

CORPO, ISTITUZIONE E PANDEMIA

Paolo F. PELOSO, Rossana BORSI, Giuseppina ROMEO

(Unità Operativa Salute Mentale, Distretto 9 del Dipartimento
di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASL 3 della Liguria)

Abstract: In 1967 Franco Basaglia held the conference “Corpo e istituzione” (*Body and Institution*) on the aspects inherent to the corporeality of the interactions in the psychiatric hospital between doctors and nurses on the one hand, and inmates on the other hand. Our aim is to discuss the evolving aspects of the corporeal relation between patients and healthcare professionals in the contemporary mental health institutions during the ongoing pandemic. Our experience concerns a complex mental health structure, consisting of a community service, a hospital service, two Daytime centers organized in a “therapeutic community”. The new situation determined by the pandemic has strongly influenced the relations between staff and patients with negatives and positives effects, that can be both stressed. It has forced both operators and patients to confront with the risk and the fears of infection, and has imposed to the institution to adapt to a series of rules that have to do with the body: masking of the face, social distancing, carrying out control swabs according to pre-established intervals, and administering vaccine. The need to apply quarantine rules carried negative effects on the functioning of the institution, such as the quantitative decrease in the services offered to users, complications of transitions between different care levels, replacement of activities in presence with activities carried out “remotely”, a higher emphasis of “power” issues related to interactions between staff and patients and a probably more frequent resort to harder body control practices. The positive effects that we have recorded in some cases consisted in a greater flexibility by the careers in performing their tasks and the development by both staff and patients of a feeling of the pandemic as a difficulty that the group must face together. A being-together-in-the-pandemic, recognizing the body that everyone “is” in the body that everyone “has”, is a new matter to be discovered together day by day.

Keywords: Body, Institution, Pandemic, Community Psychiatry, Care.

Scopo di questo articolo è prendere spunto da una conferenza di Franco Basaglia (1924-1980) - “Corpo e istituzione. Considerazioni antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale” - per ragionare su come la pandemia da COVID 19 ha modificato, nella nostra esperienza, la relazione tra corpo e istituzione.

Basaglia tenne questa conferenza all'Università di Genova il 20 marzo 1967, poi il testo fu pubblicato sulla rivista “Che fare” e ripubblicato nelle raccolte degli scritti

presso “Einaudi” nel 1981 (è questa la versione a cui faremo riferimento), presso “Baldini & Castoldi” nel 2005, presso “Il Saggiatore” nel 2017.¹

Nel corso di essa Basaglia attribuisce al corpo del malato e al suo rapporto con il medico e con l'istituzione un ruolo centrale nel processo di istituzionalizzazione, e specularmente anche in quello di deistituzionalizzazione. In particolare, se volessimo operare una sintesi della successione dei passaggi logici del ragionamento, ci pare che si potrebbe procedere così.

La malattia mentale ci è pressoché ignota ma può, in se stessa, essere immaginata, riprendendo l'oscillazione tra “patico” e “gnostico” immaginata da Erwin Straus (1891-1975),² come il venir meno dell'intervallo tra sé e l'altro che consente al soggetto di appropriarsi del proprio corpo, che viene abbandonato così «in una promiscuità in cui l'altro lo urge senza tregua da tutti i lati e lo invade».³ L'esigenza di proteggersi, può spingere il soggetto a perdere il rapporto con la realtà.

Un secondo aspetto è legato al fatto che lo psichiatra prova turbamento e imbarazzo di fronte alla difficoltà di comprendere il malato ed è spinto da questo a oggettivarne - attraverso un'operazione ideologica - il corpo-proprio (cioè colto nella complessità e ricchezza del rapporto con il suo mondo) in un corpo anatomico nel quale cercare cause e segni della malattia, e trovare conferma alla sua rassicurante identità di medico. E questa è un'ipotesi congruente con la storia della psichiatria dell'Ottocento che, nata medico-filosofica, è andata via via definendosi come disciplina quasi esclusivamente medica.⁴

L'internamento in manicomio - e oggi possiamo dire in senso più lato l'istituzionalizzazione - ha l'effetto di esercitare sul corpo del malato un'azione plasmatrice essenzialmente autoritaria, che è paragonata da Basaglia a quella coloniale, e comprime le residue possibilità della ricostruzione del corpo-proprio. Il che sul versante del malato ha l'effetto di un'appropriazione del suo corpo da parte dell'istituzione; su quello del medico e dell'infermiere ha l'effetto di spingerli, nell'impossibilità di un incontro autentico con l'altro, a perdere specularmente il loro

¹ Franco BASAGLIA, *Corpo e istituzione. Considerazioni antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale*, “Che fare”, 3, 1968, ora in Franco BASAGLIA, Franca ONGARO BASAGLIA (a cura di), *Scritti. Vol. I 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Einaudi, Torino 1981, pp. 428-441.

² Sul punto richiamiamo per una sintesi luminosa: Federico LEONI, *Erwin Walter Straus*, in Aurelio MOLARO, Giovanni STANGHELLINI (a cura di) *Storia della fenomenologia clinica. Le origini, gli sviluppi, la scuola italiana*, UTET, Torino 2020, pp. 103-117 [pp. 109-110].

³ Franco BASAGLIA, *Corpo e istituzione*, cit., p. 438.

⁴ Paolo F. PELOSO, *50 anni di “Corpo e istituzione”*, *Psychiatry on line Italia*, 21/03/2017 (Consultato in data 29/3/2021). <http://www.psychiatryonline.it/node/6698>

corpo-proprio, l'intenzionalità e la libertà, sacrificandoli al ruolo istituzionale nel quale sono anch'essi costretti.

L'esperienza psicoterapeutica condotta negli anni '50 ha convinto Basaglia che solo un incontro "autentico", nel senso del *Begegnung* come Binswanger lo intende⁵ - a monte del pregiudizio diagnostico quindi e dei ruoli precostituiti che vanno "messi tra parentesi" - permetta l'interazione "preriflessiva", all'interno della quale è possibile a ciascuno recuperare il corpo-proprio che l'istituzione sottrae. Ma l'ospedale psichiatrico rende questo incontro impossibile e anzi opera in senso opposto; la necessità della sua distruzione nasce dunque da un'istanza di equità che apra anche agli internati, questa volta in un setting comunitario, la possibilità di accedere all'incontro.

