

## SAGGI – ESSAYS

### SPAZI DELLA PSICHIATRIA TRA PASSATO E PRESENTE: IMPARARE A RIFLETTERE SULLE STORIE DI CURA CHE RACCONTANO

### SPACES OF PSYCHIATRIC CARE BETWEEN PAST AND PRESENT: LEARNING TO REFLECT ON THE CARING STORIES THEY TELL

*di Maria Benedetta Gambacorti-Passerini (Università di Milano Bicocca), Katia Daniele (Università di Milano Bicocca) e Lucia Zannini\* (Università di Milano)*

Nella nostra prospettiva, una riflessione sull'educazione e la cura nei servizi psichiatrici non può prescindere dal loro passato, dove spazi e tempi di cura erano molto diversi da quelli dell'attuale sistema. Molti segni, tracce, frammenti impliciti ed espliciti di quel passato si ritrovano nei servizi attuali. Seguendo un approccio "archeologico", crediamo che quegli spazi non siano stati completamente superati, e, in parte, si trovino ancora nel nostro modo di lavorare nei servizi psichiatrici. Quali sono dunque le tracce del passato lasciate in questi servizi? come e dove possiamo trovarle? cosa dovremmo preservare dal passato e, al contrario, cosa dovremmo superare?

Nel nostro contributo, ricercheremo delle tracce e storie che potrebbero aver contribuito a plasmare l'educazione e la cura negli

\* Questo lavoro è stato svolto in stretta integrazione e le autrici hanno contribuito alla stesura di ogni suo parte. Ai soli fini accademici, si segnala che Maria Benedetta Gambacorti-Passerini e Lucia Zannini hanno scritto il par. 1, Maria Benedetta Gambacorti-Passerini ha scritto il par. 2, Lucia Zannini ha scritto il par. 3, Katia Daniele ha scritto il par. 4.

attuali servizi psichiatrici italiani, che da spazi isolati e luoghi di reclusione e oppressione si stanno trasformando in luoghi aperti e spazi di cura volti a promuovere la salute mentale.

In our perspective, a reflection on education and caring in the psychiatric services cannot ignore their past, where spaces and times of care were completely different from those that characterize the healthcare system today. Many signs, traces, implicit and explicit fragments of that past can be found in current services. According to an “archeological” approach, we believe that those spaces have not been completely overcome and somehow, they are still part of our way of caring in psychiatric services. Hence, what traces of the past are left in those services? How and where can we find them? What should we preserve from the past and what should we overcome?

In our work, we will try to find some of the traces and stories that could have contributed to shaping education and care in present day Italian psychiatric services. These developed as isolated spaces and places of confinement and oppression and are transforming into open places and healing spaces, aimed at promoting mental health.

### *1. Il ruolo dello spazio: un mediatore nell'educazione e nella cura*

In ogni epoca e in ogni modalità in cui può essere pensata e agita, l'educazione attraversa sempre la vita e, a sua volta, ne è attraversata, in un rapporto circolare e di ricorsività che abita il tempo quotidiano dei soggetti che coinvolge: è qui che ha modo di svilupparsi la mediazione del professionista educativo, che dovrà sapere orientare il suo agire attraverso la creazione di un *dispositivo*, costruito attraverso un apparato di tecniche pedagogiche. Seguendo l'*Enciclopedia Treccani*, un dispositivo è un «congegno che serve a una determinata funzione», per esempio educativa. Questo “congegno” può essere costituito da macchinari, strumentazione

tecnica, ma anche da spazi, tempi, regole, relazioni, dimensioni simboliche e molto altro.

La nozione di dispositivo pedagogico, ripresa dal pensiero di Foucault, proviene dall'opera di Massa (1986; 1999) che propone la metafora teatrale per tematizzare l'instaurarsi di esperienze educative nel continuo rimando tra l'educazione e la vita. Per Massa l'educazione è un dispositivo e il teatro è una metafora luminosa di esso (Antonacci & Cappa, 2000). A teatro si mette in scena la vita, *come se fosse la vita reale*. A teatro i discorsi, le risate, come anche le lacrime, sono tutte vere, ma chi assiste allo spettacolo sa che quella sul palco non è la vita vera. È un'esperienza che può insegnarci tantissimo sulla vita, ma non coincide con essa.

Se l'educazione è come il teatro, allora educare vorrà dire "mettere in scena qualcosa" facendo molta attenzione a ciò che determina in modo radicale quella scena: gli spazi, i tempi, gli oggetti, i marchingegni tecnologici, le relazioni tra i personaggi, i loro corpi, le regole, le dimensioni affettive e molto altro. In questo senso, la competenza professionale dell'educare si situa nella capacità di costruire un dispositivo pedagogico che possa consentire un'azione che si costituisca quale ponte tra il tempo della vita, della quotidianità e quello specifico dell'esperienza educativa.

