

Perspectives

Salute mentale e CPR, non solo psicofarmaci

*Renzo Bonn**

MENTAL HEALTH AND CPR, NOT JUST PSYCHOTROPIC DRUGS

ABSTRACT: Notes on psychotropic drugs, where they work and their potentially therapeutic use or abuse for social control. Psychotropic drugs and the ability to communicate and interact: a pathological simplification. Interference on communication on an emotional level, but also on the use of languages. The complex problem of the translator/mediator with concrete examples. Observations on CPRs as total institutions in the sense of Goffmann. Physical, emotional, cultural distances and the interference of drugs. A parallel discussion should be made on the experiences, both of guests and those who work there. Intercultural identity: a problem or an asset. Ideological obstacles to welcoming, without care there is no freedom.

KEYWORDS: Psychotropic Drugs; Treatment or Control; Pathological Simplification; Communication; Cultural Identity

ABSTRACT: Note sui psicofarmaci, dove agiscono e utilizzo potenzialmente terapeutico o di abuso per controllo sociale. Psicofarmaci e capacità di comunicare ed interagire: semplificazione patologica. Interferenza sulla comunicazione sul piano emotivo, ma anche dell'uso delle lingue. Il complesso problema del traduttore/mediatore con esempi concreti-. Osservazioni sui CPR come istituzioni totali nel senso di Goffmann. Le distanze fisiche, emotive, culturali l'interferenza dei farmaci. Un discorso parallelo va fatto sui vissuti, sia degli ospiti che di chi ci lavora. L'identità interculturale: un problema od una ricchezza. Ostacoli ideologici all'accoglienza, senza cura non c'è libertà.

PAROLE CHIAVE: psicofarmaci; cura o controllo; semplificazione patologica; comunicazione; Identità culturale

I punto di partenza di questo mio intervento dovrebbe vertere sull'utilizzo degli psicofarmaci nei CPR ed in generale nelle strutture che ospitano persone, a qualunque titolo che non sia per loro scelta, riproponendo in varia misura la dimensione di Istituzione Totale¹. È importante ricordare che un farmaco non è buono o cattivo in sé, ma in ragione dell'uso che se ne fa. Gli psicofarmaci purtroppo si prestano molto ad uso non rivolto alla cura, ma al controllo istituzionale, politico direi con un termine che oggi si è fatto un "po" ambiguo. È anche importante premettere che gli psicofarmaci sono farmaci che agisce su base sintomatica e non eziopatogenetica. In sostanza non eliminano la

* Psichiatra, ex direttore DSM Udine; ex WHO consultant nei Balcani e in Palestina. Mail: renzobonn@live.it. Contributo sottoposto a referaggio anonimo.

¹ V. E. GOFFMAN, *Asylums*, Torino, 1968.



causa del disturbo, ma si limitano a contenere, o modificare, il sintomo attraverso cui il disturbo si esprime. Sotto questo punto di vista possono essere preziosi; ad esempio, ci sono farmaci antipsicotici in grado di ridurre e talora eliminare le voci che il paziente sente. Perché possano essere realmente utili è ovviamente necessario che, ad esempio, nel caso specifico, il paziente senta effettivamente le voci... ovvio, ma non scontato. Molto spesso questi farmaci sono in grado di ridurre gli stati di agitazione o di ansia che i disturbi generano. Anche da questo punto di vista questi farmaci tornano utili, perché aiutano a contenere ansie e agitazioni senza fondamento diretto nella realtà o comunque eccessive e/o dolorose. In questi casi l'uso di questi farmaci riduce delle sofferenze ed anche delle distanze in modo positivo e consente il recupero di canali e forme di comunicazione interrotte. Ovviamente questo tipo di azioni sedative, proprio perché sintomatico, si esercita su qualunque tipo di agitazione, ansia, tensione. Anche quelle ampiamente motivate. Per questa ragione un dato internazionalmente riconosciuto è l'abuso di psicofarmaci nelle istituzioni in cui delle persone si trovano contenute per le ragioni più varie, dalle carceri, ai collegi, agli ospedali con molti ricoverati e poco personale, alle case di riposo, agli istituti di varia natura volti al contenimento di persone, per ragioni spesso non condivisibili, posto che qualche volta possano esserlo. Che si abusi di psicofarmaci nei CPR è notorio², e, evidentemente, è molto grave. Lo è, oltre che per le ragioni intuitive, su cui non mi dilungherò, perché l'uso a scopo contenitivo di farmaci non solo riduce l'iniziativa, ma anche la capacità di attenzione e di concentrazione ed anche di reazione agli stimoli. Si tratta qui di persone che, per la loro condizione, per le problematiche di tipo comunicativo, sia linguistico che culturale, per le oggettive condizioni di inferiorità e per le altrettanto oggettive e conseguenti necessità di interagire con persone che possano aiutarle o comunque gestire in modo efficace i loro problemi, necessitano del pieno possesso delle loro capacità relazionali. È chiaro, pertanto, che questo uso non può che complicare e rendere inefficace qualunque azione positiva messa in atto nei loro confronti. Certamente questo uso dei farmaci psicotropi è invece molto efficace nel fare in modo che queste persone «non rompano i coglioni» con i loro comportamenti, ritenuti inadeguati o incomprensibili. Si tratta di farmaci il cui uso dovrebbe essere sempre mirato su problemi specifici, prescritto, gestito e verificato da persone competenti. È quindi un uso assolutamente fuori di luogo nei contesti e nelle modalità di cui parliamo. Quindi, in conclusione, dobbiamo fare i conti col fatto che questo uso inappropriate di psicofarmaci, in contesti come quelli su cui stiamo ragionando, sia un uso che "andrebbe evitato sempre"; conseguentemente, in questi casi, l'uso di psicofarmaci rischia di diventare una complicazione, invece della semplificazione che, strumentalmente, viene cercata. Una complicazione perché finisce per ridurre nelle persone, così trattate, proprio la possibilità di utilizzare quelle capacità e quelle potenzialità che sarebbero particolarmente importanti, per loro e per gli operatori cui sono affidate, per riuscire a trovare risposte adeguate ai loro bisogni. Teniamo conto fra l'altro di quanto pesino in questi contesti non solo gli aspetti interculturali, che certamente complicano le relazioni, ma anche la perdita di ruolo e di status che colpisce una quota rilevante, se non la totalità delle persone in queste condizioni, determinando una forte asimmetria in termini di potere contrattuale. Non è difficile comprendere quanto, nella confusione determinata dalla perdita del proprio status, ruolo, contesto di riferimento, la confusione che sempre determinano gli psicofarmaci, in particolare ai dosaggi elevati, che in questi contesti sono la

