno Bepi

Andrea Appi

no la situazione andava precipitando; per caso o per necessità si erano evoluti degli sconosciuti fattori di resistenza che minacciavano di diffondersi in maniera incontrollata su di un territorio sempre più vasto. Di qui l'interesse dapprima dell'Azienda Sanitaria Locale e poi addirittura dei vertici governativi.

Nel giro di alcune settimane gli ospedali provinciali si ritrovarono all'*impasse*; l'indotto sanitario dovette rallentare fortemente le forniture, fino a chiudere definitivamente i battenti, il precariato venne immediatamente rispedito a casa seguito dagli ausiliari, dal personale assunto in pianta stabile e quindi dai medici di corsia. I primari resistettero più di tutti, anche perché occuparono le sedi sindacali per rivendicare pensioni corrispondenti agli anni di anzianità ancora da svolgere.

Le farmacie e le industrie farmaceutiche camparono un po' vendendo prodotti dimagranti e pillole multivitaminiche, poi chiusero. Le guarigioni dai numerosi stati di depressione e di schizofrenia provocarono preoccupazioni financo negli States, dove la produzione di Prozac + iniziò a rallentare in modo preoccupante (l'omonimo gruppo musicale per fronteggiare eventuali ripercussioni negative mutò il proprio nome in Tele +); tutta l'assistenza sanitaria divenne gradualmente inutile, mentre le pesanti strutture statali dovettero gio-

coforza iniziare ad imparare a gestire un personale al completo, vista l'impossibilità da parte dei dipendenti di stare in malattia o di dichiararsi falsi invalidi. La Chiesa era allo sfa-

La Chiesa era allo stascio; alla domenica, massimamente durante le belle giornate di primavera e d'estate, nessuno andava più



Salvatore Calabrese, Ex voto per un intervento chirurgico.

alle funzioni religiose; non avendo di che lamentarsi i fedeli preferivano divertirsi al mare anziché massacrarsi di cilicio.

La situazione era disperata, non tanto per le migliaia di impiegati nell'industria della salute, che riuscirono a riciclare presto le loro energie in altri settori produttivi, quanto per i meno numerosi ma molto più nervosi medici di prima, seconda e terza categoria.

Incapace di esercitare altri mestieri, logorata dalla perdita di una attenzione pubblica sulla quale aveva per così tanto tempo confidato, la classe medica si era stretta attorno al nonno Bepi per capire cosa avesse evoluto di così tanto letale. C'era qualcosa che non andava, su questo erano d'accordo tutti; non era normale che un novantenne scampato ad entrambe le guerre mondiali non avesse alcun disturbo catarrale, nessun problema circolatorio, nessuna difficoltà digestiva, se non il normale rallentamento metabolico che subisce un fisico in età geriatrica.

Alla fine decisero di ricoverarlo, per capire cosa avesse che non andava. Applicando una procedura clinica sperimentale messa a punto dal Dottor Umberto Pirelli, già noto per aver scoperto su di alcune persone amanti del dolce far niente una nuova patologia che come primo e unico sintomo azzerava la voglia di far qualcosa, i medici stabilirono che il nonno doveva essere ammalato. Ancora non si sapeva di cosa ma di qualcosa certamente era ammalato. Per cui si ricoverarono anche i parenti più prossimi, poi gli

abitanti del paese, del capoluogo ed infine si eseguirono dei monitoraggi nella regione e nell'intero territorio nazionale.

Si provò a curare ciascuno dei ricoverati con delle sostanze "neutre", per valutarne la reattività. I medici ovviamente non potevano dare alcuna assicurazione sulle reazioni dei pazienti, ma erano eticamente convinti che qualcosa andasse tentato, pur di salvare il mondo dal fatal flagello. Vennero effettuate endovenose di innocue soluzioni di sali minerali, infiltrazioni sottocutanee di benefiche sostanze vitaminiche e quant'altro, fino all'insorgere di un qualsiasi disturbo; a questo punto il paziente veniva riconosciuto "umano", rilasciato e precettato per dei controlli settimanali.

Gli ospedali dovettero riaprire, così come le farmacie e tutti i centri di assistenza collegati. Si ricurarono i nuovi ammalati secondo le consuete teorie mediche e si rimanifestarono gradualmente tutte le vecchie patologie. Si crearono di colpo numerosissimi posti di lavoro (il numero si aggirò attorno al milione) e il Dottor Pirelli fu investito da un'improvvisa ondata di popolarità: fu invitato 13 volte da Costanzo e infine fu proposto dalla locale curia alla carica di Beato Salvatore dell'Umanità con la seguente motivazione: «Debellò il fatal flagello facendo ritornare il mondo com'era prima!».

Agenzie dell'ultima ora confermano che il Dottore ha accettato la candidatura a Presidente del Consiglio.

SAN PAOLO – Il Viagra? Rubato in Brasile. Non hanno dubbi i medici brasiliani che accusano la società farmaceutica Pfizer di aver rubato la formula della "pillola dell'amore" agli indios amazzonici Yanomani. Un gruppo di medici afferma che la base del Viagra è una pianta, la yacuna, da lungo tempo impiegata dagli indios per ridare vigore sessuale agli anziani.

«Corriere della Sera», 30/6/98

INGHILTERRA – Per supplire alla carenza di posti letto negli ospedali, la Marina militare inglese dal 2002 metterà a disposizione dei malati la sua flotta da guerra. Le navi, equipaggia-

### Cose normali

te con quattro sale operatorie, ospiteranno uno staff medico di circa 350 unità. A bordo resteranno alcuni soldati per sorvegliare le attrezzature militari mantenute in servizio. In caso di guerra i pazienti saranno rispediti a casa e reinseriti nelle liste d'attesa.

«Il Giornale», 13/9/99

North Carolina - I ricercatori del laboratorio di arti artificiali della Duke University nel North Carolina, hanno scoperto che le giunture usate dalla Mattel per le ginocchia della Barbie potrebbero essere applicate nella fabbricazione di dita finte per mutilati: garantirebbero verosimiglianza e una salda presa sugli oggetti, oltre a eccitare i pazienti di sesso maschile che in un'inchiesta hanno rivelato di gradire protesi che fanno venire in mente le gambe di Barbie. Lusingata, la Mattel ha regalato agli scienziati uno stock di ginocchia.