Avviciniamoci ora ancor di più alla nozione di dispositivo in ambito educativo, così da andare ad approfondire anche il ruolo e la funzione che lo *spazio* riveste all'interno della formulazione di questo concetto.

Ferrante (2017), in un testo specificamente dedicato al dispositivo pedagogico, riprende svariate definizioni che Massa propone per tematizzare questo costrutto, descritto come «un sistema procedurale in atto, congegno pratico e discorsivo in cui i contenuti e la relazione vengono giocati all'interno di una certa strategia pedagogica» (Massa, 1997, cit. in Ferrante, 2017, p. 78). Anche le parole di Riva si rivelano utili per chiarire gli aspetti intorno a cui l'azione del dispositivo è orientata:

[Esso] presidia l'organizzazione dei tempi, degli spazi, della dimensione prossemica, della collocazione e della gestione dei corpi degli educatori e degli educandi, delle relazioni, delle attività, dei metodi e delle tecniche, dei mezzi e degli strumenti, dei simboli (Riva, 2004, p. 173).

Le parole riportate ci consentono di notare come progettare un dispositivo in educazione, seppur declinandolo in maniera unica e peculiare per i soggetti e per le condizioni con cui ci si trova a operare (per esempio, in attività educative nell'ambito del disagio mentale), richiede di fare attenzione ad alcuni aspetti ben definiti, tra cui la dimensione pragmatica e materiale, che include gli spazi (Gambacorti-Passerini & Palmieri, 2020).

In linea con gli autori citati, infatti, perché possa avvenire una mediazione educativa è necessaria la predisposizione di un ambiente appositamente progettato e allestito, al cui interno avvenga un'esperienza particolare, differente da quelle che contraddistinguono il tempo della quotidianità (Iori, 1996). In questo senso, la creazione di un dispositivo pedagogico richiede la tematizzazione di un setting spaziale caratterizzato da aspetti peculiari, tra cui la "transizionalità" e la "finzionalità", che lo rendano diverso da qualsiasi altro "luogo" (Palmieri & Prada, 2008). Tali aspetti permettono al professionista di costruire un'esperienza autentica in un ambiente che diviene un "mondo altro" (proprio come accade a teatro), un mondo di passaggio destinato a ri-portare al mondo della vita, nel quale però «è possibile mettere alla prova i soggetti che stanno apprendendo senza esporli a rischi "vitali"» (Prada in Palmieri & Prada, 2008, p. 227). Proprio dentro a questo setting, lavorando per la sua progettazione e il suo allestimento, considerando componenti umane e non umane, come spazi e oggetti (Ferrante, 2016), i professionisti possono creare possibilità di apprendimento che consentano agli educandi di vivere l'esperienza come autenticamente educativa (Palmieri, 2018).

Se, come abbiamo visto, lo spazio si rivela componente imprescindibile nella strutturazione di un dispositivo pedagogico che permetta il realizzarsi di un'azione educativa, concentreremo ora l'attenzione sugli spazi che hanno contraddistinto la cura del disagio mentale nel contesto Occidentale e, in particolare, in Italia. In

questo modo, riprendendo l'approccio archeologico di Foucault (1967), centrato sul portare alla luce i modi di conoscere delle diverse epoche, si vorrà esplorare come il modo di intendere lo spazio nella cura del disagio mentale abbia dischiuso o, al contrario, precluso lo sviluppo di possibilità esistenziali ed educative per i soggetti.

## *2. Gli spazi della cura del disagio mentale: storie permesse, storie proibite*

Il disagio mentale, nel corso dei secoli, è sempre stato al centro di specifiche modalità di essere inteso, significato, trattato e anche nominato, fin dalle primissime civiltà classiche (Palmieri & Gambacorti-Passerini, 2019). Muovendosi tra attribuzioni di sacralità e divinità, piuttosto che di allontanamento e occultamento, la società occidentale ha sempre manifestato una considerazione particolare per il disagio mentale, che ha condotto a pratiche molto diverse per approcciarsi a esso (Barone, Orsenigo & Palmieri, 2002).

Gli spazi pensati e adibiti per relegare, curare, ospitare, riabilitare le persone che si trovavano e si trovano a vivere un disagio mentale si rivelano preziosi indizi per ragionare su come, a seconda dei modelli di significazione, si è inteso approcciarsi a questo fenomeno, rendendo permesse o proibite, al loro interno, determinate storie di vita dei soggetti.