² Vedi ad es. *Migranti, l'accusa del Consiglio d'Europa: Nei Cpr italiani maltrattamenti e uso di psicofarmaci su il sole 24 ore*, 13 dicembre 2024.



Perspectives

regola, finisce per complicare la situazione. Lo psicofarmaco diventa uno degli strumenti della semplificazione patologica di cui la psichiatria è spesso al tempo stesso strumento e vittima. Strumento perché spesso ne è complice. Vittima perché quasi sempre è uno psichiatra che viene chiamato, dopo, a gestire problemi non di sua primaria competenza, nati *anche* attraverso l'utilizzo improprio di alcuni dei suoi strumenti. È esperienza comune per gli psichiatri che, quando altri medici non riescono ad orientarsi in casi con diagnosi difficili, scatti il cortocircuito per cui questi casi diventano psichiatrici. Ho personalmente visto casi di tumori cerebrali o in altre sedi semplificati e "ridefiniti" come depressione o somatizzazione. Allo stesso modo anche l'accoglienza degli stranieri diventa troppo spesso oggetto di semplificazione patologica, per cui, oltre all'azione dirompente dello stigma, le differenze culturali, le difficoltà linguistiche, i fraintendimenti legati a tante diversità, le ansie e le agitazioni che nascono da contesti a cui si è estranei e da storie terribili, raramente raccontate e scarsamente riconosciute, soprattutto a livello dei singoli individui e non come problematiche generali, tutto ciò viene semplificato e silenziato con la somministrazione di psicofarmaci. Che ancora una volta colpiscono sintomi, cioè comportamenti, ma certamente non psichiatrici: sintomi che sono più precisamente indicativi di cose che si chiamano traumi, diversità, disperazione, nate dal senso di perdita di speranze spesso a lungo alimentate, fraintendimento linguistico, culturale, storico; sintomi tutti «facilmente gestibili» con una dose adeguatamente forte di neurolettici. Dosi che sembrano semplificare il problema contingente, ma complicano il problema di fondo e cioè la comprensione e l'accoglienza del diverso, il suo inserimento ed alla fine anche la possibilità di trasformarlo in una risorsa per la collettività. È molto importante quanto questo abuso vada ad interferire con uno dei problemi fondamentali in questi contesti, e in generale nelle relazioni umane, quello della comunicazione efficace, in modo particolare quando gli "strumenti comunicativi" tra i diversi attori dello scambio comunicativo sono troppo diversi. Abbiamo "comunicazione" quando pensieri e visioni diverse si incontrano, si confrontano, si dialettizzano, se alla fine trovano una sintesi comune che crea un ponte, tale da permettere di unire diversità, che non sono però necessariamente opposizioni («*diversa sed non adversa*», come diceva Pietro Abelardo). Uno dei problemi fondamentali, soprattutto quando ci si trova di fronte a traumi vissuti, è quello del linguaggio con cui descriverli da un lato e comprenderli dall'altro. Dovremmo sempre domandarci se inadeguati o incomprensibili siano loro o noi, quando non siamo adeguatamente preparati a confrontarci con loro. Un ricordo personale molto vivo può aiutare a capire di cosa parli. Anni fa, nel centro di salute mentale di cui ero responsabile, arrivò come paziente un signore profugo dalla Bosnia, giovane ufficiale durante la guerra, di professione ingegnere, che in Italia lavorava come muratore e presentava varie problematiche evidentemente correlate alla sua storia personale, di sradicamento, perdita di ruolo, povertà e via dicendo. Il giovane medico che lo aveva in carico e l'aveva aiutato moltissimo a recuperare una condizione di equilibrio, un giorno mi chiese di parlare io con questa persona. Non perché ero il primario, ma perché parlavo fluentemente il serbo croato. Ci sedemmo tutti e tre vicini ed iniziammo a parlare, io e lui, nella sua lingua. Ogni tanto facevo una breve traduzione per il collega. L'uomo ci descrisse un'esperienza terrificante che aveva vissuto durante la guerra e lo aveva profondamente traumatizzato, che qui non riporterò, ma che era stata veramente drammaticissima, carica di dolore ed orrore. Il fantasma di questa esperienza, che il bravo collega aveva percepito nel corso dei loro ormai molti incontri, finalmente era venuto fuori in tutto il suo orrore, ma averne potuto parlare esplicitamente lo aveva alleggerito, come lui stesso ci disse, ed aprì nuovi spazi di comunicazione e di