Appare evidente quindi che al centro del rapporto tra corpo e istituzione sta la riduzione del corpo-proprio, dell'altro e di se stessi, a corpo oggettivato, alienato.

Scopo di questo articolo è indagare, come si è accennato, che cosa è accaduto nei diversi contesti nei quali l'assistenza psichiatrica oggi si articola, quando il corpo dell'altro non è stato più soltanto un corpo potenzialmente insorgente e in cerca di soggettivazione che la psichiatria si propone, attraverso le sue istituzioni, di addomesticare e disciplinare; ma diventa anche un corpo contagioso, o almeno sospetto di esserlo, perché portatore di un pericolo che non può essere visto.

L'inizio della pandemia ha colto la parte ricca del mondo, alla quale apparteniamo, impreparata. Certo, anche dalle nostre parti l'umanità nei secoli ha sempre sopportato carestie, guerre ed epidemie che ancora oggi nella parte più grande del mondo continua a sopportare. Ma a partire dal secondo dopoguerra la parte ricca del mondo si è illusa che, se certo non si può scampare la morte come evento individuale, almeno questi flagelli collettivi, generali, fossero alle spalle. Le catastrofi ci sorprendono, ed è quanto è avvenuto di recente nella nostra città.⁶ Byung-Chul Han coglie una delle fratture al cuore della nostra società proprio nella paura della sofferenza, del dolore.⁷

Così, ci ha sorpreso scoprire che, a discapito dei progressi nella tecnica che consentono di rompere l'atomo o andare sulla Luna, il rischio dell'epidemia è ancora

⁵ Franco BASAGLIA, *Su alcuni aspetti della moderna psicoterapia: analisi fenomenologica dell'"incontro"*, "Rivista Sperimentale di Freniatria", LXXVIII, 2, 1954, ora in Franco BASAGLIA, Franca ONGARO BASAGLIA (a cura di), *Scritti. Vol. I 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Einaudi, Torino 1981, pp. 32-54.

⁶ Giuseppina ROMEO, Rossana BORSI, Karen DI PRISCO, Paolo F. PELOSO, *Cosa rimane sotto il Ponte Morandi di Genova. Gli esiti di un trauma collettivo nell'operatività di un Centro di Salute Mentale*, "Psicoterapia e Scienze Umane", 54, 4, 2020, pp. 585-600.

⁷ Han BYUNG-CHUL, *La società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite*, Einaudi, Torino 2021.

presente anche in Europa e negli USA; che la tecnologia ci ha dato ora vaccini che le regole del mercato possono rendere complicati da produrre e da distribuire; ma in un primo tempo gli strumenti per proteggerci, proteggere i corpi, sono stati gli stessi di sempre, i più antichi: igiene, isolamento, quarantene.

Non avremmo mai pensato che anche qui si potessero riproporre situazioni come quella descritta da padre Antero durante la peste genovese del Seicento:⁸ la morte di massa, i cadaveri contagiosi da smaltire. Non avremmo mai pensato che, dopo decenni di lotte per la salute in fabbrica, proprio nella fabbrica della salute, l'ospedale, ci si trovasse di nuovo quattro secoli dopo di fronte al dilemma tra abbandonare i malati a se stessi e rischiare in prima persona con mezzi di protezione insufficienti. Che di nuovo si dovesse fare, come Antero, la lista dei morti nel personale di assistenza, medici e infermieri divenuti loro malgrado "eroi".

Il filosofo Edgard Morin ha parlato di una tripla crisi in atto: quella biologica legata alla pandemia; quella economica determinata dalle quarantene; quella di civiltà, legata al passaggio da una civiltà della mobilità a una dell'immobilità.⁹ Aggiungeremmo, da una civiltà del contatto (essere, mantenersi "in contatto" è una delle metafore di più frequente utilizzo a proposito del lavoro dei servizi del welfare) a una della distanza. Ed è quest'ultima la crisi che ci ha colpito più forte.

Le quattro strutture che fanno capo al nostro gruppo di lavoro sono state investite in tempi e modi diversi. Per il servizio territoriale e quello ospedaliero il primo tentativo è stato quello di procedere il più possibile come sempre; poi la comparsa del contagio all'interno di entrambe le strutture ha scatenato il panico e con esso reazioni esagerate; in una terza fase ci si è cominciati ad abituare a "lavorare-nella-pandemia" tentando un, prudente, ritorno alla normalità. I due Centri diurni sono stati chiusi invece, con provvedimento regionale, in analogia alle scuole nel periodo del lockdown e hanno dovuto arrangiarsi per garantire comunque l'assistenza possibile: sostegno telefonico e da remoto, visite a domicilio e in qualche caso consegna del pacco pasto. Poi si è trattato di riaprire, gradatamente.

Il fatto che l'incontro, il nostro principale strumento di lavoro, potesse essere occasione per la trasmissione del contagio ci ha costretto a ridurre l'attività ambulatoriale e domiciliare del Centro di Salute Mentale (CSM) all'indispensabile, per non fare circolare né i pazienti né noi, e sostituirla ove possibile con attività "da

⁸ P. Antero MICONE DA SAN BONAVENTURA, *Li lazzaretti della città, e riviere di Genova del MDCLVII. Ne quali oltre à successi particolari del Contagio si narrano l'opere virtuose di quelli che sacrificarono se stessi alla salute del prossimo, e si danno le regole di ben governare un Popolo flagellato dalla peste*, Calenzani & Meschini, Genova 1658.

⁹ Edgard MORIN, *Cambiamo strada. Le 15 lezioni del coronavirus*, Cortina, Milano 2020.

remoto”. Ma negli incontri che si tengono al CSM, o nelle visite a casa, girano emozioni forti: due di noi si sono gettate nella novità con entusiasmo,¹⁰ uno invece è tra quelli che sono rimasti più scettici sulla possibilità di una “psichiatria dell’incorporeo”.