Senza ripercorrere dagli albori le modalità di approccio a quella che negli anni è stata nominata come “follia”, “pazzia”, “demenza”, “malattia mentale” o “disagio mentale” (Palmieri & Gambacorti-Passerini, 2019), risulta interessante, ora, focalizzare lo sguardo su quanto praticato nella seconda metà del Novecento e sugli enormi cambiamenti intercorsi dagli anni Settanta in poi.

In seguito alle spinte positivistiche e alla nascita della medicina come scienza sperimentale a metà dell'Ottocento, nel corso del Novecento si era consolidata l'istituzione manicomiale quale luogo deputato al trattamento delle persone affette da disagio mentale. Proviamo ora a esplorare meglio il luogo del manicomio e l'idea di cura e di educazione che si celava dietro i suoi spazi.

Il lavoro di cura intrapreso sulla scia del positivismo di fine Ottocento (Zilboorg & Henry, 1973), infatti, aveva posto l'attenzione su studi di natura classificatoria, alla ricerca di cause biologiche per le malattie mentali. L'attenzione all'istituzione manicomiale era rimasta sullo sfondo, utilizzando sostanzialmente le persone internate quali soggetti per studi e ricerche, non necessariamente sulla malattia mentale.

L'eredità, dunque, rispetto ai luoghi della cura del disagio mentale era ferma intorno al modello di reclusione dei secoli precedenti, in cui l'internamento era pensato quale azione di esclusione sociale per allontanare e "nascondere" non solo la follia, ma qualsiasi forma che portasse disordine e scompiglio nella società (Civita, 1996).

Gli spazi del manicomio, ben tematizzati da Goffman (1996/2010) nelle peculiarità delle istituzioni totali, raccontano questa epistemologia alla base della loro funzione: luoghi impersonali, deputati al controllo delle persone, al loro assoggettamento a ordini e imposizioni di chi deteneva un potere su loro. Questi spazi raccontano dunque storie di reclusione, in cui le pratiche di cura, non destinate a tutti, erano pensate esclusivamente in senso terapeutico per cause e sintomatologie biologiche, indipendentemente dai vissuti dei pazienti, dalla loro traiettoria esistenziale, dalle esperienze attraversate nei diversi contesti di vita. Il docufilm *Passepartout. La chiave comune*<sup>1</sup> di Michele Borelli, del 2019 riporta storie estremamente significative, recuperate da un lavoro di ricerca di un operatore dell'ex Ospedale Psichiatrico Nazionale (OPN) di Imola: la storia di un bambino, ad esempio, internato a seguito di crisi epilettiche e rimasto in manicomio per moltissimi anni senza alcuna cura specifica per la patologia da cui era affetto.

Nel corso del Novecento, alcune traiettorie di pensiero, quali la psicanalisi e la fenomenologia, stimolarono un forte ripensamento dei modelli per concepire e curare il disagio mentale e, dunque, per allestire e organizzare spazi dedicati a queste funzioni (Palmieri & Gambacorti-Passerini, 2019).

<sup>1</sup> Trailer docufilm visionabile al link: <https://vimeo.com/284130187>.

In particolare, in Italia a partire dalla metà del Novecento un composito movimento di professionisti e pensatori portò avanti una forte opera di sensibilizzazione e ripensamento rispetto alla malattia mentale, proprio a partire dai luoghi istituzionalizzati adibiti al suo trattamento. Il nome di Franco Basaglia (1982), psichiatra operante nei territori di Gorizia e Trieste, è certamente il riferimento a cui si collega maggiormente questo movimento, definito dell'antipsichiatria, anche e soprattutto rispetto a quanto ottenuto legislativamente con la Legge 180 del 1978 (spesso ricordata proprio come Legge Basaglia) che ha previsto, tra molti altri aspetti, l'abolizione e il progressivo smantellamento dei manicomi. Insieme a Basaglia, molti altri professionisti, tra i quali Giorgio Antonucci (psichiatra a Imola in quegli anni, la cui figura e opera è ricordata nel sopracitato docufilm), hanno contribuito, in zone diverse d'Italia, a portare avanti un rinnovamento nell'approccio al disagio mentale e nel pensare spazi e luoghi dentro e attraverso cui agire cura, anche educativa (Zannini & Daniele, 2020).

Cerchiamo ora, però, di comprendere in quali direzioni fosse necessario centrare la riflessione per poter ipotizzare spazi diversi da quelli manicomiali per una cura del disagio mentale, che potesse caratterizzarsi anche come cura educativa.