azione, per il lavoro con lui. Ma la cosa qui più significativa avvenne alla fine, quando rivolgendosi al "suo" medico gli disse «perdonami se non ti ho raccontato queste cose. Non è perché non mi fidassi di te, che sei la persona a cui devo il mio stare meglio di oggi, la persona che più mi ha aiutato, ma perché «certe sofferenze le puoi descrivere solo nella lingua in cui le hai vissute». Ho imparato molto da due uomini intelligenti, il medico, che aveva colto la opportunità della mia conoscenza della lingua del paziente, ed il paziente, che aveva saputo sintetizzare in una frase un universo di problemi che spesso non siamo in grado di risolvere nei confronti dei migranti.

Si apre qui un altro problema delicato: quello della mediazione culturale. La figura del mediatore culturale, sia inteso nel senso della padronanza della lingua, che della conoscenza, se non condivisione, della cultura è fondamentale. Si tratta di persone preziose, che spesso consentono di superare i problemi sopra accennati col signore bosniaco. Ma siccome ci stiamo confrontando per migliorare dei contesti non per farci i complimenti, non possiamo dimenticare che la mediazione culturale può nascondere delle trappole pericolose. La prima sta nella scarsa attenzione, che spesso chi cerca un mediatore pone nella sua individuazione. Ricordo quante volte nel mio lavoro, quando ci veniva chiesto di vedere una persona ospite di una struttura più o meno equivalente ad un CPR e chiedevamo chi venisse inviato un mediatore culturale, quando si trattava di afghani, ci veniva inviato un mediatore di lingua pashtu per una persona di lingua persiana o viceversa. Disattenzione grave non solo per il problema strettamente linguistico, ma anche perché a volte, non essendo le due etnie sempre in buoni rapporti, il mediatore dell'una, pur conoscendo anche la lingua dell'altra, non si rivelava esser stato un buon traduttore, quando diveniva possibile una verifica. Un altro problema sta proprio nelle difficoltà di contesto. Un esempio, ancora una volta personale, lo traggo dalla mia esperienza nel corso della guerra in ex Jugoslavia, dove mi sono trovato a lavorare come operatore umanitario. La responsabile di un'agenzia delle Nazioni Unite che sapeva della mia conoscenza della lingua locale, mi chiese di accompagnarla assieme alla sua traduttrice ufficiale, per un incontro con dei sanitari che lavoravano con la popolazione civile, in un'area vicino al fronte. Mi chiese di nascondere la mia conoscenza della lingua. Ero imbarazzato, ma comprendevo le ragioni e accettai. L'interprete era una donna, prima della guerra docente di inglese in un'università importante della Croazia, di circa cinquant'anni. All'incontro assieme ai medici bosniaci era presente, celato dentro un camice da medico, un ufficiale delle milizie croate schierate su quel fronte. Quando la funzionario delle Nazioni Unite poneva delle domande, l'interprete le traduceva perfettamente in serbo croato, ma nel tradurre le risposte in inglese seguiva sempre le correzioni imposte dall'ufficiale della milizia. Quando rientrammo nell'ufficio della funzionaria dicemmo all'interprete la verità. Questa si mise a piangere e ci disse di avere un figlio di vent'anni, arruolato a forza nelle milizie croate, ma tenuto lontano dal fronte a condizione che le sue traduzioni fossero manipolate. La signora non perse il posto. L'importante era conoscere le variabili in gioco, per muoversi di conseguenza. Speriamo che i mediatori culturali, di cui ci serviamo, siano oggetto di altri condizionamenti meno drammatici, ma è importante sapere quanto, sulla qualità delle «traduzioni», possano pesare fattori molto rilevanti e sconosciuti. Quanto meno questi fattori risultano sconosciuti, tanto più diventa possibile correggerli senza dover stravolgere l'esistenza del mediatore che spesso, a sua volta, ha molte ragioni per essere spaesato.