«Diario», 15/9/99

#### IL FILO DI ARIANNA. APPUNTI SULLA **SALUTE MENTALE**

Il volo dell'«Ippogrifo», partito dal Friuli occidentale, raggiunge il Friuli storico della sponda orientale del Tagliamento. Ho accolto con molto piacere la proposta della Redazione a collaborare, come Dipartimento di Salute Mentale di Udine, al Filo di Arianna. Per questo numero mi è parso significativo inviare il contributo di Stefano Bulfone, che, come obiettore di coscienza, ha maturato e concluso, all'interno dell'ex Ospedale psichiatrico, una esperienza significativa, non solo per lui, ma anche e soprattutto per gli operatori della pogrifo» e il Dipartimento di cile che abbiamo intrapreso.

# Il volo dell'«Ippogrifo»

Mario Novello

salute mentale. Mi auguro che questo intervento possa qualificare ulteriormente la fattiva collaborazione e lo stimolante confronto culturale da tempo avviati con la Redazione dell'«Ip-

Salute Mentale di Pordenone. D'altra parte tali rapporti vengono, per così dire, suggellati dalla contestuale pubblicazione degli *Atti* della Giornata di Studio su Franco Basaglia, tenutasi presso il nostro Dipartimento, il 22 maggio 1998, a vent'anni dalla Legge 180.

Gli *Atti* di guesta Giornata di Studio sono un doveroso, commosso omaggio alla figura e al pensiero di un "tecnico del sapere pratico", un punto di riferimento per rinnovare l'impegno e per procedere lungo il percorso lento, faticoso e diffi-



Hogarth, L'asilo degli alienati di Bedlam alla fine del '700.

## Un altro come me

#### STEFANO BULFONE

Nella città in cui vivo, alla periferia sud, esiste ancora un luogo che una volta si chiamava "manicomio", "ospedale psichiatrico"; anzi, alle origini, per essere precisi, veniva definito "frenocomio".

Ufficialmente oggi non viene chiamato più così e non vi sono più mille pazienti rinchiusi; ma cosa essenziale è che gli ultimi cento e passa ospiti, poco meno o poco più, della struttura di Sant'Osvaldo a Udine non subiscono più molte delle "terapie" che andavano a comporre non troppo tempo addietro la prassi manicomiale standard, come ad esempio il famigerato elettroshock.

La prima volta che entrai nei giardini, molto belli e ricchi di piante secolari, e negli edifici, in parte fatiscenti e inquietanti, di quel DSM fu nel 1997, in occasione di una manifestazione denominata significativamente Dentro e Fuori.

Fu soltanto nel 1997.

Prima d'allora, per circa ventisei anni, sulla struttura prima manicomiale e poi ex-manicomiale della mia città sapevo esclusivamente due cose: in primo luogo che a Udine doveva esistere un posto del genere, visto che capitava, e capita, abbastanza spesso di imbattersi in persone facilmente individuabili come probabilissimi utenti seguiti dai Servizi di Salute Mentale; in secondo luogo sapevo che questo posto era localizzato nel quartiere di Sant'Osvaldo, dato che fra i miei concittadini era ed è tuttora in uso dire a chi perde le

staffe in modo troppo incontrollato o a chi si comporta in modo eccessivamente bizzarro, queste parole:

«Viot ch'à ti puartin a Sant Osvald»\*, appunto.

Non avrei mai pensato che poco meno di un anno dopo quella fugace esperienza, a partire dal marzo 1998, mi sarei ritrovato a dover trascorrere dieci mesi della mia vita proprio in quel giardino e in quegli edifici, a stretto contatto con coloro che genericamente, con leggerezza e superficialmente vengono definiti tout court "matti" dalla quasi totalità della popolazione.

Il matto, la "matta", il *Jolly*, il *Joker*: colui che sconvolge e non rispetta le regole a cui invece soggiace tutto il resto del mazzo; eppure nel mazzo ha una sua funzione anche quella carta, anzi, molteplici funzioni: allargare gli schemi, spezzare i confini, rendere più imprevedibile il gioco.

Pensate voi alla funzione che gli può essere più consona, a quella che preferite attribuirgli. Il *Jolly* è lì, a disposizione. Eppure questa "alchimia", questa "magia" dal nostro *Jolly* viene pagata; lui stesso ne sconta il caro prezzo: lui non ha un seme preciso di cui far

\* Locuzione in friulano, «Guarda che ti portano a Sant'Osvaldo», alias «guarda che ti rinchiudono in manicomio».

\*\* Lo chiameremo Antonio, per ovvi motivi il nome del paziente non corrisponde a quello reale. parte, non ha una numerazione a cui soggiacere, è ai margini delle strutture e delle funzioni, per dirla alla Parsons, ed è essenzialmente solo, solo.

E se qualcuno – come facevano molti dei passati rappresentanti della psichiatria – gli creasse un luogo, un *locus* nel senso di una precisa collocazione socio-esistenziale, tarata *ad hoc* per il suo essere "matto", questo qualcuno non realizzerebbe altro che l'istituzione dell'alterità.

Creare l'istituzione dell'alterità significa collocare il *Iolly* da solo in mezzo ad altre solitudini. Quindi significa dare un seme e un ordinamento ad una categoria dell'essere e non al singolo essere dato; singolo essere dato, cioè un corpo e una anima umani storico-biologici. Il *Joker* è una carta in un mazzo, il "matto" una persona in una società. Il *Jolly* è una carta che si getta facilmente, il gioco diventa meno brioso, più di routine, ma il gioco continua; è stato dimostrato che egualmente si può gettare con facilità una persona.

Dopo un paio di mesi di attività varie al Dsm, posto di fronte alla possibilità/necessità di operare in modo più progettuale rispetto alle motivazioni che mi avevano spinto a scegliere l'obiezione di coscienza al posto del servizio militare, proposi a chi di dovere di essere affiancato ad Antonio\*\*. Antonio divenne così il mio

Antonio divenne così il mio *Jolly* personale, dal suo punto di vista forse io divenni il suo. Antonio Amen Due ha 40 anni.

È alto un metro e 90 e pesa 80 chili. 40, 90, 80.

Non so da quanti anni Antonio è al DSM, al n. 330 di una lunga via. Ha 3 mezzi di trasporto: una bici, un motorino e un carretto triciclo.

Non vive in un reparto o in un gruppo appartamento, vive da solo in quello che da tutti viene chiamato «Reparto Toni», il suo reparto non ha neanche un numero dentro l'ex-manicomio (forse è un bene).

330, 3, ...

Antonio in questo periodo ha una barbetta alla Fidel Castro da giovane; ha anche un cappellino di tessuto mimetico. Dice di essere un «grande leader politico», lui scrive *lider*. Antonio è forte. Però Antonio beve troppa birra, fuma troppe sigarette e beve troppo caffè. Alza 55 chili come niente, eppure a vederlo non gli si darebbe neanche un punto. Una volta mi ha alzato di peso per 4 volte – 90 e passa chili – perché non volevo che bevesse l'ennesima birra, la "birretta". 55, 4, 90.