Quanto viene prospettato dal movimento antipsichiatrico, infatti, è centrato essenzialmente sulla proposta del concetto di salute mentale inteso come un aspetto che riguardi tutti i soggetti, non soltanto chi soffre di una conclamata patologia. Inoltre, una siffatta concezione della salute mentale richiede un ampliamento del campo di interesse della psichiatria oltre le dimensioni biologiche dei disturbi, prendendo in considerazione le componenti esistenziali, sociali, psicologiche, formative che la salute mentale di ogni soggetto chiama in causa (WHO, 2015), sempre più prese in considerazione dalla letteratura scientifica (Marmot, Friel, Bell, Houweling & Taylor, 2008).

Su queste basi, dunque, si giustifica un completo ribaltamento della concezione degli spazi manicomiali, quali unici possibili per una cura del disagio mentale basata sull'allontanamento, l'esclu-

sione e la reclusione. Se la salute mentale riguarda tutta la popolazione, anche la rete di servizi, la sua tutela e la sua cura sarà da pensare in maniera diffusa sul territorio, accessibile e visibile per chiunque. Lo stesso concetto di cura viene a mutare, iniziando a prospettarsi pensabile una riabilitazione sociale delle persone che sperimentano un disagio mentale, mettendo in questione la possibilità di una loro “guarigione”, tematizzata non tanto e unicamente sulla scomparsa dei sintomi, ma intendendola quale

*processo* autenticamente personale, [...] caratterizzato da un impegno attivo del paziente nel tentativo di recuperare potenzialità e aspettative di realizzazione di sé che la malattia, la disabilità e lo stigma sociale avevano compromesso in modo apparentemente irreversibile (Maone & D’Avanzo, 2015, p. 4).

Ecco, allora, che gli spazi che curano saranno luoghi che possano aprire possibilità di sperimentazioni esistenziali inedite per chi soffre di un disagio mentale, attivando non solo le risorse personali del soggetto, ma anche quelle della rete sociale, del territorio di riferimento: una direzione a cui i professionisti dell’educazione possono certamente contribuire in maniera significativa, centrando anche l’azione sull’allestimento di spazi che curano, costruendo storie che non proibiscano l’apertura di campi esperienziali (Gambacorti-Passerini, 2020).

### *3. Healing spaces nella cura di persone con problemi di salute mentale*

Gli spazi, dunque, hanno il potere di curare (o non curare) ed è importante, per chi educa e cura – anche e soprattutto in salute mentale – aver cura degli spazi.

L’aver cura comporta uno *stare* nelle situazioni, ma anche un *attraversarle* e *liberarle*. A questo scopo è fondamentale, come dice Palmieri (Palmieri & Prada, 2008) parlando di spazi,

interrogarsi sulla loro scelta, sulla loro configurazione, sulla loro connessione, cercando di comprendere quanto questi spazi di qualcun altro possano esser vissuti e “abitati”, resi propri dai soggetti (p. 42).

E ancora, è importante aver cura degli oggetti che animano quegli spazi, ad esempio chiedendosi: «quali oggetti sono ammessi [...] e quale uso ne è consentito?» (Palmieri & Prada, 2008, p. 43). È cruciale osservare le stanze, per esempio degli utenti di una comunità per persone con disagio psichico, l'arredamento, a quali oggetti essi possono accedere e in quali momenti, quanto questi oggetti sono personali o condivisi, «come venga interpretata la loro presenza, lo scambio, l'uso possibile» (Palmieri & Prada, 2008, p. 44).

È importante, quando ci si forma all'educazione e alla cura, imparare a osservare criticamente i dispositivi in atto e specificamente gli spazi. Essi, anche se connotati come ri-educativi o di cura – come accade in salute mentale –, «rischiano di avere forti contraddizioni e ambivalenze al punto di perdere nella concretezza la possibilità di promuovere rinascite» (Augelli, 2020, p. 81).

I contesti sanitari si sono dimostrati sensibili, negli anni, alla tematica degli spazi, non solo perché questi impattano sulla qualità delle cure percepite, ma anche perché possono incidere sul benessere del paziente e persino avere un effetto terapeutico. È in questo senso che si parla di *healing spaces*.

Una revisione sistematica di alcuni anni fa (Dijkstra, Pieterse & Pruyn, 2006) ha messo in luce che gli interventi finalizzati al contenimento dei rumori nei contesti sanitari influisce positivamente sulla qualità percepita delle cure. Al contempo, lo studio segnala che l'esposizione alla luce solare e odori piacevoli hanno effetti positivi sullo stress e persino sulla percezione del dolore.