Certamente, nella carriera del migrante, possiamo riconoscere alcuni dei punti essenziali che Goffman, nella sua fondamentale opera sulle istituzioni totali «Asylums», individuava negli ospiti delle istituzioni



totali³. Per una sintesi del pensiero di Goffman, riprendiamo qui, da quel riferimento, tre punti che ci sembrano interessanti in relazione ai CPR e alle altre istituzioni rivolte alla ospitalità dei migranti:

- 1) «*L'istituzione totale prevede una replica, in piccolo, della società esterna, con però leggi diverse; al suo interno, la divisione principale è tra gli staff (cioè chi vi lavora) e gli internati o degenti.*

Questo tipo di divisione si ritrova in tutte le «istituzioni totali», carcere, manicomio, strutture per anziani, disabili, certi conventi e corpi militari, eccetera. Si tratta di una divisione che segna tutti coloro che vi sono coinvolti, siano essi *staff* o *internati o degenti*. Un solo esempio a dimostrare quanto appena detto: sappiamo che il tasso di suicidarietà è molto alto nelle carceri. Ma è particolarmente alto anche tra gli agenti di custodia. A volte per l'essere umano non è difficile solo sopportare ciò che subisce, ma, a volte, anche ciò che fa.

- 2) «*In questi contesti spesso anche i momenti di vicinanza risultano funzionali al marcire le distanze al loro stesso rafforzamento.*

La vicinanza. Ci sono tanti tipi di vicinanza ovviamente. Ragionerò, a titolo di esempio, sulla più semplice, quella fisica. Ricordo una visita, circa vent'anni fa, al manicomio di Betlemme. Chiesi di incontrare tutto lo staff, non solo medici e psicologi (e ciò destò molto stupore in alcuni). Chiesi se ci fosse qualche infermiere che avesse qualcosa da dire in relazione a ciò che avevo detto parlando dell'esperienza nata con Franco Basaglia. Un infermiere si alzò e, senza mai distogliere i suoi occhi dai miei, disse: «alla mattina mi alzo, esco dopo aver salutato mia moglie e i miei figli, che amo molto, per venire a fare questo lavoro che mi consente di farli vivere. Arrivo qui ed ogni giorno mi trovo accanto a lui, sempre lo stesso uomo, che però non esce mai, ci guardiamo, io non gli dico nulla, lui non mi dice nulla. E questo per tutto il giorno. Poi torno a casa, ritrovo la mia famiglia, cerco di non pensare a lui, e grazie a loro ci riesco. Il giorno successivo nuovamente mi alzo, li saluto e torno al lavoro dove mi trovo nuovamente accanto a lui e continuiamo a non dirci nulla da. «È sempre così e so che sarà sempre così.» Ci fu un grande silenzio e poi iniziò una discussione intensa e molto ricca, che io non riuscii a seguire, perché mentre con me aveva parlato in inglese, la discussione, ovviamente, si svolse in arabo. Ma qualche tempo dopo, durante un mio viaggio successivo in Palestina, una psichiatra che lavorava a Betlemme mi disse che quell'intervento di quell'infermiere era stato lo stimolo per un cambiamento su cui stavano lavorando tutti assieme, tutte le diverse professioni e disse di ringraziarmi anche per averli voluti tutti insieme all'incontro, cosa che non avveniva mai perché non era prevista nelle procedure di quell'ospedale.

- 3) «*Nella descrizione di quella che chiama "carriera morale del malato mentale", Goffman descrive il processo che fa sì che l'istituzione promuova uno schiacciamento del Sè del degente, fino a una sua completa "istituzionalizzazione".; Goffman, in questo modo, sottolinea come possa essere forte l'impatto dell'istituzione totale sia sul Sè (per l'individuo stesso) che sull'immagine costruita agli occhi degli altri.*

³ Rimandiamo al blog foglio psichiatrico di Raffaele Avico.