La birra: se l'è bevuta.

Posso confermare che ho dato la mia disponibilità a seguire specificamente Antonio essenzialmente per una sola e precisa motivazione: immedesimazione. Fin dal primo giorno in cui lo vidi, Antonio generò in me questo meccanismo psicologico, questa emozione.

Immedesimarsi significa divenire, o immaginare di divenire, l'altro.

Dato che ciò è impossibile dal punto di vista fisico e reale – oltre che per certi aspetti, se fosse invece fattibile, sconsigliabile – dalla immedesimazione inattiva sono passato alla pietà. Una pietà nel senso buono del termine, sicuramente più classico-cristiana che medieval-cattolica; del resto non

nascondo d'essere attento lettore, ondeggiante fra agnosticismo (quando sono più razionale e critico) e ateismo (quando sono un po' incazzato con certe persone e certe istituzioni), del testo biblico. Pietà, compassione, simpatia: alla radice bisogna andare. Con-patire, alias sun-patire, compassione e simpatia in realtà solo in superficie sono concetti/emozioni diversi.

Antonio è "altro" fra gli "altri". Da quello che ho potuto capire con medici e con assistenti sociali è spesso l'incomunicabilità; quando c'è un rapporto la comunicazione risulta nel 90 per cento dei casi conflittuale.

Quando Antonio s'incazza volano parole irripetibili, qualche volta volano oggetti.

Antonio è solo tra i soli; viene evitato dagli altri pazienti, anche da gran parte degli operatori. Lui rifiuta i più ed è rifiutato da molti, e lui lo sente, lo capisce e si chiude sempre più nella sua solitudine. L'origine di questa dinamica mi è sconosciuta. Io, da bambino, ero un solitario. A volte mi piaceva questa condizione, a volte ne soffrivo. Stare soli è spesso un modo per attirare l'attenzione; ma se non c'è nessuna attenzione da attirare cosa accade?

Antonio è egocentrico, istrionico, un po' bullo, gli piace produrre situazioni d'effetto, gli piace trovarsi al centro dell' attenzione. Io molto spesso mi ritrovo a dover frenare in me queste tendenze.

Antonio dipinge; io dipingo. Antonio fa pesistica; anch'io l'ho fatta per un po' di tempo. Antonio parla spesso di politica; io, anche se troppo idealista, sono alla fine un politico. Antonio è appassionato di matematica e fisica, a lui piacciono i quaternioni; io bazzico abbastanza queste branche del sapere, mi piace molto la geometria analitica. Sotto sotto siamo entrambi pivelli in queste materie, però fa molto colpo sulla gente sparare certi paroloni. In effetti l'immedesimazione di cui ho già parlato era inevitabile, stava in agguato dietro il primo angolo.

Antonio però è al Dipartimento di Salute Mentale. Ha dei gravi problemi. È schizofrenico, in una situazione border line. Qualcosa non funziona nel suo cervello, o forse nel suo essere al mondo. Sta male, non riesce mai a rilassarsi, sente delle "onde", delle "interferenze". Antonio dice di essere un "alchimista", di entrare in contatto con persone morte o distanti, Maxwell e "Albertino" Einstein in genere.

E un bravo pittore, un "grande"; dice di essere un "leader politico" e un "grande fisico teorico". Per quel che riguarda la pittura, sinteticamente possiamo dire che il 99% dei quadri che Antonio realizza sono frutto di un obiettivo ben preciso: guadagnare qualche lira. Produce copie più o meno fedeli di quadri raffigurati su riviste d'arte, stile e soggetti sono tradizionali per poter soddisfare il gusto di un bacino abbastanza folto di possibili acquirenti; i suoi quadri "veri" sono pezzi rari, forse 5 o 6 all'anno. Antonio è anche un bambino. Certe battute basate su analogie, concetti paradossali o logiche bizzarre non lo fanno ridere; non le comprende? Oppure per lui quei concetti non sono paradossali e le logiche non sono bizzarre?

Vuole fare il furbo, è un gran ruffiano, cambia bandiera a seconda del suo interlocutore; se vuole stuzzicare o provocare dice una cosa, se vuole accattivarsi la persona che ha davanti dice l'esatto contrario. È un camaleonte, un trasformista. Ovviamente stuzzica quando non ha nulla da perdere o quando ha già tentato altre vie per ottenere da qualcuno ciò che vuole. Grande attore quando non delira, diviene schiavo delle sue stesse parole quando delira: non si

schiavo delle sue stesse parole quando delira: non si riesce mai a capire il confine preciso tra aspetti caratteriali e aspetti patologici.

Antonio al DSM è spavaldo, fa il bullo; ma quando siamo andati in centro città a comprare i colori ad olio per dipingere mi ha tenuto sempre a braccetto, impaurito.

Antonio mi distrugge psicologicamente con i suoi deliri magico-matematici e fisicamente con la sua iperattività e i suoi pesi.

Però, anche se qualche volta non si ricorda come mi chiamo – Stefano o Aldo o Obiettore? – anche se qual-

che volta è difficile stare con lui, riesce a ricaricarmi umanamente.

Un giorno mi ha detto: «Grazie, mi hai ridato la vita».

Un giorno mi ha detto: «Non ho mai avuto un vero amico come te».

Un giorno mi ha detto: «Con te mi diverto».

Non posso spiegare l'effetto che hanno queste frasi, quando senti che ti vengono dette con sincerità, quando senti che le parole nella loro semplicità hanno lo spessore che ad esse compete. Flusso di energia – Scarica emozionale

Esiste però un problema: dopo anche solo cinque minuti da queste frasi scatta la malattia; e nel delirio di Antonio le persone che gli stanno vicine divengono per lui concausa, se non causa prima, del suo star male. In quei momenti ci si deve corazzare interiormente, non è vità della normalità, sulla labilità dei confini e delle definizioni; il dato certo è che – socialmente, convenzionalmente, clinicamente e quindi realmente – Antonio è "dentro" la malattia mentale e io ne sono "fuori".

sempre facile. Antonio sa far soffrire perché, al di là della sua malattia, capisce in pochi giorni quali sono i punti deboli delle persone. E quando sta male colpisce come una belva ferita. Ognuno di noi ha qualche mania, qualche complesso, qual-



che problema, qualche debolezza. Antonio sa mettere il suo coltello in questi punti critici: dire se lo fa involontariamente, se lo fa per cattiveria, se lo fa per ripicca, se lo fa per tornaconto è cosa difficile se non impossibile.