Nell'ambito della salute mentale, alle fine degli anni Cinquanta uno storico studio (Sommer & Ross, 1958) aveva evidenziato come la disposizione delle sedie impattasse sull'interazione dei pazienti coi curanti e, di conseguenza, sugli effetti delle cure. Studi più recenti, nello stesso ambito, hanno messo in luce che alcune caratte-

ristiche degli spazi favoriscono il benessere dei pazienti: stanze singole, decorazioni e immagini serene e naturalistiche, finestre che affacciano a est, presenza di piante, pannelli da isolamento acustico a soffitto, riduzione del rumore nelle aree circostanti, possibilità di vedere scorci di natura dalla finestra (Linebaugh, 2013).

Pochi studi hanno però indagato la *percezione* dei pazienti, relativamente alle caratteristiche degli spazi che risultano per loro “terapeutici”. In uno di questi rari studi (Ulrich, 1991), sono risultati facilitanti: la possibilità di avere un senso di controllo sull’ambiente, l’opportunità di distrazioni positive e di *engagement* sociale.

Una ricerca più recente (MacAllister, Bellanti & Sakallaris 2016), che ha interpellato invece pazienti ospedalieri (ricoverati per infarto), ha rilevato che i degenti definivano come “terapeutico” uno spazio non solo a partire dalle sue caratteristiche fisiche, ma anche dai vissuti che esso evocava, come per esempio il suo essere familiare, la sua contiguità con la natura e persino il suo significato spirituale e religioso.

Uno spazio che cura è descritto dai pazienti come uno spazio calmo, rilassante, confortevole, accogliente; emerge poi frequentemente la similitudine tra spazio curante e spazio della casa, dove c’è la possibilità di stare coi propri familiari. In questo spazio ha spesso un ruolo importante il contatto con gli animali e/o con la natura (come per esempio il veder crescere gli alberi nel proprio giardino). Tale aspetto è collegato all’importanza per alcuni pazienti di poter portare oggetti dalla propria casa e dal mondo naturale (per esempio piante) nella stanza di degenza. Lo spazio della casa è infatti, come ci ricorda Iori (2006), lo spazio del nido «dove ci si ritira, ci si rannicchia, ci si nasconde in un abitare amoroso, nutritivo, procreativo» (p. 77). È lo spazio dell’intimità: «la presenza dell’altro da esterna diventa interna, condivisa e fonte di riconoscimento [...] è lo spazio della noità» (Iori, 2006, p. 77). La casa costituisce, infatti, un riparo dall’aspetto pubblico del mondo e protegge l’intimità senza la quale, come diceva Arendt (1991), «la vita perde il suo carattere vitale» (p. 243).

Gli infermieri da molti anni hanno compreso l'importanza, per il paziente ospedalizzato, di preservare se stesso e la sua identità attraverso uno spazio che cerca, per quanto possibile, di rendere "intima" la degenza, proprio attraverso gli oggetti simili a quelli della casa.

Ciascun paziente, in ospedale, ha di norma tre spazi a disposizione, soltanto uno dei quali "completamente suo" [essendo gli altri spazi quelli che condivide con gli altri pazienti, come il bagno, e quelli del reparto]. Lo spazio più intimo e riservato è quello degli oggetti che in qualche modo salvano la propria identità e permettono di resistere alla dissoluzione di sé: è lo spazio del proprio letto, del comodino, dell'armadio, della poltrona (Palese, 2004, p. 74).

Specularmente, gli spazi che non facilitano la cura, sempre a partire dalla citata ricerca (MacAllister et al., 2016), sono quegli spazi che causano dolore, *discomfort*, stress, agitazione. Sono spazi sui quali il paziente non ha alcun controllo o possibilità di cambiamento. Le difficoltà emergono soprattutto in spazi in cui il malato ha poche possibilità di movimento o di ricevere dei visitatori, ma anche, a livello più basilare, spazi sporchi, dove non c'è privacy, rumorosi e con suppellettili (letto, sedie ecc.) scomode.

È ragionevole pensare, dunque, che uno spazio che cura, anche in ambito di salute mentale, sia uno spazio in cui il soggetto sente, primariamente, che gli altri si stanno prendendo cura di lui. Si tratta anche però di uno spazio che ricorda la casa, in cui ci si sente circondati da quel senso di calore e tranquillità che spesso è mancato nelle case delle persone con disagio psichico.

Gli *healing spaces* sono insomma spazi che permettono di tornare a esperire, o a vivere per la prima volta, l'intimità della casa, dello spazio privato, del senso condiviso.