La carriera morale rappresenta un altro momento critico di ciò che Goffman descrive. Io compresi che cos'era il manicomio quando, giovane medico che lavorava a Trieste mentre si stava completando la chiusura di quell'istituzione totale, ebbi modo di vedere con i miei occhi quanto il semplice cambiamento della condizione di vita, da recluso a libero, libero, ma non abbandonato ovviamente, facesse recuperare alle persone elementi della loro identità, perduti per la semplice reclusione, senza nessuno con la malattia, quand'anche fosse presente. L'esempio che amo ripetere è quello di Anna V. Era il 1982 ed a Trieste c'erano ancora circa 200 persone ricoverate in ospedale, delle circa 1300 che Basaglia vi trovò nel 1971. Progressivamente venivano tirate fuori dalle camerette in cui vivevano in gruppi di 6/7 persone ed io ero uno dei medici che procedeva al loro inserimento nelle residenze protette, ma "normali" in cui venivano inseriti. Prima di andare a prendere Anna cercai la sua cartella e vidi che era stata internata a 18 anni, con una diagnosi di schizofrenia, nel 1942. La cartella era scritta molto bene, ricca di dettagli, la diagnosi era verosimilmente corretta. Nel primo mese di ricovero venivano riportati molti dati su Anna. Passato il mese previsto dalla legge del 1904 perché il ricovero diventasse definitivo, venisse registrato sul casellario giudiziario ed il paziente perdesse tutti i diritti civili, la cartella divenne vuota. Venivano riportate le date delle mestruazioni, qualche episodio febbrile occasionale, fino al 1948 quando una breve nota diceva «non parla da una settimana», poi «non parla da un mese» infine «non parla da un anno», poi fino al 1971 di nuovo solo mestruazioni ed episodi febbrili. Quando mi recai a prendere la signora Anna entrai nel reparto, senza suonare alla porta, ero il medico, la trovai seduta con accanto una piccola borsa con le sue poche cose. La salutai e le dissi chi ero e perché ero lì e lei mi rispose con dei versi incomprensibili, che sembravano indice di qualche lesione neurologica. Mi proposi di farle effettuare una TAC per capire di che si trattasse. Ma nell'anno successivo, siccome era *matta*, (ed io un semplice psichiatra, quindi al fondo della gerarchia medica) non riuscii ad ottenere la TAC. Quel giorno la accompagnai nella sua nuova residenza, dove venne accolta dalle due operatrici che gestivano il piccolo appartamento, trovò ad accoglierla la sorella, che raramente veniva a trovarla, le venne mostrata la sua stanza individuale, le furono presentate le altre quattro ospiti che vivevano nell'appartamento, ciascuna in una propria stanza, ed io ebbi il privilegio di consegnarle le chiavi di quella casa. Nella sua stanza sul comodino c'era una foto della sorella. Nel periodo successivo, salvi i miei inutili tentativi di farle effettuare una TAC, la vidi solo di sfuggita, scambiandoci qualche sorriso, ma il carico di lavoro era enorme ed io non riuscii a dedicarle molta attenzione personalmente, ed era supportata dagli operatori della residenza. Un paio di volte ci incociammo al supermercato, dove, accompagnata da un'operatrice, imparava a fare la spesa, e ci scambiamo qualche altro sorriso. Quando pensavo a lei pensavo a quanto sarebbe stato bello se avesse avuto una voce. Dopo parecchi mesi, l'operatrice che gestiva l'appartamento mi telefonò e mi disse che dovevo venire a vedere Anna perché aveva bisogno di me. Scioccamente presi la borsa da medico con fonendoscopio e apparecchio per la pressione (i medici di base non andavano a visitarle, quelle persone) salii sulla mia vespa e corsi all'appartamento. Arrivato sulla porta suonai, non ero più *il padrone di casa* come un anno prima, sentì dei passi che si avvicinavano, le chiavi che giravano nella toppa, la porta si aprì e comparve Anna che mi fece un sorriso e mi disse «buongiorno dottore, posso farle un caffè?» Quel caffè, che era anche molto buono, mi fece capire che cosa produceesse il manicomio nelle persone che ci finivano dentro. Anna aveva



preso farmaci da quando negli anni 50 del Novecento erano stati introdotti nell'uso, e continuava a prenderli, a dosi congrue al suo disturbo.

Quante riflessioni potrebbero nascere ragionando su questi tre punti di Goffman in relazione ai CPR.

C'è da sperare che le persone non debbano rimanere nei CPR o equivalenti per quaranta' anni, come la povera Anna, ma basta molto di meno perché i danni, anche gravi, alla soggettività delle persone incomincino a manifestarsi.