La pandemia ha trasformato radicalmente l’ospedale civile. Non parliamo dei “reparti COVID”, ermeticamente isolati e “consegnati”, di fatto, all’emergenza; anche se pure in quelle condizioni estreme non mancano testimonianze di spazi recuperati, comunque, per un approccio al corpo come corpo-proprio affettivamente attivo e alla relazione di cura come relazione umana, che possono fare la differenza. Ma anche degli altri reparti, la parte “pulita” dell’ospedale, dove il distanziamento tra colleghi e tra operatori e pazienti, e l’uscita dei familiari dalla scena ospedaliera, hanno trasformato la realtà. Certo anche in questo caso, la disponibilità di nuovi mezzi di comunicazione ha reso meno dura la situazione. Ciascuno ha il proprio telefono cellulare con il quale, chiuso in un reparto d’ospedale, se la salute glielo consente può essere in contatto audiovisivo con tutte le persone a lui care, o addirittura essere attivo sui social... ma questi contatti comprendono l’immagine e la parola, escludono il corpo. E il corpo, l’esserci del corpo, l’essere del corpo corpo-proprio, corpo reale, è un’altra cosa rispetto alla sua immagine, quando parliamo di affetti.

Dopo un anno nel quale anche i più riluttanti - uno di noi era tra quelli, le altre all’opposto tra i più entusiasti - si sono abituati a maneggiare le nuove tecnologie, l’esperienza ha reso edotto ciascuno su cosa si può fare ugualmente bene (a volte meglio), e in cosa invece le nuove tecnologie sono di poco aiuto. Si può fare una visita on line, se non si pretende che questa muova affetti intensi, trasmetta calore; si può fare “monitoraggio”, prescrizioni - certo lo si può fare meglio che attraverso il telefono tradizionale - ci pare più difficile fare psicoterapia. È difficile immaginare una psicoterapia dell’incorporeo, è difficile che il corpo-proprio possa essere sostituito dalla sua immagine piatta. È possibile fare una riunione quando è uno a parlare e gli altri ascoltano; o quando è chiaro chi dà la parola all’uno o all’altro. È più difficile riunirsi quando si interviene alla pari soprattutto se si è in numero elevato; c’è sempre chi non c’è caso che riesca a cogliere l’attimo per inserirsi.

¹⁰ Su risultati incoraggianti nell’uso della telepsichiatria nei servizi italiani cfr.: Franco VELTRO, Gianmarco LATTE, Mariangela CORBO, Massimo DI GIANNANTONIO, Gemma CALAMANDREI, Angelo PICARDI, Antonella GIGANTESCO, *A brief description of ISS programme using telephone and a tele-psychiatry to cope with psychosocial effects of lockdown pandemic in Italy*, “Evidence Based Psychiatric Care”, VI, 3, 2020, pp. 107-111; Salvatore CALÒ, Francesca DE LUCA, Paola CALÒ, *Lessons from COVID-19: the opportunity of telepsychiatry*, “Evidence Based Psychiatric Care”, VI, 3, 2020, pp. 139-147; Lucio GHIO, Sara PATTI, Giulia PICCININI, Marco VAGGI, *Telepsychiatry and COVID-19 crisis: a new opportunity for Mental Health in Italy*, “Evidence Based Psychiatric Care”, 6, 4, 2020, pp. 172-182.

Così, certo, siamo tutti d'accordo che meglio on-line che niente; ma quando a essere in gioco sono le emozioni, quelle forti, è importante che il corpo ci sia. Il corpo dell'altro e il proprio: corpo vivo, presente di una presenza piena. Non la presenza-assente dell'immagine o della parola telefonica; che sono condizioni diversamente in bilico tra presenza e assenza che pongono questioni non trascurabili all'ontologia inserendo, tra presenza e assenza, una gamma di condizioni intermedie.

È un processo che ha avuto i primi passaggi con l'invenzione della radio e del telefono, poi il passaggio dalla telefonia fissa a quella mobile¹¹ e poi avanti in modo sempre più rapido; e la difficoltà dei sistemi informativi delle aziende nel registrare prestazioni giunte così vicine alla presenza senza esserlo, non è che uno sei segni più prosaici di una trasformazione che ne dà, probabilmente, di ben più importanti nella nostra stessa esperienza della corporeità.

1. Il corpo, il virus, il rito

La pandemia è, in primo luogo, un fatto di corpi. Che ha l'effetto di mettere il corpo al centro del discorso: il corpo sofferente e il corpo morto innanzitutto, anche se non solo.¹² Sono in molti ormai ad avere raccontato l'incubo al quale siamo tutti esposti; tra i primi Luca Gavazza, uno psicologo che lavora in ambito istituzionale in Liguria.¹³ Il corpo che comincia a sentirsi spossato, a perdere la percezione dei gusti e gli odori, poi la febbre e la sentenza: è COVID. Poi la sensazione fisica di non potere respirare, che è terribile, la strana situazione dell'aiuto meccanico con il suo ingombro, il suo rumore. Mentre la mente si aggrappa alle cose di sempre - la famiglia, il lavoro, le passioni - il corpo è in mano altrui, spossato; oggetto delle emogasanalisi, delle altre manovre. Il direttore de *La stampa*, Massimo Giannini, ha scritto in un post su Facebook:

Nelle undici ore che ho vissuto al reparto Covid del Policlinico Gemelli, ho visto tante persone ricoverate. Ho sentito tanti pazienti piangere e gridare di dolore (...). Quando sono entrato io, solo al mio piano, eravamo in diciotto. Ora ce ne sono ottantaquattro. Oltre la metà ha meno di 54 anni, ed è intubata e pronata.

Nei primi giorni di dicembre 2020 il giornalista Gian Luca Rocco ricordava così con un post su Facebook la scomparsa del padre, psichiatra forense e psicoanalista genovese:

¹¹ Maurizio FERRARIS, *Dove sei? Ontologia del telefonino*, Bompiani, Milano 2011.

¹² Cristina MORINI (a cura di), *Dei corpi perduti e dei corpi ritrovati*. [Atti del Convegno organizzato da Effimera, 10 ottobre 2020, Milano, Casa delle donne], Effimera, Milano 2020.