È un fatto che tra Antonio e me si è creato comunque un rapporto. E anche se con difficoltà, con cedimenti, con arrabbiature, con sfinimenti, il lato "forte" sono io. Perché è inutile giocare, come fanno certi filosofi, certi artisti e certi opinion makers, che a volte risultano squallidi, sulla relatività della normalità, sulla labilità dei confini e delle definizioni; il dato certo è che – socialmente, convenzionalmente, clinicamente e quindi realmente – Antonio è "dentro" la malattia mentale e io ne sono "fuori". Antonio è spesso economicamente una sanguisuga, un

vampiro, per tutte le persone che frequentano il Dsm; il rovescio della medaglia è che alcuni personaggi però approfittano di lui. Con lui ho messo subito dei paletti in tal senso: gli avrei offerto una sola e singola consumazione al bar il ve-

nerdì a fine settimana.

Ma Antonio sa anche essere generoso. Un giorno per non dargli dei soldi extrapatto e per non stare i soliti dieci minuti a dirgli di no finché non si fosse stufato di chiederli, mi sono difeso con una scuso banale. «Le 5.000 lire che ho nel taccuino mi servono per la cena di stasera». Risposta di Antonio: «Va bene».

La mattinata dopo, incontrando Antonio come ogni giorno all'ingresso della Direzione, mi trovo ad affrontare una accoglienza anomala; non mi accoglie né con un «carissimo» né con un «vaffanculo».

Mi prende a braccetto e mi dice sottovoce con fare circospetto di andare con lui a casa sua che ha della roba per me. Meravigliato e incuriosito ci vado con lui che continua a tenermi a braccetto. Entriamo nella cucina e lì Antonio mi mette davanti due borse di generi alimentari che ha ottenuto dal magazzino del Dsm. Dice: «Cosa vuoi riuscire a cenare con 5.000 lire, devi mangiare per continuare a fare ginnastica, questa roba è tutta per te». Lo ringrazio, declino ovviamente l'offerta – la forma di latteria mi fa venire un po' da ridere perché ha schiacciato tutta la frutta e la verdura sottostanti – e gli dico che tenga lui tutta la roba, che non ne ho bisogno. Antonio sa anche essere generoso.

Questo autunno è entrato in guerra con me, ogni volta che mi vedeva mi minacciava di morte e distruzione; per una settimana ho dovuto evitarlo e se per caso mi incontrava, mi preannunciava con tono da profeta biblico tutte le possibili e immaginabili piaghe d'Egitto adattate *ad hoc* per me. Dopo dieci giorni, una tiepida mattina d'ottobre, appena arrivato al Dipartimento lo incrocio e senza guardarmi in faccia mi dice: «Da ieri sera non sono più in guerra con te». Penso tra me e me: «Grazie!».

Antonio ha il potere di spargere il terrore al Dsm, basta che indossi i suoi occhiali da saldatore. Gli occhiali da saldatore e un grosso orologio a muro sono gli strumenti essenziali per la sua fase "magico-matematica" – il suo delirio – più complessa e più strutturata. Con gli occhiali da saldatore dice di poter vedere "oltre", oltre la quarta dimensione e oltre le maschere che ognuno di noi si costruisce per vivere in società. Lui dice di poter vedere con gli occhiali da saldatore ciò che ognuno è realmente, ciò che ognuno è dentro.

Un giorno arriva così in Direzione, si affaccia alla porta e dice lapidario ai tre presenti: «Tu sei una puttana, tu sei morto e quest'altro è falso». Per chi ha già qualche problema di insicurezza personale o sta comunque vivendo periodi di crisi, incontri del genere sono sicuramente difficoltosi; per questo Antonio con gli occhiali da saldatore semina il terrore. Finché si limita ad epiteti o a parolacce non c'è alcun problema, è quando articola maggiormente le sue analisi e azzecca i punti deboli degli interlocutori che son dolori. Ho provato a indossare quegli occhiali, sono normalissimi occhiali da saldatore, non preoccupatevi; certo, rimane sempre il dubbio che funzionino come è stato descritto solo quando li usa lui.

Ogni tanto Antonio parla da solo, impreca contro le voci; a volte cammina spedito fissando il terreno a circa 3-4 metri davanti al suo passo e sorride da solo per chissà quale arcano motivo. E proprio quando sorride così che il viso duro da profeta, il viso severo da "maestro", il viso sornione da ruffiano, lasciano il posto al viso da bambino. Spiccano sul viso magro gli zigomi appuntiti e segnati dalle rughe d'espressione per il sorriso, un sorriso sereno e contento che non gli ho mai visto fare a testa alta o in presenza di altre persone. Quando è con qualcuno a volte sorride, ma è un sorriso diverso, meno tranquillo, meno spontaneo.

Io dovrò prima o poi andare via dal Dsm, cosa succederà con Antonio e per Antonio? Probabilmente nulla di essenziale, lui ha vissuto prima senza conoscermi ed io altrettanto.

Sono laureato in Storia contemporanea, e non certo in Storia della psichiatria o della psicologia, cosa che un pochino mi avrebbe anche potuto aiutare in questo frangente. Sto facendo del bene o del male ad Antonio?

Oggettivamente del bene: da quando frequento il «Reparto Toni» lui ha ricominciato a curare la sua persona, a pulire gli ambienti in cui vive, a parlare con altri obiettori e pazienti. Ma sono comportamenti generati dalla mia presenza o lo avrebbe comunque fatto in quel momento, a prescindere? E psicologicamente? E a livello di malattia mentale? E quale durata avranno?

Ah sì, Antonio sa anche suonare un po' la chitarra e conosce i testi di alcune canzoni. Antonio ha un gattino di poche settimane che ha chiamato Picci Picci, però lui non vuole bene agli animali. Ma lo posso dire? Forse no, non è concepibile e corretto fare questa affermazione su Antonio; cosa sono per lui "bene" e "male"?

Forse per lui gli animali sono solo dei robot? Degli oggetti animati?

Girano molte storie su Antonio. Trovi chi ti dice che è sieropositivo; chi ti dice che ha continue storie con donne cambia sempre la partner ipotizzata -; chi ti dice che una volta ha sgozzato due cani; chi ti dice che spacciava; chi ti dice... A mio parere – come accade spesso quando c'è di mezzo una persona "anomala", diversa – si sbizzarriscono le malelingue; in realtà anche attorno ad Antonio è sorta una ben precisa mitologia. Il mito si alimenta di fatti reali che vengono ingranditi, deformati, alterati ogni volta che passano di bocca in bocca; alla fine in una comunità si genera un processo tale che per un mito con basi "reali" circolano cinque miti puramente "inventati".