#### 4. Formare alla cura in salute mentale: l'importanza del fare memoria a partire dagli spazi della psichiatria manicomiale

Il racconto della realtà manicomiale, come descritto nei paragrafi precedenti, è un racconto anche e soprattutto di spazi. Lo stesso Basaglia in uno dei suoi più famosi testi, *L'istituzione negata* (1968), apre il capitolo *Le istituzioni della violenza* scrivendo:

Negli ospedali psichiatrici è d'uso ammassare i pazienti in grandi sale, da dove nessuno può uscire, nemmeno per andare al gabinetto... In un ospedale psichiatrico due persone giacciono immobili nello stesso letto. In mancanza di spazio, si approfitta del fatto che i catatonici non si danno reciprocamente fastidio, per sistemarne due per letto (p. 141).

Poche frasi che testimoniano grandi privazioni, di cui tutti, almeno una volta, abbiamo sentito parlare, e che, forse, nell'immaginario comune rimangono storie molto lontane dai giorni nostri, troppo lontane per ripresentarsi.

In realtà, questi episodi non sono purtroppo così remoti, come testimoniato dal docufilm *L'orizzonte del mare. Un viaggio nelle buone e nelle cattive prassi in psichiatria* di Maurizio Salvetti (2011, regia di Fabrizio Zanotti)<sup>2</sup>.

Il docufilm prende spunto dall'esperienza di Salvetti che, nel 1997, nel corso del servizio civile presso un centro per disabili all'interno delle mura dell'ex manicomio di Bergamo, cominciò a vedere e filmare le costrizioni e le privazioni a cui erano sottoposti i pazienti del reparto Isola, reparto dei "residui manicomiali" (allora così definiti), ossia soggetti considerati difficili o impossibili da riabilitare. Immagini poco distanti da quanto descritto da Basaglia (1968): persone immobilizzate per tutto il giorno costrette all'inerzia; tempi e spazi governati e scanditi dalla struttura e senza alcuna logica; il divieto per i degenti di accedere liberamente a stanze o al bagno, costretti a urinare in giardino al freddo; docce collettive, di

<sup>2</sup> Docufilm visionabile al link: <https://www.youtube.com/watch?v=V3EffZb9400>.

maschi e femmine messi in fila nudi che «rimandano a scene ben più tristemente note» (*L'orizzonte del mare*, min. 6:40).

È chiaro come lo spazio nei manicomi assumeva un ruolo ben preciso, ossia quello di definire in ogni momento della giornata la limitatezza e la costrizione dei pazienti, da un lato, e la superiorità degli operatori sanitari nei loro confronti, dall'altro.

Molti erano i messaggi che venivano inviati ai pazienti tramite l'organizzazione di questi spazi, come anche ben descritto nell'altro docufilm già menzionato, *Passepartout* (2019). Singolare e degna di nota è, infatti, la narrazione di un operatore dell'ex OPN di Imola circa la suddivisione e la collocazione dei reparti, ossia più vicini alla porta di ingresso/uscita in base allo stato del paziente: il reparto per i soggetti che uscivano per lavorare nelle colonie dietro l'ospedale, il reparto osservazione, il reparto semi-agitati, il reparto agitati, il cronorario «poi là in fondo c'era anche la camera mortuaria, perché ci si allontanava sempre dalla portineria nell'Ospedale Psichiatrico [...] perché si entrava dalla portineria e non si usciva mai più dalla portineria» (*Passepartout*, min. 8:54). Dunque, un chiaro messaggio circa un destino già segnato, di una vita senza speranza, privata di qualsiasi sogno, immaginazione, di un futuro possibile, che rimarcava la distanza col mondo esterno, “liberato” da soggetti immeritevoli di viverlo.

È dalla “liberazione” da quegli spazi, che molto raccontano della gestione della malattia mentale di ieri, che ebbe inizio e da cui, crediamo, debba proseguire il cambiamento nelle prassi della salute mentale di oggi. Quando i pazienti del reparto Isola vennero riallocati in strutture di cura territoriale «ciò che veniva considerato impossibile è diventato improvvisamente possibile» (*L'orizzonte del mare*, min. 11:29), ossia la rinascita di queste persone. Nessuna particolare e innovativa tecnica o intervento di psichiatria o psicologia vennero attuati, piuttosto un grande, e allo stesso tempo essenziale, processo educativo e ri-educativo. Una delle prime azioni intraprese dagli operatori della struttura che accolse gli ex degenti di Isola fu, infatti, dare loro la possibilità di riappropriarsi di abitudini e spazi ormai perduti: sedersi a tavola per mangiare utilizzando

piatti e posate, adoperare autonomamente i servizi igienici... l'obiettivo era far riacquisire pian piano agli utenti quelle potenzialità che non erano state azzerate dalla malattia, bensì annullate da una struttura repressiva.