Abbiamo parlato di vicinanza. La vicinanza rimanda a un altro problema pieno di sfumature, sia nel concreto che sul piano teorico, quello delle distanze. La distanza si colloca nella dimensione dello spazio, lo spazio è lo sfondo di ogni contesto, ma distanza vi può essere anche nella comunicazione. Torniamo al tema iniziale degli psicofarmaci. Uno dei vantaggi che gli psicofarmaci possono dare si colloca proprio in questa dimensione. Ad esempio, la persona che sente voci finisce per trovarsi a una tale distanza comunicativa da chi concretamente gli sta vicino, da non riuscire nemmeno a comunicare, in modo efficace, su questioni anche banali. È come se ci si trovasse sulle rive opposte di un fiume in piena, dove non ci sono ponti e dove le voci rappresentano la piena. Alcuni farmaci riescono a ridurre le voci, talora eliminarle e consentono di gettare un ponte tra le due rive. Uno spazio, che fisicamente può essere anche ridotto, ma praticamente spesso è incolmabile, diventa praticabile. D'altra parte, una vicinanza eccessiva la possiamo accettare solo in determinate condizioni, se c'è molta confidenza, o per necessità per periodi brevi, come in autobus, e spessissimo diventa causa di difficoltà nella comunicazione o perlomeno causa di distorsione. Dico una ovvia, ma la distanza deve essere quella "giusta", abbastanza piccola da consentire scambi efficaci, ma tale anche da consentire i necessari margini di libertà che ognuno di noi "deve avere e desidera avere". Il dosaggio giusto degli psicofarmaci spesso aiuta a gettare un ponte, riducendo delle distanze o rendendole praticabili. Ma un uso eccessivo o improprio di psicofarmaci finisce per annullare le distanze, annullando la soggettività delle persone che è ciò che dà senso alle distanze praticabili. Una distanza è praticabile quando intercorre tra persone che possono comunicare in modo efficace, contestualizzato, e sufficientemente autonomo, con la possibilità di ridefinire loro la distanza giusta. Dico autonomo e non libero perché il termine libero può essere male interpretato, dico autonomo, perché autonomia vuol dire darsi delle norme da sé, per conto proprio. Delle norme sono sempre necessarie nella comunicazione, devono essere almeno parzialmente condivise, ma devono essere anche scelte, o quantomeno accettate, dai soggetti della relazione. L'uso istituzionale degli psicofarmaci a scopo di contenimento forse talora "pacifica" i contesti, ma annulla le distanze comunicativamente efficaci dilatandole. Ancora una volta, non dobbiamo dimenticare che un abuso di psicofarmaci porta all'annullamento di chi lo subisce, ma anche altera chi lo agisce. Chi lo subisce perde la propria umanità, ma chi lo agisce "altera" la propria. Lo spazio e le distanze che lo definiscono rappresentano il luogo delle comunicazioni, verbali e non verbali. Queste sono dimensioni che spesso si danno per scontate, senza rifletterci sopra. Lo spazio è un luogo in cui devono esserci delle regole, che però devono essere condivise, accettate, rinegoziabili. Un'altra dimensione, che però forse qui non abbiamo lo spazio, il tempo ed il modo per affrontare, è quella del rapporto tra spazio, spazialità vera, spazialità vissuta, spazialità reale e spazialità fittizia. Sono dimensioni che ci riguardano sempre, ovunque e comunque, ma che tendono ad appesantirsi nei contesti complessi e difficili, come quelli su cui stiamo ragionando. Accenno soltanto ad una di queste dimensioni,



che è quella del vissuto. Da quanto abbiamo detto, penso risulti chiaro quanto sia importante il vissuto del migrante o comunque della persona che si trova per qualsiasi ragione in condizioni di inferiorità. Ma non dobbiamo dimenticare l'importanza del vissuto di quello che genericamente chiameremo operatore. Il suo vissuto viene determinato da un'infinità di fattori. Le maggiori o minori competenze, i pregiudizi, positivi o negativi che siano, le aspettative, le delusioni e le illusioni. Ma anche le fatiche, le ansie, le paure o timori, le incertezze e le insicurezze, le responsabilità, troppo poche o eccessive che siano, e molti altri fattori che richiedono un'attenzione ed un ascolto specifici anche verso gli operatori che non devono essere mai lasciati soli.