La vita è destino o possibilità? È predestinazione o casualità? Antonio Amen, Antonio "Così Sia". Destino e predestinazione. È così e non si può fare diversamente: il suo cognome porta con sé la rassegnazione. L'inalterabilità della sua condizione di *Jolly*, di "matto" fra "matti", di "altro" fra "altri".

Ma ho deciso di non leggere in questo caso in chiave cristiana, o meglio secondo la tradizione ebraico-cristiana, questo suo cognome: Amen.

Per me Amen va letto diviso in due parti, va letto A-Men, va letto secondo lingua inglese; corrisponde per pronuncia a *a man*, un uomo.

Antonio è un uomo, Antonio è un "altro" come me.

# Compagni di viaggio

#### Il difficile cammino della salute

Paola Fortunaso e Caterina Toffoli

Il paradosso vuole che, per parlare della salute e dei suoi sintomi, si debba riflettere su ciò che salute non è. Da sempre il concetto di sintomo viene associato a quello di malattia e poi chi di noi, quando sta bene, si mette a fare elucubrazioni mentali e ad analizzare i motivi del suo benessere? Anche perché, se lo facesse, ahinoi, si sentirebbe peggio. E la sofferenza che, come un tarlo, instancabilmente tormenta, mette in discussione, fa riflettere, interroga. Infatti gli interrogativi e le riflessioni che sono emerse durante il *Gruppo di parola* sono stati numerosi e molto inquietanti. Per prima è comparsa la vecchia figura del medico condotto, «il medico di paese con la sua borsa con tutto l'occorrente» che gira per le case dei suoi assistiti, dando conforto, ascolto e, forse, anche qualche medicina. E ci siamo detti che forse «un medico serio non può che essere ateo», perché l'incontro quotidiano con la sofferenza può far dubitare dell'esistenza di un Dio buono.

Antichi ricordi, con tutta la loro carica emotiva di un tempo, si sono affacciati, facendo sentire a tutto il gruppo come il passato, seppur lontano, sia drammaticamente presente. Un'ospite ricorda che all'età di 5 anni era stata messa in quarantena e aveva lottato fra la vita e la morte: «Stare in ospedale, quando si è piccoli, è un'esperienza molto brutta. Mi mangiavo le unghie, correvo da una finestra all'altra e tutte erano chiuse con le sbarrette. I miei

non è che mi hanno abbandonato, venivano sempre a trovarmi, ma non potevo afferrare la cosa..., la mano di mia madre e di mio padre».

Come non parlare del rapporto che abbiamo con gli altri, di come questo sia difficile da sostenere in certi periodi, perché tutto viene vissuto in chiave negativa e, soprattutto, come diretto contro di noi. Difficile far capire a chi sta male che è nell'incontro con l'altro che si può avere l'opportunità di un aiuto, perché chi sta male si chiude a riccio e vorrebbe che il proprio spazio vitale fosse garantito da «un limite di sicurezza» – come lo definisce un ospite – «che impedisce il contatto fisico», vissuto come minaccioso, fastidioso e sgradevole. Così anche i sentimenti e le emozioni sono fonte di sofferenza: «Io non sento le cose come gli altri, la mia anima è probabilmente vuota. Ouando non sento e non provo sentimenti sto meglio».

Il diritto alla parola e al giusto spazio diventa una condizione fondamentale per individuare chi si è: «Una mia parola era una continua risata da parte degli altri, non venivo presa sul serio e poi sono stata male. Sarà anche perché sono nata in tempo di guerra che le cose non andavano bene: mio padre litigava con mia madre, le mie sorelle non mi badavano. Anche quando lavoravo non potevo mai parlare, poi non mi ascoltava nessuno. Continuo ancora oggi a risentire di queste cose».

E così, alla fine, partendo dalla sofferenza siamo giunti a defini-

re la salute «un inseguire faticosamente uno stato di equilibrio interiore che non si raggiunge una volta per tutte, ma che è in continuo divenire». Riuscire ad accettare se stessi con i propri limiti, anzi fare del proprio limite il punto di forza, accettandolo e facendolo proprio; cercare a tutti i costi di «stare a galla e di essere all'altezza delle cose» e di «mantenere il filo della vita». Ouesti potrebbero essere alcuni sintomi, alcuni segni di salute. Qualcuno potrebbe dire: «Che fatica, non fa per me» e lamentarsi che da piccolo non gli avevano prospettato una vita così dura. Non credetegli, perché sicuramente non ricorda le fiabe che la nonna gli raccontava alla sera. Non ricorda che l'eroe della fiaba, quasi sempre un bambino, veniva proiettato, da una situazione idilliaca e quasi irreale, nella più cruda realtà e doveva, perciò, rimboccarsi le maniche e sfidare l'infausta sorte: la madre buona moriva e al suo posto compariva immancabilmente la matrigna, la strega cattiva o Signora Sofferenza, che lo obbligava a un brusco risveglio dal torpore ingenuo e dalle illusioni. Se tutto era iniziato con un «C'era una volta» ora si concluderà (ma forse potrà aprirsi una storia più autentica), con un «Una volta non c'è più», perché da quell'incontro nulla e nessuno potranno più essere come prima: è nel pieno della sofferenza che tutto si fa chiaro, se... si ha il coraggio di ascoltare.

Dal *Gruppo di Parola*, tenuto a Villa Bisutti, giovedì 24 aprile 1999.

Cinque anni fa stavo malissimo: avevo sempre dolori allo stomaco e alla pancia e non riuscivo a mangiare. Quei digiuni forzati mi stremavano, ogni sfinimento culminava in forti emicranie e bassa pressione. Pesavo 34 chili e non avevo la forza, e nemmeno il coraggio, di guidare fino a Spilimbergo per andare a lavorare, ogni mattina.

Non sapevo come mi fossi ridotta in quelle condizioni, ma sapevo che non ne potevo più, che volevo guarire, recuperare l'energia di una volta, ritrovare la vitalità e l'entusiasmo che avevo conosciuto... e, soprattutto, desideravo un bambino. Nel frattempo, avevo consultato alcuni medici: ognuno mi aveva diagnosticato una colite, o una gastrite, o tutte e due, e mi aveva prescritto le cure del caso. Se i disturbi fossero aumentati, avrei potuto prendere una compressina in più.

Probabilmente, all'inizio, li avevo anche provati i vari *Spasmomen*, ma i miglioramenti non erano arrivati.

Fu allora che qualcosa, dentro di me, cominciò a muoversi. Avvertivo delle incongruenze, come quella di provare ad incoraggiare la mia fertilità con alcune pillole, suggeritami da un nuovo ginecologo. Ma se non riuscivo neanche a "badare" a me stessa, come avrebbe potuto il mio corpo rendersi capace di accogliere un'altra vita?