¹³ Luca GAVAZZA, *Shodo. Coronavirus. Appunti di viaggio*, "Il vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane", XXVIII, 2, 2020.

Oggi sono morte per Covid-19, novecento novantatré persone, mai così tante in un giorno. Gian Luigi Rocco era mio padre e, in modo poco originale, è stato uno di quei morti (...). Il 3 dicembre, cioè quell'oggi che ora volge al termine, è morto, da solo, in un reparto di terapia intensiva (...) dopo oltre due settimane di riabilitazione e altrettante di degenza (sempre da solo) sotto un caschetto C-pap che faceva lo stesso rumore, quando cercavamo di parlare [al telefono] di un sottomarino russo atomico, con tanto di bip (...). Non auguro a nessuno un mese come il nostro. Una discesa all'inferno senza nessun appiglio al quale aggrapparsi. L'impossibilità di vedere, salutare, abbracciare il proprio caro. L'attesa di una telefonata per sperare in qualche miglioramento. Seppellito sapendolo in un sacco come un soldato in guerra.

Lette così, nude e crude, queste vicende di corpi fanno male. Fanno mostra di una nudità del corpo colto nella malattia e nella morte, di una “nuda morte” alla quale non siamo abituati.

Di fronte al virus ci si sente nudi, impotenti e si prova il bisogno di esprimere lo sgomento e di trovare un appiglio. Una parte importante, nella metamorfosi dei luoghi della psichiatria che il COVID ha determinato, va attribuita al rito, che riveste senz'altro una funzione rassicurante, con minore certezza una preventiva. Alcuni comportamenti hanno il sapore di rituali, il cui significato preventivo sfugge ma che hanno un significato di assicurazione. Sapere di aver seguito del tutto le regole fa sentire tranquilli, anche se si sa che quelle regole non escludono la possibilità del contagio. Il richiamo alle regole è tema di conflitto nel gruppo. Nei primi mesi della pandemia tutti abbiamo visto persone con due, tre tamponi negativi risultare poi positive al quarto, o a quello *post-mortem*, e abbiamo diffidato dei tamponi; ma da un certo momento in poi ci siamo rassegnati a doverci fidare, perché a qualche certezza bisognava pure aggrapparsi. È difficile immaginare che l'effettuazione di un tampone ogni due settimane ai frequentatori di un Centro diurno, che passano la maggior parte della giornata fuori, possa davvero servire a fare filtro contro il virus. Come è difficile che possa servire la “sanificazione” della stanza dell'ambulatorio a ogni paziente che esce dalla visita, quando sappiamo che quello stesso paziente, come del resto noi stessi, può essersi da poco seduto in autobus o in treno, dove decine di persone si sono sedute prima di lui. Da mesi stiamo facendo compilare moduli di autocertificazione, discutendo con chi si rifiuta; difficile immaginare cosa mai ne faremo. Per entrare in certi luoghi si viene nebulizzati; in altri sottoposti alla misurazione della temperatura; in altri al lavaggio delle mani; o alla richiesta di calzare guanti e/o sovrascarpe, senza che si disponga di dati sulla concreta efficacia di ciascuno di questi atti di “sanificazione del mondo” ai quali prestiamo fede, né sul rapporto costi/benefici che hanno.

2. Corpo, travisamento, distanza

La pandemia non ha posto all'assistenza psichiatrica solo problemi di ordine quantitativo; ed è su quelli di ordine qualitativo che intendiamo con questo contributo soffermarci.

La possibilità di regolare la distanza tra il proprio corpo e quello dell'altro è uno degli aspetti centrali della relazione; della relazione tra i corpi, e tra corpo e istituzione. In psichiatria, come scriveva Basaglia, lo è in modo particolare. Ma le regole del distanziamento impongono che i corpi rimangano distanti. Se lo stato d'animo è quello dell'agitazione, il corpo tende impulsivamente ad avvicinarsi: deve rimanere distante. Se lo stato d'animo è quello della commozione, dell'affetto, il corpo tende ad avvicinarsi nel gesto del bacio o dell'abbraccio: deve rimanere distante. Se l'incontro è di quelli autentici, da tempi antichissimi una stretta di mano è quello che vale a suggellarlo prima di lasciarsi: non ci si può più dare la mano. Se lo stato d'animo è quello della confidenza, viene spontaneo abbassare la voce e avvicinarsi: bisogna rimanere distanti. Essere una comunità, essere un gruppo, implica anche una prossemica: essere insieme, essere vicini; bisogna mantenere la distanza. Dalle lotte antiistituzionali degli anni '60, togliere il camice è rinunciare ai simboli del potere medico, è rendersi simili all'altro almeno nell'aspetto, per essergli simili: persone in abiti civili con persone in abiti civili. È rendere l'incontro un incontro che appartiene al mondo della vita. Essere persone, indistinguibili le une dalle altre come apparivano operatori e internati a chi entrava nei primi ospedali psichiatrici aperti. Ma le esigenze della prevenzione hanno imposto al personale non solo camici, a volte divise complete, a volte tute che ci fanno apparire come guerrieri di guerre stellari. La bocca, le sue espressioni, a volte dice insieme agli occhi molto più delle parole: non ci si può togliere la mascherina. Se la parola è di quelle che pesano, di quelle importanti, diventa imperiosa l'esigenza che l'altro ci guardi in faccia mentre la diciamo: non ci si può togliere la mascherina. Oppure per farlo bisogna allontanarsi: ma in quel momento non si può tenere la mascherina, e non si può neppure allontanarsi. Se siamo concentrati emotivamente sulle parole pesanti che stanno aprendo il cuore all'altro, può accadere che non ci accorgiamo che la mascherina può esserci caduta dal naso, o dalla bocca; e per l'altro diventerà difficile interromperci per farcelo presente. Ma diventerà difficile, anche, comportarsi come se questo non fosse avvenuto. Se la parola dev'essere quella gridata della rabbia, non può trovare una barriera appena è pronunciata: ma non ci si può togliere la mascherina. Se il nostro sguardo è portato a leggere sul viso dell'altro la minaccia, l'impossibilità di controllare la bocca e le sue espressioni e il farsi più grandi, più evidenti degli occhi rendono quel viso più inquietante. Se l'abitudine al fumo ci obbliga ad abbassare la