Ci fermiamo un istante sul termine "vissuto". Particípio passato dal verbo vivere, sia attivo che passivo; i vocabolari riportano due significati, il primo: «che ha avuto una vita ricca di esperienze; navigato, smaliziato». Il secondo: «autenticamente trascorso o sofferto». si tratta comunque di un particípio passato, che fa riferimento a cose già trascorse; tendiamo a interpretare male un atto di gentilezza che ci viene fatto da una persona che, in passato, ci ha creato dei problemi perché il vissuto che ci portiamo dentro ci fa accogliere questo atto di gentilezza con sospetto. Ogni vissuto, quindi, è legato alla storia personale. il passato pesa comunque, anche quando, come si diceva prima, pensiamo ad aspettative o illusioni. Tutte le storie sono diverse. Ma certamente quelle storie che incontriamo nei migranti sono profondamente distanti e diverse da quelle che abbiamo attraversato noi e che viviamo nella quotidianità delle nostre relazioni. Inevitabilmente nel momento dell'incontro, al di là delle intenzioni, buone o meno buone che siano, i vissuti dei soggetti dell'incontro sono ampiamente diversi e distanti, molto di più di quanto lo siano negli incontri della quotidianità e con cui, bene o male, abbiamo imparato a fare i conti. Non si dovrebbe mai dare per scontato nulla, in teoria, ma se non dessimo per scontate tante cose della nostra quotidianità, non ci muoveremmo più. Sapere cosa dare per scontato e su cosa soffermarsi e riflettere è una delle competenze fondamentali del saper vivere, e qui sto usando il verbo vivere al presente. I vissuti sono importanti, non di rado sono utili, ma talora sono un problema, e questo accade perlopiù quando si cristallizzano, non sanno evolversi e modificarsi, cosa che può avvenire solo nella dialettica dell'incontro. E qui abbiamo un'altra parola pesante, la parola "incontro". Ancora una volta cerchiamo la definizione che ci torna molto utile: «indica la direzione di un movimento specialmente verso persone, eliminando la sfumatura ostile insita in contro.» L'incontro, anche nell'etimologia, porta dentro di sé un elemento ostile ed è il saperlo eliminare che qualifica un buon incontro. Tutto qui. Ma eliminare l'ostilità significa molte cose, non solo rispetto ai pregiudizi, ma anche a quelle cose che non si sanno e su cui, chi si occupa delle persone di cui stiamo ragionando, lavora o dovrebbe comunque lavorare. Ma l'ostilità nasce anche da un'altra sorgente su cui è più complesso lavorare: l'insicurezza. Affrontare le proprie insicurezze significa assumersi dei rischi, delle ansie. Ci troviamo nuovamente di fronte a una sorta di ossimoro emotivo: ciò di cui abbiamo bisogno per vincere l'insicurezza è proprio ciò che l'insicurezza ci nega.

Chi siamo? Sono nato in Italia, cittadino italiano dalla nascita, sono e mi sento italiano e come tale vengo riconosciuto, a casa mia e nei luoghi del mondo in cui mi è capitato di andare. Mio padre, come testimonia il mio cognome, era pienamente italiano da parte di madre e tedesco da parte di padre. Un tedesco particolare di quelli residenti in Italia da tre generazioni, come ce n'erano molti a Trieste, cittadini italiani, nazionalità italiana, ma di cultura tedesca. Ricordo che con la sorella, zia Ernestine,



parlava sempre in tedesco ed io non capivo, perché purtroppo non mi ha insegnato il tedesco. È una cosa che capisco per i tempi in cui ha vissuto, ma credo che abbia fatto malissimo a non insegnarmelo. Mia madre era jugoslava e per fortuna mi ha insegnato la sua lingua, e molto altro. Dico queste cose perché, avendo avuto la fortuna non di essere ricco, non lo siamo mai stati, ma di avere dei genitori che si sono sforzati di darmi delle possibilità e degli stimoli, tutte queste radici diverse si sono mostrate ricchezze, risorse a cui attingere, stimoli su cui riflettere. Queste differenze non sono mai diventate diversità, ma spunti dialettici per costruire un'identità. Credo che attaccarsi a un'identità precostituita e spesso fittizia non sia un pregio, ma il segno della viltà e pochezza di chi, non sapendo cosa costruire con il materiale che ha a disposizione, si adatta a vivere nella piccola capanna che trova libera, pensando che, essendo vicina al ricco palazzo che ha accanto, ne sia una parte. Una delle frasi più belle che ho sentito molti anni fa e che amo ripetere è quella di Alex Zanotelli che dice «io sono tutte le persone che ho incontrato». Noi non saremmo nulla senza gli incontri che, passo dopo passo, nel bene e nel male, costruiscono il nostro esser così.