L'esigenza di raccontare di questi spazi opprimenti, di queste cattive prassi in psichiatria, non così distanti nel tempo, ha portato le autrici (Lucia Zannini e Katia Daniele) a utilizzare il docufilm *L'orizzonte del mare* come strumento di una delle lezioni di Pedagogia per gli studenti del Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica. Tale scelta nasce dall'importanza di "fare memoria" di una realtà complessa, spesso scomoda, di portare una testimonianza a chi tra qualche anno diventerà un professionista sanitario proprio nell'ambito della salute mentale. Si tratta di giovani cui forse sembra ormai lontana l'idea di manicomio, ma ai quali è importante fornire degli strumenti per riflettere e, quindi, chiedersi: Che cosa accade nel mio ambiente lavorativo? siamo effettivamente usciti dalle logiche degli OPN?

Sono queste alcune delle domande che un professionista formato deve porsi per individuare possibili cattive prassi in psichiatria, forse ancora presenti ai giorni nostri (Savino, 2020). Il manicomio, infatti, non è solo la struttura o l'istituzione, che ormai non esiste più, ma è un modo di pensare l'aver cura del disagio psichico, che, se non scardinato, può essere riproposto in altre vesti.

Proprio a questo scopo, bisogna raccontare e aver cura della memoria (Galanti & Paolini, 2020) che non significa

sostenere un esercizio mnemonico o un tentativo di presentificazione di qualcosa che non c'è più; si tratta, piuttosto, di un'esplorazione di significati, di una ricerca di senso vivace e vitale che può attingere dalle tracce del passato sollecitazioni e prospettive per rivedere il presente e il futuro (Augelli, 2020, p. 80).

È vero, infatti, che è stato aprendo le porte degli OPN (primo tra tutti quello di Trieste) che avvenne qualcosa di straordinario in Italia: i pazienti non erano più internati, ma iniziavano a riappropriarsi degli spazi esterni loro negati, diventando e scoprendosi cit-

tadini (parafrasando le parole di Dell'Acqua intervistato nel documentario *L'orizzonte del mare*, min. 38:23). Tuttavia, come espresso da Basaglia «si può parlare di fine dell'ospedale solo quando c'è una soluzione alternativa» (*L'orizzonte del mare*, min. 40:03); ed è in queste nuove soluzioni che dobbiamo ridare significato allo spazio, riconoscendo il suo imprescindibile ruolo nel processo educativo e riabilitativo (Massa, 1986). Si tratta di far sì che gli utenti possano rivendicare spazi interni ed esterni, possano averne cura e possano dar loro valore e, dunque, far sì che essi divengano luoghi “abitati”, personalizzati, di incontro/scontro, di riflessione, di esperienza, di ozio... in altre parole, di quotidianità, in cui creare nuove possibilità (Palmieri & Prada, 2008; Palmieri & Gambacorti-Passerini, 2019; Saraceno, 1995).

Questi spazi non devono essere confinati in una struttura di cura o di riabilitazione (Savino, 2020), altrimenti si rischia di riproporre una “vecchia storia”, ricreando molte altre “Isole”; al contrario, devono essere presenti anche e soprattutto all'esterno, nella vita di tutti i giorni, che per troppo tempo è stata pensata per una comunità esclusiva, “libera” dal “malato di mente”. Ciò significa facilitare e supportare un'apertura a luoghi di lavoro, a luoghi di svago, a luoghi da vivere e condividere con altri cittadini. Il territorio diventa così esso stesso spazio di intervento «producendo effetti formativi sulle storie di chi lo abita» (Palmieri & Gambacorti-Passerini, 2019, p. 150). Perché le buone prassi in psichiatria non sono destinate a “pochi”, ma interessano tutti, in quanto la salute mentale è un “bene comune”, perché alla base del benessere di ogni cittadino (Gambacorti-Passerini, Palmieri & Zannini, 2017).

### Bibliografia

- Antonacci F., & Cappa F. (2000). *Riccardo Massa. Lezioni su la peste, il teatro, l'educazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Arendt H. (1991). *Tra passato e futuro*. Milano: Garzanti.
- Augelli A. (2020). Essere spazio e tempo: lo sguardo educativo sul reale. In D. Bruzzone & E. Musi (a cura di), *Aver cura dell'esistenza. Studi in onore di Vanna Iori*. Milano: FrancoAngeli.