mascherina mentre camminiamo tra gli altri, il loro sguardo assume inevitabilmente - o almeno così lo avvertiamo - un'espressione di rimprovero e paura, e andare in mezzo agli altri diventerà per noi, che degli altri già abbiamo paura, più difficile. Se per qualcuno la preoccupazione di leggere sul viso dell'altro la minaccia si accompagna a problemi dell'udito ed è appena attenuata dalla possibilità di tranquillizzarsi leggendo le parole dell'altro sulle labbra, la mascherina rende la parola dell'altro incomprensibile e spinge a reagire. Se perché l'altro mantenga la mascherina e la distanza è necessario ricordarglielo, c'è il rischio che la parola assuma una connotazione infantilizzante, didattica, istituzionale, umiliante. Questo avviene già in contesti normali (l'autobus, il supermarket, la banca...), figuriamoci nei luoghi dell'ospedale, figuriamoci negli spazi istituzionali della psichiatria, dove lo sguardo tende già a farsi in tempi normali uno sguardo dall'alto verso il basso.

E se poi l'altro invitato, pregato, ammonito, nonostante tutto non mantenesse la mascherina, non accettasse la distanza, l'isolamento ai quali lo vorremmo costretto? Siamo certi che nessuna porta possa essere stata chiusa, nessun corpo che in tempi normali non sarebbe stato legato non lo sia stato, in questo periodo, perché considerato epidemiologicamente sospetto o dimostrato contagioso, come se si trattasse di meri provvedimenti di quarantena e queste azioni non significassero per le relazioni psichiatriche, per la qualità degli spazi vissuti della psichiatria, qualcosa di più? Siamo certi che ci sia interrogati abbastanza su questi episodi?

In occasione del decesso di un paziente presso il servizio psichiatrico ospedaliero di Livorno – per ragioni diverse dal COVID – in un post pubblicato su Facebook il 14 aprile 2021 l'ex direttore di quel dipartimento Mario Serrano ha riportato il fatto che in seguito alla pandemia la contenzione è stata prescritta come procedura standard per tutti i pazienti difficili da gestire che non avevano ancora ricevuto l'esito negativo del tampone. In quante altre situazioni è accaduto lo stesso?

E, del resto, ha fatto discutere il caso dello studente di Fano che all'inizio di maggio 2021 ha rifiutato l'uso della mascherina in classe ed è stato ricoverato in Trattamento Sanitario Obbligatorio nel servizio psichiatrico ospedaliero, da dove è stato dimesso quattro giorni dopo.

Corpo, istituzione, pandemia: sono molti gli aspetti attraverso i quali la pandemia può aver reso più opprimente il peso dell'istituzione sul corpo, più marcata la riduzione del corpo-proprio, del corpo-vivo dell'altro, a corpo oggettivato, corpo da allontanare e da bloccare nel suo fiato, corpo reso oggetto, e oggetto sospetto o oggetto minaccioso.

Il meccanismo è speculare - come quello descritto da Basaglia a proposito della oggettivazione del medico nel ruolo nell'ospedale psichiatrico - e anche in questo caso al distanziamento e all'oggettivazione del corpo dell'altro-paziente da parte nostra

corrispondono quelli del nostro corpo-proprio. Anche l'operatore della nuova psichiatria deve, come chiede di fare all'altro, trattenersi a propria volta, bloccarsi, rendersi rigido e innaturale. Si commuove, ma deve trattenere la carezza che, in altri tempi, avrebbero fatto. Vorrebbe ribadire all'altro all'uscita solidarietà e fiducia con il più antico dei gesti, una stretta di mano vigorosa, ma neppure questo gli è possibile. Vorrebbe avvicinarsi a raccogliere la voce dell'altro che si fa flebile nella confidenza, ma non lo fa, anzi a volte gli chiede di rimanere innaturalmente distante; una distanza dei corpi che rischia di trasmettere una sensazione di distanza dei cuori. Il corpo dell'altro è diventato per lui sospetto, minaccia. Occorre isolare, creare distanza, e per allontanare l'altro da sé è indispensabile, reciprocamente, allontanarsi.

Peppe Dell'Acqua ha riflettuto su quello che ha significato per psichiatri e infermieri degli anni '70 liberarsi dal camice, da tutto quello che rimandava alla divisa ospedaliera.¹⁴ Significava compiere un atto - un'"azione parlante" avrebbe scritto lo psicoanalista Racamier¹⁵ - attraverso la quale spogliarsi di un riferimento troppo smaccato al ruolo che anziché favorire l'incontro, avrebbe potuto essere d'ostacolo. Perché in psichiatria il camice non ha il significato igienico che può avere in medicina, o più ancora in chirurgia. È difficile che dove l'incontro è soprattutto fatto di parole ci sia contatto tra il corpo del medico e i liquidi biologici dell'altro; o perlomeno i pro sembrano decisamente meno dei contro. Ma nella pandemia, invece, anche negli spazi dell'assistenza psichiatrica il camice, la divisa ospedaliera, recuperano un loro significato: significano lo sforzo di non contaminare lo spazio mantenuto a ogni costo incontaminato - laddove il nostro lavoro di deistituzionalizzazione è soprattutto "contaminare" peraltro - dell'incontro con l'altro, con i nostri abiti con i quali abbiamo abitato la città infetta e pericolosa. Abbiamo ceduto a malincuore al suo utilizzo nel servizio ospedaliero, dove più chiara è la demarcazione tra un fuori e un dentro che si vorrebbe mantenere pulito; ne abbiamo discusso, ma siamo riusciti a evitarlo in quello territoriale. Gli elementi istituzionali di distanziamento parevano già troppi...

Nel distanziamento, nel reciproco travisamento, come un tempo nell'ospedale psichiatrico con i suoi ruoli rigorosamente definiti e la sua rigida prossemica controllante, l'incontro autentico, l'interazione preriflessiva è più difficile.