Tra le radici delle nostre paure nei confronti dei migranti possiamo porre come numero uno: il “culto della tradizione distorto”. La paura che nuove culture ci portino valori diversi, stili di vita che non sono i nostri e ciò possa deteriorare o far scomparire i valori della tradizione della cultura che riteniamo essere nostri, è uno degli elementi che spingono moltissime persone al sospetto nei confronti del migrante; non ci si vuole confrontare con le dialettiche che nei confronti tra culture diverse si a prono. Ciò comporta quindi anche un secondo elemento: il “rifiuto” di qualunque sguardo che sappia di “modernità” rispetto a ciò che incontriamo e questo terzo punto è la sospettosità che viene rivolta verso chiunque cerchi di affrontare la presenza di una diversità con la riflessione, ragionando prima di decidere che cosa fare o pensare dell’altro. Conseguentemente, una quarta caratteristica che si coglie in queste modalità di accoglienza è il “non accettare alcuna forma di disaccordo” rispetto alle proprie opinioni fondate, come si diceva, sulla tradizione. Radice di questa posizione è il punto numero cinque vale a dire la “paura della differenza”. Con la differenza non si accetta confronto, non si accetta dialetica, non si colgono le contraddizioni che fa emergere la dialettica di cui stavamo parlando. Un sesto elemento rilevante è come l’odio o il rifiuto del migrante o comunque del diverso vengano giocati, aizzando le “frustrazioni di una classe media” che ha perso, o teme di perdere, qualcuna delle conquiste che ha in qualche modo raggiunto. Settimo elemento è la valorizzazione esasperata di un mai ben definito nazionalismo, ma nel senso di contrapposizione tra chi è nato in un paese e qui ha le sue presunte radici e chi, venendo da fuori, complotterebbe rispetto all’identità nazionale. Un ottavo segnale è l’incapacità di valutare, con precisione, la “reale forza o debolezza” dell’impatto che queste persone hanno o avrebbero nel nostro quotidiano. Conseguentemente, e qui evidenziamo un nono punto, molte volte il porsi in modo meno che oppositivo nei confronti del migrante viene interpretato come una “collusione ed un tradimento” nei confronti del gruppo di appartenenza, reale o presunta che sia. Siamo al decimo elemento, tutti questi problemi che ci porta lo straniero nascono dal fatto che lo straniero si contrappone a noi che rappresentiamo “il migliore dei popoli possibili”, in una dimensione elitaria ed al tempo stesso surreale. Undicesimo elemento, dentro questa logica, è che evidentemente “noi” in questa dimensione elitaria, qualunque cosa facciamo, facciamo la cosa giusta, dentro una dimensione di un eroismo che “è la norma non l’eccezione”. Dodicesimo aspetto critico è che questa dimensione eroico vittoriosa è in realtà difficile, comunque è difficile, da agire costantemente



e quindi viene spesso spostata all'interno delle relazioni di genere, creando o quantomeno sposandosi con forme di "machismo" che presuppongono la superiorità degli uomini sulle donne, che sotto questo punto di vista possono essere avvicinate, per alcuni aspetti della loro condizione, ai migranti. Tredicesimo elemento: questo atteggiamento non può essere considerato come conseguenza di un dibattito e di un confronto di idee, ma viene generalmente presentato come una "ovvia volontà comune". Quattordicesimo ed ultimo elemento interessante è che in queste dimensioni si finiscono per costruire delle neo lingue, che, oggi, in modo particolare attraverso la perversa invasività delle comunicazioni semplificate dei social o dei talkshow, diventano prevalentie dominanti. Mi pare che tutti questi elementi si ritrovino in modo molto evidente nell'atteggiamento di chi si oppone ad un discorso pro-positivo sull'accoglienza. Questa certamente necessita di aspetti dialettici, di valutazione critica, di confronti tra diverse possibili soluzioni e di agire questi confronti anche, se non soprattutto, con le persone oggetto di questi atteggiamenti, vale a dire i migranti, trasformandoli in soggetti paritari con cui dialogare. Ciò che mi preme sottolineare è che questi quattordici punti che ho utilizzato per descrivere una certa modalità ostativa dell'accoglienza dei migranti fanno riferimento e si ispirano ad un interessante e importante libriccino scritto da Umberto Eco nel 1995 è intitolato «Il Fascismo Eterno».⁴. I 14 punti sono stati da me rielaborati correlandoli al nostro tema, ma gli spunti nascono da lì. Nella conclusione del libro si afferma che esistano dei comportamenti che furono tipici e lo sono ancora del fascismo e, come precisa Eco, «l'Ur fascismo può ancora tornare sotto le spoglie più innocenti. Il nostro dovere è smascherarle e puntare l'indice su ognuna di queste nuove forme ogni giorno in ogni parte del mondo»⁵ Senza libertà non c'è cura. Non solo, la mancanza di libertà fa ammalare; la storia di Anna è emblematica di questa condizione. I dettagli della storia del signore bosniaco, di cui ho parlato, mi confermarono come qualsiasi limitazione della possibilità di scegliere, di agire, di decidere produca sofferenza e malattia. Nel CPR in particolare, ma nelle modalità con cui la nostra società accoglie i migranti in generale, noi stiamo creando non solo le evidenti premesse per alcuni gesti di illegalità o di criminalità che, in malafede, vengono considerati tipici delle loro culture, ma poniamo le sicure premesse per un peggioramento delle loro condizioni di salute. E paradossalmente l'uso incongruo, strumentale e violento, non possiamo negarlo, degli psicofarmaci per la gestione e il controllo di queste persone, lungi dall'essere strumento di cura diventa strumento per farli ammalare. E se la prevalenza nella nostra società di questi pregiudizi, spostando l'attenzione della politica da ciò che dovrebbe fare per tutelare la nostra libertà, la libertà di tutti, a come limitare la e le libertà dei migranti, finisce per far ammalare anche la nostra società, che sarà meno giusta, meno libera, quindi non curabile.

⁴ U. Eco, *Il Fascismo Eterno*, (ed.or.1995)⁴, Milano, 2018.

⁵ *Ibid.*, 50.