Finalmente qualcosa successe... era il 9 febbraio 1994, e io avevo un appuntamento con un medico chirurgo, agopuntore,

# Una malattia per guarire

Alessandra Merighi

specializzato in medicina cinese. Il suo modo di ricevermi mi colpì subito: giunta l'ora del nostro incontro, lo vidi arrivare in sala d'attesa per accogliermi con un certo calore... Appena accomodata nel suo studio, cercai di esporgli i miei disturbi. Da lì iniziò una pioggia di domande, che non mi sarei mai aspettata. Dovetti spiegargli un pò tutto, ciò che avevo fatto fino a quel momento, e ciò che avrei voluto fare, come mangiavo, come dormivo, che cosa mi piaceva o non mi piaceva, come trascorrevo le mie giornate. quali erano le mie ansie, le mie paure e i miei desideri...

Mentre parlavo non riuscivo a capire il perchè di quella rassegna di particolari, ma, alla fine, le sue parole mi chiarirono tutto: il mio mal di pancia era un campanello d'allarme, un segnale amico, l'avviso che non avrei potuto continuare a vivere in quel modo... qualcosa doveva cambiare e io intuivo che cosa. Avrei dovuto impegnarmi, il lavoro sarebbe stato lungo e faticoso, ma lui mi avrebbe aiutata.

Terminato l'incontro, uscii, stanca e svuotata, quasi sconvolta, ma con uno stomaco meno dolorante... forse avevo trovato la direzione giusta.

In due ore la mia visione del tutto era stata rivoluzionata, io stessa mi rivedevo in un altro modo. Innanzitutto, e per la prima volta, troppo magra. Come avevo potuto alzarmi ogni mattina, guardarmi allo specchio, e non accorgermene? Come ero riuscita a sopravvivere con quel peso e come potevo, in quello stato, pensare ad un figlio? Ritornando a casa, mi rendevo conto di dover ricominciare...

Da quel giorno la mia vita cambiò: ripensai al mio passato, al percorso che mi aveva portata a quella situazione di malattia, e iniziai un nuovo cammino, che mi faceva acquistare coscienza di ciò che ero stata, di come mi ero persa di vista, di come avrei potuto recuperarmi.

Per una serie di motivi, negli ultimi anni, le mie abitudini e i miei ritmi si erano trasformati. Il colpo decisivo era stato la chiusura del giornale al quale lavoravo. Svegliarmi ogni giorno e non poter correre in redazione, mi chiudeva lo stomaco. L'alternativa forzata, purtroppo, era quella di sedermi alla scrivania e studiare per i concorsi di abilitazione... per finire poi ad insegnare in un istituto tecnico che non mi concedeva alcuna soddisfazione.

Mi sentivo persa. La scrittura era stata la mia grande passione, il "mio" modo di essere nel mio tempo e di parteciparvi, un bisogno viscerale, che giustificava la mia presenza in un mondo che non sempre mi piaceva, ma che comunque mi incuriosiva ed attraeva. Adesso c'era il vuoto. Niente mi dava più la stessa carica, ma io non me ne accorgevo, o, forse, fingevo di non accorgermene, ingannandomi, uscendo spesso per non ritrovarmi da sola, evitando di pensare, identificando il mio malessere con la mancanza di un figlio. Faticavo anche a leggere e questo mi intristiva... i libri, da sempre compagni di vita, fonte di piacere e di ricchezza non mi dicevano più nulla... evidentemente mi ero esaurita. Il dottore mi aiutò a ricaricarmi. Una volta la settimana andavo da lui, e, uscendo, mi sentivo un po' più leggera, e nello stesso tempo più forte. Le sue parole mi entravano nel sangue e lo rinvigorivano: dovevo smetterla di pensare alla malattia come ad un'entità no felici, ma mai disastrosi. un nemico da odiare e da com-

pancia si era fatta voce della mia coscienza, decisa a trasmettermi un bisogno, una necessità, una mancanza. Interpretando e comprendendo il sintomo sarei potuta guarire, non solo fisicamente, ma anche psichicamente... quello era il cammino che avrei dovuto seguire. E quello io seguii.

Lentamente ripresi alcune vecchie abitudini, mi aprii a nuove esperienze, scoprii altre letture, conobbi nuove persone. Le cose arrivavano piano piano e si incatenavano perfettamente... Cominciavo a stare meglio, la pancia e lo stomaco diradavano i loro attacchi, mangiavo di più, il mio corpo si arrotondava.

Da quel momento la strada non si è più interrotta: ci sono stati momenti belli ed altri meastratta, un disturbo casuale, Ormai sono passati 5 anni: ho un bambino che già parla e

battere. Al contrario, la mia un'esistenza rinnovata. Chiaramente mi ammalo ancora, ritornano i vecchi sintomi o se ne sostituiscono di nuovi, ma io reagisco diversamente. Cerco di ascoltarmi e di decifrare i messaggi che mi arrivano, da sola o con l'aiuto di qualche esperto. Mi conosco un po' di più. So di non aver risolto tutto, ma il mio modo di affrontare i problemi che la vita continua a pormi è senz'altro più ottimista. So di poter vivere senza "dover" scrivere, sento che quel vuoto si è riempito di altre cose, che non sono solo mio figlio e quello che lui rappresenta. Sento di appartenere ad un tutto che si è allargato fino a comprendermi nuovamente, sento di voler fare molto per gli altri e per me. E ciò mi fa stare bene, anche quando sto un po' peggio. Questo è stato il mio percorso, iniziato il 9 febbraio 1994, in uno studio medico e da qui riparto, come ogni giorno, per la mia vita.

# Specchio

#### Mauro Laplaca

Riguarda ancora E sempre sarà la stessa immagine È un calice di vetro Frantumato a terra mille volte E mille volte cerchi di ricomporlo. E la stessa cosa ricordare ogni giorno Il passato e pensare di tirare le somme Dai nostri infaticabili giudizi Ma ascolta,

Perché dimenticando contro ogni corrente [interiore,

Ci porta alla comprensione misurata e pesata, Scoprendo che infine non abbiamo potere Nel nostro passato né nel nostro futuro Possiamo solo pregare per il nostro presente Ed ora osservare l'orizzonte con gli occhi accecati,

Mi chiedo quando apparirà l'arcobaleno, Per contemplarlo, Quando avverrà quell'unione fra il Cielo

Te la Terra

Che attraverso un arco, Sarà Pace perfetta, riepilogo totale Ora devo accontentarmi, Solo accontentarmi, Ma so che quella Pace Sarà Luce Immensa E se ci penso a volte, rimango accecato Stordito, come appeso. Ora devo accontentarmi di sentirmi

[trasportato,

Con gli occhi nella notte, Incapaci di vedere.