Una differenza c'è, però, importante. Ed è che il corpo che tende a occupare, invadere la scena psichiatrica non è più, come lo era per Basaglia, il corpo ideologicamente presunto malato dalla psichiatria positivista perché in esso intende

¹⁴ Peppe DELL'ACQUA, *Non ho l'arma che uccide il leone*, Viterbo, Stampa Alternativa 2007, p. 120.

¹⁵ Paul-Claude RACAMIER, *Una comunità di cura psicoterapeutica*, in Anna FERRUTA, Giovanni FORESTI, Enrico PEDRIALI, Marta VIGORELLI, *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*, Cortina, Milano 1998, pp. 90-103.

oggettivare la follia che ha paura a incontrare come fatto umano. È un corpo che preoccupa e per il quale ci si preoccupa perché portatore di altri problemi, ma che sta accanto, accompagna la follia senza che in esso se ne cerchi la spiegazione.

Decisamente, epidemie e quarantene non fanno comunque bene alla psichiatria: accentuano la tendenza a istituzionalizzare, tenere l'altro a distanza che nasce già in sé dal timore della follia. Il nucleo centrale della psichiatria, o almeno di una buona psichiatria, è l'incontro; quello delle quarantene è la separazione. Difficile immaginare qualcosa di più antitetico. Sia chiaro però: non siamo di coloro che sostengono, a partire da una lettura distorta e ingenua di Michel Foucault, che le quarantene siano fatte a bella posta dal Potere per disciplinare la società o istituzionalizzare la psichiatria; sappiamo che hanno lo scopo di bloccare l'epidemia e a volte sono l'unico strumento efficace, ma deve essere messo in conto che questi altri effetti inevitabilmente le accompagnano.

Nella dimensione psicoterapica di un rapporto è importante guardarsi in faccia reciprocamente e cogliere quel che la mimica della bocca esprime, può essere importante una stretta forte di mano, una pacca sulla spalla, un abbraccio, a volte lo scambio di un bacio, anche; è importante a volte potere stare in gruppo; sono importanti la riunione, l'assemblea fatte di corpi l'uno accanto all'altro, e ora dobbiamo rinunciare a tutto questo.

Si chiede Gilberto Di Petta, riferendo di un'esperienza di gruppo nel carcere femminile di Pozzuoli:

Ma è veramente possibile vivere un'esperienza di gruppo mantenendo la “distanza interpersonale”, con le mascherine che coprono il volto e svisano la mimica facciale, senza mai entrare in contatto fisico, neanche per stringersi la mano, per salutarsi, all'inizio e alla fine? È veramente possibile vivere un'esperienza di gruppo senza assembrarsi prima e dopo il gruppo? Senza dare alle proprie emozioni, prima compresse e poi liberate, la via dello smaltimento cinetico? È possibile vivere un'esperienza di gruppo senza che i corpi si dispongano nello spazio secondo le linee magnetiche che il campo o l'atmosfera determinano di volta in volta? Senza potersi poggiare una mano sulle spalle nei momenti più critici?¹⁶

Gruppi, riunioni e assemblee erano, fin da quegli anni '60 nei quali Basaglia scriveva, lo strumento più importante del lavoro comunitario; per ciò che ci riguarda in particolare erano uno degli strumenti attraverso i quali il CSM veicolava la propria offerta di cura ai pazienti, uno strumento quotidiano di funzionamento, la colonna portante, della vita dei nostri Centri diurni; uno strumento attraverso il quale stavamo

¹⁶ Gilberto DI PETTA, *Il gruppo ai tempi del covid: noli me tangere*, Psychiatry on line Italia, 17/05/2020 (Consultato in data 29/3/2021). <http://www.psychiatryonline.it/node/8677>

attuando il passaggio, graduale ma costante, del nostro servizio ospedaliero da uno stile prevalentemente ospedaliero a uno prevalentemente comunitario. Allo scoppio a marzo della pandemia, abbiamo provato a resistere per qualche tempo, almeno all'ospedale. Anzi, abbiamo pensato che - certo rispettando il distanziamento e il travisamento, anzi negoziandoli in continuazione - con le forze che la chiusura dei centri diurni aveva reso disponibile, fosse possibile rendere più sopportabile e più utile la permanenza nel servizio ospedaliero dal quale non era più possibile uscire, neppure per un breve permesso in città. Poi, quando il virus ha cominciato a picchiare più forte e a fare più paura, abbiamo rinunciato anche a quello; e ora siamo sempre lì, corpi in attesa di potersi riavvicinare, di potersi rimettere in circolo come prima ma ancora titubanti di fronte al saliscendi dei contagi e delle misure di limitazione.

3. Corpo, istituzione e pandemia

Basta poco e i passi avanti faticosamente conquistati franano e nella psichiatria ritorna a prevalere la tendenza a farsi “distanziante”, inferiorizzante, deumanizzante.¹⁷ È parte della sua natura e della sua storia, ed è faticoso farla essere altro; la deistituzionalizzazione va perseguita incessantemente, richiede una quotidiana attenzione; e decisamente la distanza, necessaria certo in questo caso, non aiuta. Nella pandemia la paura del nemico invisibile può rendere impauriti, meno disponibili verso i bisogni e i desideri dell'altro, chiusi in se stessi, diffidenti e “distanzianti”, appunto. Occorre proteggere proteggendosi, e non è facile né per gli individui né per i gruppi trovare un equilibrio. A volte si può essere portati a difendersi dal corpo del paziente in sé, vissuto in base a un pregiudizio più probabilmente contagioso per le condotte a volte irregolari e la minore capacità di proteggersi. In una situazione eccezionale, le necessità della prevenzione possono essere deleterie per il funzionamento dei gruppi umani e spingere alla percezione dell'altro come pericolo (di ogni altro, ma il folle di più, perché infondo si pensa sempre che “non ci si può mai fidare del tutto...”).