- Barone P., Orsenigo J., & Palmieri C. (a cura di) (2002). *Riccardo Massa: lezioni su «L'esperienza della follia»*. Milano: FrancoAngeli.
- Basaglia F. (1968). *L'istituzione negata*. Milano: Baldini Castoldi Dalai.
- Basaglia F. (1982). *Scritti: 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Einaudi.
- Civita A. (1996). *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*. Milano: Guerini.
- Dijkstra K., Pieterse M., & Pruyn A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *J Adv Nurs*, 56, 166-181.
- Ferrante A. (2016). *Materialità e azione educativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Ferrante A. (2017). *Che cos'è un dispositivo pedagogico?* Milano: FrancoAngeli.
- Foucault M. (1967). *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*. Milano: Rizzoli.
- Foucault M. (1992). *Storia della follia nell'età classica. Dementi, pazzi, vagabondi, criminali*. Milano: Rizzoli.
- Galanti M.A., & Paolini M. (2020). *Un manicomio dismesso. Frammenti di vita, storie e relazioni di cura*. Pisa: Edizioni ETS.
- Gambacorti-Passerini M.B. (2020). *La consulenza pedagogica nel disagio educativo. Teorie e pratiche professionali in salute mentale*. Milano: FrancoAngeli.
- Gambacorti-Passerini M.B., & Palmieri C. (2020). Tra esclusione, coercizione sociale e reintegrazione terapeutica. La storia della follia come paradigma di esclusione-inclusione. In A. Ferrante, M.B. Gambacorti-Passerini & C. Palmieri (a cura di), *L'educazione e i margini: Temi, esperienze e prospettive per una pedagogia dell'inclusione sociale*. Milano: Guerini e Associati.
- Gambacorti-Passerini M.B., Palmieri C., & Zannini L. (2017). Bene comune e salute mentale di comunità: il contributo dell'educazione. *Metis*, 7, 141-164.
- Goffman E. (1996). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Tr. It. F. Basaglia (2010). Torino: Einaudi.
- Iori V. (1996). *Lo spazio vissuto*. Firenze: La Nuova Italia.
- Iori V. (2006). *Nei sentieri dell'esistere. Spazio, tempo, corpo nei processi formativi*. Trento: Erickson.
- Linebaugh K. B. (2013). A Systematic Literature Review on Healing Environments in the Inpatient Health Care Setting [doctoral dissertation]. *The University of Arizona*, 350.
- MacAllister L., Bellanti D., & Sakallaris B. R. (2016). Exploring inpatients' experiences of healing and healing spaces: A mixed methods study. *J Patient Exp*, 3, 119-130.

- Maone A., & D'Avanzo B. (a cura di) (2015). *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Milano: Cortina.
- Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A., & Taylor S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372, 1661-1669.
- Massa R. (1986). *Le tecniche e i corpi*. Milano: Unicopli.
- Massa R. (1999). *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*. Roma-Bari: Laterza.
- Palese A. (2004). L'intimità nell'assistenza al paziente. In L. Zannini (a cura di), *Il corpo paziente*. Milano: Franco Angeli (72-85).
- Palmieri C. (2018). *Dentro il lavoro educativo. Pensare il metodo, tra scenario professionale e cura dell'esperienza educativa*. Milano: Franco Angeli.
- Palmieri C., & Prada G. (2008). *Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo*. Milano: Mimesis.
- Palmieri C., & Gambacorti-Passerini M.B. (2019). *Il lavoro educativo in salute mentale*. Milano: Guerini.
- Riva M.G. (2004). *Il lavoro pedagogico come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni*. Milano: Guerini.
- Saraceno B. (1995). *La fine dell'intrattenimento*. Milano: Etas.
- Savino C. (2020). Educazione inclusiva e salute mentale. In A. Ferrante, M.B. Gambacorti-Passerini & C. Palmieri (a cura di), *L'educazione e i margini: Temi, esperienze e prospettive per una pedagogia dell'inclusione sociale*. Milano: Guerini e Associati.
- Sommer R., & Ross H. (1958). Social interaction on a geriatrics ward. *Int J Soc Psychiatry*, 4, 128-133.
- Ulrich R. (1991). Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *J Health Care Inter Des*, 3, 97-109.
- WHO (2015). *Social determinants of health*. [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1) [21/04/2021]
- Zannini L., Daniele K. (2020). Fragilità, compassion fatigue e *burnout* negli operatori in salute mentale. L'importanza della formazione alla cura della vita emotiva. *Studium Educationis*, 21, 101-12.
- Zilboorg G., & Henry G.W. (1973). *Storia della psichiatria*. Milano: Feltrinelli.