Una colata di verde che dal casale a mezza costa s'allargava per una lunga tratta verso il fiume, questa era la Pergola, un tetto di foglie, un soffitto di grappoli sopra una foresta di pali, una casa d'estate con giacigli d'erba, stanze d'ombra piena, corridoi abitati dal grande felino maculato del sole.

Là sotto erano i nostri corpi verdi in abbandono, semiaddormentati semisvenuti per l'afa, oggetti del tempo e dell'esistere sordo e inconsapevole. Avevano gesti improvvisi di braccia o di gambe, convulsi, contatti casuali o cercati, di cucciolata in riposo o colta da improvvisa bizzarra animazione. Sentivano il sangue scorrere e soffiare alle tempie echi di vicinanze oscure, sopraffatte da un precoce morire, come al passaggio dei nuvoloni che facevano intristire la calda luce dorata.

Il fiume nuotava nelle vicinanze sempre uguale e sempre diverso, frugava le sponde, succhiava nelle anse le radici dei salici. Ne venìva il respiro – o forse non era che l'impronta natale nella gente di fiume – dentro il clamore del silenzio irriso dalle cicale.

Uro s'alzò d'un tratto barcollando come raggiunto da un ordine atteso e temuto e il fiatto arso del pomeriggio gli serrò le narici e gli occhi maceri. Il suo corpo grigio come un giunco sparì nell'ombra verso il fiume, che a quell'ora era acquattato nel fondo.

Passarono dei minuti confusi coi richiami petulanti delle averle e con la nostra polverosa

## La pergola

GIGI BRESSAN

indifferenza. Guardavo oziosamente i ricami del sole e pensavo che oltre non c'era più nulla. Il pensiero proibito mi riportò agli ammonimenti uditi tante volte e in me rimasti come rovi ai passaggi delle siepaie.

Di qua, di là / un varco, una città / un cavallo per andare / una barca per tornare / una sella con il pelo / se ci caschi voli in cielo.

Ora camminavamo quasi senza respiro uno dietro l'altro e gli fummo alle spalle: Uro era entrato nell'ansa fino alla vita, teneva le braccia levate e si lasciava avvolgere dalle spire olivastre della corrente, continuando ad avanzare a piccoli balzi. Poi s'inclinò dolcemente e affondò come una vela.

Riaffiorò quasi subito nel nostro stupore: era un povero cane morto, simile ad ogni altra cosa che galleggia e passa o all'andare fermo dei salici e dei pioppi sulle due rive fino allo sbocco invisibile. Con un lungo ramo ad uncino lo tirammo a riva e fu voltato supino. Respirava. Gli occhi presero ad ammiccare come piccole lampade esaurite ed emise un gemito. Un colpo di tosse lo scosse violentemente e lo fece vol-

tare di fianco. Non si muoveva più ma un filo di saliva sulla bocca spalancata rivelava il respiro. «Bisogna portarlo dalla Egle» disse la mia voce. «Ma dalla Egle è proibito» obbiettò il piccolo Ori.

Buba, il più forte, sollevò Uro per le ascelle, Pan e io lo afferrammo per le caviglie e in silenzio, col respiro alla testa, andavamo per lo sterrato sotto l'argine. Ogni tanto giravo l'occhio sulla faccia di Uro, che dondolava come la luna dell'ubriaco. Non pensavo, non avevo paura, soltanto il cielo turchino mi pareva d'un tono più scadente e che là, dove le cose della natura stavano insieme connesse e legate, i nodi si fossero sciolti e le parti infinite cercassero una permalosa deriva. Buba cantilenava un suo raglio mostoso di scherno al piccolo: «È proibito, è proibito... Tutto è proibito. A me la Egle m'ha fatto leccar le pere e i fichi maturi, che solo a toccarli conosci il vivo e il morto». Ridacchiava.

La casa era lassù, a guardia del ponte, piccola e sola come la immaginavo per la fata delle fiabe, con le petunie pendenti dai davanzali, il cortiletto dietro, col lavatoio sotto due alberelli carichi come cuccagne.

Ridacchiava, Buba, e aveva preso a fare l'altalena col corpo disossato di Uro, che sorrideva beato d'incoscienza. Noi davanti un po' confusi a tenere la stradicciola che saliva e saliva sulla groppa dell'argine, finché apparve la lingua del fiume bagnata a specchio dal primo tramonto, calda, non ancora



Silvestro Lega, Il pergolato (1868).

sazia del giorno al declino. Quando ci stringemmo e ci urtammo davanti alla porta come vitelli, s'apri, e un alito fresco di lavanda ci avvolse in una penombra accogliente di trine e umori ancora chiusi.

Non era la Egle che spiavo in chiesa la domenica – sempre in fondo, dietro la porta, vaporosa sotto il velo aperto – quella che ci alleggeri di Uro come fosse un gattino ferito. Non era più sfumata dentro una scia di pulviscolo e oro o presa nel gioco geloso della candele, ma una nitida fata vicina, ridente e piena di grazia, che brillava dagli occhi al seno profondo e vivo come il fiume là fuori.

Adagiò il malato sul letto, nell'altra stanza tutta linda, che apparve rosa e scomparve dietro una porta bianca senza suoni. Ci lasciò soli nel suo tenne nella stretta che ammala scrigno, vegliato da una pen- i muscoli e le ossa, ammacca la dola che pioveva i suoi *t-cla* su vista e la frantuma in schegge randosi ad attraversare la notte.

ogni intoccabile oggetto, esibito come nel disegno d'uno scolaro, teso, evidente negli sguardi che lo catturavano e lo trascinavano a perdersi nel fondo opaco del desiderio: il trionfo di frutta vera al centro del grande tavolo coperto d'incerata a fiori; le nacchere occhiute pendenti dalla mensola della radio; le ballerine animate dalle gualciture – carni di tortora, labbra e pomelli rossi – sui copricuscini del divano; il focolare vuoto e spazzato con le zucche davanti gialle e arancione. Pan fu il primo a muoversi solo per afflosciarsi sfinito sul tappeto all'uscio del cortile. Buba in silenzio spasmodico mimava un saccheggio della frutta. Io indurito nella mia statua di sale.

Il tempo strisciò su di noi, ci

colorate e polvere sulfurea. Dopo un'eternità, dentro la cornice della porta che li aveva risucchiati, riapparvero la donna e il ragazzo: lei ancora più dolce negli occhi e nell'abbondanza delle forme: lui ravvivato e ristabilito, anzi rinvigorito come non mai nella carne piena e ben distesa sulle ossa di nuovo forti: cresciuto, si sarebbe detto.