Altre volte, invece, può davvero accadere che chi frequenta più assiduamente i nostri servizi tenda a trascurare l'uso della mascherina, o del distanziamento, per sbadataggine, o per un difficile rapporto con la realtà, e questo rende più difficile l'incontro. A maggior ragione nella situazione già in sé difficile dell'incontro con il corpo agitato dell'altro nell'emergenza, quando la tolleranza del vincolo, del limite può divenirgli impossibile. Ricordiamo che anche Orlando, quando divenne furioso, girò

¹⁷ Paolo F. PELOSO, *Sulla deumanizzazione in psichiatria*, “Minority Reports”, 10, 2021, pp. 133-150.

mezza Europa e l'Atlante nudo,¹⁸ e meno di tutto il soggetto agitato può tollerare una sorta di bavaglio davanti alla bocca, che trattiene il respiro e dà l'impressione di essere di freno alla parola. Così, la mascherina può essere per lui il primo limite del quale avverte la necessità di sbarazzarsi; poi magari alza la voce e nel farlo inavvertitamente lascia andare qualche goccia di saliva dalla bocca, come accade a chiunque alzi la voce. Alla sua angoscia, può contribuire il fatto di vedersi tutto intorno persone col viso mascherato, a volte in abiti da guerre stellari.

Ma la situazione non è facile neppure per chi la vive sull'altro versante e di fronte a quel corpo agitato sospetto di contagiosità (o a volte contagioso) può sentirsi spinto dalla paura, più di quanto lo sarebbe senza la pandemia, a oggettivarlo fino a mettere in atto comportamenti di coercizione del corpo, prima (e quindi più spesso) di quanto avrebbe fatto in precedenza.

La mascherina non è avvertita come ostacolo solo dal paziente agitato, peraltro. Non è raro che persone che sentono di riferire in quel momento qualcosa di confidenziale, importante, prezioso - qualcosa che rende l'incontro un "incontro" - chiedano di toglierla. E non è facile negarlo.

4. Il corpo, la pandemia, i luoghi

La pandemia con le esigenze di prevenzione che pone ha prepotentemente invaso tutti i diversi spazi nei quali è articolata oggi l'assistenza psichiatrica, e la investe con problemi nuovi in ordine alla inviolabilità della libertà personale del soggetto e alla relazione tra corpo e istituzione. Le strutture residenziali della psichiatria si sono trasformate in alcuni casi, anche se in modo meno frequente e drammatico forse rispetto al settore geriatrico, in incubatrici per l'epidemia, e su questo tema in rapporto alle politiche di deistituzionalizzazione propugnate da Basaglia - oltre che sulla relazione tra pandemia e disuguaglianze - si è soffermato con un testo interessante in uscita mentre scriviamo Benedetto Saraceno.¹⁹

Uno di noi incontra Adriana nel servizio ospedaliero dopo molti mesi che non ci vediamo. È una persona decisamente affettuosa nei suoi modi - affettuosa, non affettiva come alcuni di noi dicono, pensando di usare così un linguaggio più tecnico, perché affettivi sono i disturbi, le persone sono affettuose - e gli dice: «che brutto con questa mascherina... non ci si può nemmeno vedere in faccia... che voglia che avrei di stare

¹⁸ Paolo F. PELOSO, *Orlando: 500 anni di furia e di poesia. Parte II: la furia*, Psychiatry on line Italia, 20/11/2016 (Consultato in data 29/3/21). <http://www.psychiatryonline.it/node/6507>

¹⁹ Benedetto SARACENO, *Un virus classista. Pandemia, disuguaglianze e istituzioni*, AlphaBeta Verlag, Merano 2021.

vicini. Dovrebbero farla di un altro colore... con la mascherina di questo colore [l'azzurro chirurgico] sembriamo tutti malati». Sorride con gli occhi, poi punta verso di lui il polpastrello del dito indice di una mano, con l'evidente desiderio che lo tocchi col suo; e sorride, ben sapendo che non si dovrebbe. Lui lo fa a sua volta, sorridendo. Piccoli gesti, piccole trasgressioni di corpi che si cercano, nonostante tutto, l'un l'altro.

Dice un'altra paziente: «secondo me mi ha fatto stare male questa cosa del coronavirus... il Centro diurno chiuso... mi ha un po' scombussolato. Io mi passavo di più, facevamo due chiacchiere tra amici. Da quando non vado al Centro mi sento sola, non combino niente neanche in casa, sto tutto il giorno in casa ma non so cosa fare».

Un'anziana donna ricoverata è in attesa del secondo tampone. Dovrebbe rimanere sola nella stanza ma esce in continuazione. È confusa, dice di cercare le chiavi di casa, ma soprattutto ha molta voglia di parlare, e via via che parla è meno confusa. L'infermiere la riaccompagna in camera più volte, con tono sempre più autoritario e aggressivo, poi sbotta: «se esce ancora una volta dalla camera la chiudo». La psichiatria che chiude è sempre lì in agguato, dietro a quella che ha imparato faticosamente ad aprire.

Un uomo che frequenta la sala d'aspetto si agita vedendone entrare un altro con una stampella. Si agita sempre quando vede un bastone o qualcosa che gli somiglia perché nella sua vita di strada è stato oggetto in un'occasione di una bastonatura violenta. Gli operatori cercano di parlargli per calmarlo; ma non hanno presente che è sordo, e abitualmente coglie le parole sul fiore delle labbra. Di fronte a mascherine inespressive, si arrabbia ancora di più... Comincia a inveire, si toglie la mascherina poi comincia a sputare, in modo ostentato ancora distante cinque o sei metri da quell'uomo che è stupito della sua reazione e dagli operatori che gli sono vicini. La reazione è immediata: in tempo di pandemia si può tollerare tutto, ma lo sputo no: chiamate i vigili! Una collega invece lo avvicina, gli propone di prendere con lei un caffè alla macchinetta; ed è subito pace (evidentemente, la psichiatria dell'urgenza non è soltanto arte di "legare le persone", neppure in tempi pandemici).²⁰

Accompagniamo un uomo straniero che è inviato dal giudice in una struttura residenziale. L'uomo è già di per sé riluttante, perché è reduce dall'esperienza fallimentare in un'altra struttura. Facciamo tutto il possibile per tranquillizzarlo, ma all'arrivo veniamo ricevuti come se provenissimo da una città appestata. Dobbiamo sostare sulla porta, poi cedere tutti i suoi bagagli - l'uomo vi è particolarmente legato per quella che è una lunga storia di istituzionalizzazione in carcere - che gli saranno