Ci guardò a lungo in viso, ad uno ad uno, ridente, con amichevole superiorità. Ci offri, lui, la frutta, mentre la padrona di casa ci serviva leziosa come a un suo tacito comando le tonde golosità, i grossi chicchi e i penduli racemi. Seguì il lungo laborioso silenzio degli atti di gola e lingua, dita e labbra insazie, impigliati negli sguardi attorti su ogni delizia.

Di fuori il fiume aggirava le spire nella quasi oscurità, prepa-

#### COOPERAZIONE SOCIALE

Ricordo che qualche anno fa durante un'amena conversazione con un amico sullo stato di salute culturale della nostra città, fui sorpreso quando venne da lui sottolineata la radicata presenza e l'attività della cooperazione sociale e dell'associazionismo su Pordenone e dintorni.

Certo il nostro discorso non si era limitato fino a quel momento a considerare solo le iniziative dotte: mostre d'arte. conferenze, concerti, uscite editoriali. Parlavamo anche di ciò che determina l'ambiente urbano, la qualità delle ristrutturazioni, il verde, il traffico, le piazze e perfino della penuria di luoghi dove le band locali possano proporre la loro musica dal vivo. Insomma ingenuamente tentavamo di prendere le misure a questa sfuggente città in vista di una difficile adozione. La sorpresa di cui dicevo segnalava, però, un mio punto d'ignoranza: socio di una cooperativa non riuscivo a cogliere immediatamente la portata culturale della cooperazione sociale.

Credo si sia trattato del vacillamento che coglie colui che per tenere la sua posizione limita anche la sua visuale prospettica finché qualcosa o qualcuno non gliela fa intravedere.

Come negare che nel cambiamento in atto dall'inizio degli anni '80 ad oggi il modello cooperativistico ha svolto un ruolo fondamentale nell'affiancare il servizio pubblico organizzando funzioni e servizi aggiuntivi rispetto a quelli tradi-

## Lavoro e socialità

ROBERTO MUZZIN

zionali, dando rilievo ai bisogni dell'utenza e articolando le risposte possibili?

Sento già qualcuno suggerire: «Con l'arretramento del servizio pubblico si è aperto un mercato, e le cooperative ci si sono buttate».

Vale la pena di ricordare che le cooperative sociali sono On-LUS (organizzazione non lucrativa di utilità sociale) "di diritto", ai sensi della Legge che le istituisce (DL 460/97 rivisto dal DL 422/98), e tutto considerato non mi sembra anodino l'orientamento di quei pubblici amministratori che preferiscono non affidare delicati e importanti servizi e attività (cure assistenziali - servizi alle persone) a società di tipo lucrativo o che intendono comunque riservare i benefici dell'attività alla sola compagine sociale.

Credo che sarebbe sbagliato considerare l'incremento delle cooperative sociali nel campo dei servizi come effetto della ritirata dello Stato perché il Terzo Settore, di cui la cooperazione sociale costituisce l'ossatura, non può, e spero non voglia mai, essere il supplente di uno Stato che rinuncia a or-

ganizzare servizi sociali fondamentali. Usare il Terzo Settore come strumento di privatizzazione dello Stato è un pensiero che solletica la vanità e l'urgenza di semplificazione di alcuni. A ben vedere li possiamo trovare in entrambi gli schieramenti. Di solito sono i sostenitori della competizione tra servizio pubblico e privato sociale, quasi si trattasse di un duello, una sfida, uno scontro. Logica che esclude immediatamente quel terzo che è l'utente, il cliente, il cittadino. Se riuscissero ad includerlo dovrebbero divenire fautori della collaborazione tra i vari agenti in gioco nel perseguire l'interesse generale della comunità. Allora potrebbero pensare alla possibilità, in ogni territorio, di utilizzare il servizio pubblico a volte direttamente gestito dal pubblico, altre volte dal privato sociale o dalla comunità. Una sorta di mix che, in ogni caso, dovrebbe contribuire a impedire che le questioni sociali vengano trattate come questione di ordine pubblico e che i diritti vengano affrontati non con l'assistenzialismo bensì con i servizi e l'intervento progettuale. Un grande lavoro da svolgere e fare insieme. Altrimenti volenti o nolenti si finisce per considerare la socialità e la solidarietà una merce e non un valore. Se ne vedono gli effetti nelle cattive interpretazioni del ruolo manageriale come in alcune rigidità degli operatori, posizioni che non favoriscono l'elaborazione di strategie comuni a tutti i livelli.

Qualcuno può obiettare: «Le cooperative in ogni modo sono in competizione tra loro, è una legge di mercato».

Un mercato che è regolato più dalla ricerca del massimo ribasso sul prezzo, piuttosto che sul massimo di qualità del servizio, è un mercato viziato. Se la cooperazione è giovane e deve crescere ancora, è bene che la Pubblica Amministrazione, che ha il compito di regolare la tutela dell'interesse collettivo, sappia orientare le richieste con coerenza promuovendo ed esigendo qualità. Confrontarsi su questa produrrà vantaggi per tutti e allora ben venga la competizione.

Una cooperativa può essere considerata a tutti gli effetti una impresa sociale; essa organizza risorse umane e materiali per la realizzazione di servizi a favore della collettività nel suo complesso o di parte di essa. L'imprenditorialità si esprime attraverso la ricerca e l'attuazione di sempre migliori modalità di organizzazione, gestione, produzione e collocamento al fine di ottimizzare l'utilizzo di risorse scarse e costose in funzione di un prodotto finale (servizio socio-assistenziale) ad alta valenza sociale.

Una cooperativa si misura nel fare impresa sociale traducendo applicazione del CCNL, trasparenza gestionale, gestione democratica e partecipata, parità di condizioni tra i soci, sviluppo di attività consortili in progetti e servizi efficaci. Così il lavoro non genera profitto ma un bene più prezioso: la socialità.

# Saluti dal Friuli



Istantanea scattata da Piero Fortuna a Gradiscutta di Varmo durante il funerale dello scrittore Sergio Maldini nell'estate 1998.

## Nel prossimo numero

# La Guerra



Per inviare contributi, riflessioni e impressioni, scrivere a: Redazione «L'Ippogrifo» c/o Studio Rigoni, viale Marconi 32 – 33170 Pordenone Telefono e fax: 0434/21559 E-mail: anna.falcetta@asspn.inet.it

> Chi volesse sostenere anche economicamente questa iniziativa editoriale può farlo tramite il c.c.p. n. 12530598 intestato a: «Enzo Sarli», Associazione per la Salute e l'Integrazione Sociale, specificando la causale.