²⁰ Paolo MILONE, *L'arte di legare le persone*, Einaudi, Torino, 2021. Cfr. in proposito: Paolo F. PELOSO, *Se legare le persone è un'arte*, Psychiatry on line Italia, 6/2/2021 (Consultato in data 29/3/2021). <http://www.psychiatryonline.it/node/9040>

resi solo dopo essere disinfettati. Ed è subito scontro, discussione. Quanto a noi, dobbiamo sostare un certo tempo fuori (per fortuna il tempo è bello) in attesa di essere a nostra volta nebulizzati con un vapore misterioso. A questo punto lui può entrare nella stanza, con ingresso autonomo, dove starà da solo per almeno una settimana; e noi siamo ammessi in una saletta dove passiamo le consegne ai colleghi. Né il paziente né noi possiamo entrare nella struttura per visitarla: siamo/abbiamo corpi sospetti. Se questa è l'accoglienza, non ci si può stupire se un inserimento già in sé complesso comincia dal primo giorno a naufragare, e in breve si conclude male.

La pandemia ha sostituito la vicinanza con la distanza come fattore di cautela e autoprotezione, e ha imposto la copertura di una parte importante del viso (naso e bocca) fondamentale per cogliere reciprocamente la mimica, ha impedito i contatti che servono a far avvertire partecipazione emotiva.

Arriva un paziente: gli chiediamo di occupare una sedia nella posizione più lontana da noi, di indossare correttamente la mascherina anche se sta piangendo o è in affanno. Visitiamo per la prima volta pazienti di cui non conosciamo (e forse non conosceremo a lungo) il viso; in questo caso chiediamo loro, con le dovute distanze, di abbassare per un secondo entrambi, noi e loro, la mascherina per mostrarci almeno per un attimo l'un l'altro il viso). Tutto questo crea disagio nel terapeuta, che deve ridefinire la sua modalità di relazione imparando a prescindere da alcuni strumenti abituali (capita di chiedersi... “chissà se il paziente sta vedendo che gli sorrido da sotto la mascherina”).

Tutti in generale si adeguano alla mascherina, ma paiono sollevati nel poter vedere almeno un attimo il viso del terapeuta. Rispettano la distanza imposta anche se in alcuni casi chiedono perché non possono più stare dall'altro lato della scrivania. Tengono la mascherina e se per caso la usano in modo improprio obbediscono, con imbarazzo, all'indicazione di rimetterla. Alcuni, pochi, però hanno espresso il desiderio di fare colloqui telefonici piuttosto che essere costretti a tante barriere.

L'evidenziarsi del primo caso diagnosticato COVID-positivo nel servizio ospedaliero ha fatto sì che da un giorno all'altro si trasformasse, per una decisione proveniente non è chiaro da dove, in reparto COVID. Il personale attrezzato con sovrascarpe di plastica, pantaloni monouso, sovracamice monouso, doppi guanti di lattice, mascherina FFP2, berretto monouso. I pazienti con mascherine chirurgiche tassativamente obbligatorie giorno e notte. La vestizione dell'operatore per entrare in reparto è più laboriosa di quella del prete per la messa. Percorsi separati per raggiungere il giardino e l'uscita sono individuati per personale e pazienti. Non si contano le “sanificazioni” da parte delle operaie delle pulizie, parte delle donne, spesso

migranti, che stanno affannandosi a “pulire il mondo”²¹ e vedono poco riconosciuto, anche ora che è più prezioso e più rischioso, il loro lavoro. Colpisce un giorno vedere in tanto “fervore sanitarizzante” qualcuno, tra i più spaventati e ligi alle regole, prendere senza rendersene conto - con i doppi guanti con i quali protegge dalla minaccia le sue mani, il suo corpo, se stesso - dal pacchetto una sigaretta toccandola dalla parte del filtro, e porgerla al paziente che l'avrebbe fumata. Un atto involontario, parte di quella “psicopatologia della vita quotidiana” cui siamo tutti adusi, ma anche il segno di persistenze inconsapevoli che devono sempre un po' allarmare. Corpi che, nell'emergenza, si sottraggono il più possibile al contatto con altri corpi, dunque; ma anche corpi che, fuori ormai dal manicomio e dalle sue rigide demarcazioni antropologiche, rischiano di essere oggetto, nella situazione emotivamente surriscaldata dalla paura del contagio, di un'attribuzione inconsapevole di diverso valore.

5. Un caso particolare: il Centro diurno nella pandemia

Sono diverse le cose per ciò che riguarda il Centro diurno. Il 4 marzo 2020 si svolgeva presso uno dei nostri centri diurni la riunione “familiari/operatori”, circa una trentina di corpi seduti uno accanto all'altro, intorno a un tavolone senza distanze e distinzioni di ruoli che parlavano per due ore dell'importanza dello “stare insieme” per i pazienti.

Non era passata ancora una settimana che accade quello che mai ci saremmo aspettati: il 10 marzo i Centri diurni chiudono, come tutta Italia. Da allora non sono ancora tornati al regime normale. Era nell'aria, in analogia con le scuole, perché certo si tratta di luoghi di aggregazione dai quali quotidianamente si esce e si entra.

Ci siamo messi nei panni dei pazienti che, presentandosi per iniziare una settimana come le altre, avrebbero ricevuto questa sorpresa, e ci siamo adoperati per capire come si sarebbe fatto a garantire loro, a Centri diurni chiusi, l'ascolto, il monitoraggio, il supporto emotivo e in qualche caso anche pratico (ci sono pazienti che al Centro consumano il pranzo, altri vengono aiutati a lavarsi) che i Centri nella normalità garantiscono, senza esporre a rischi né noi stessi né i frequentatori.

Certo, l'attività di un Centro diurno può interrompersi per una settimana, magari due, anche se nella nostra storia gli altri anni abbiamo sempre cercato di evitarlo. Ci siamo chiesti se la cosa avesse dovuto andare alle lunghe che ricadute avrebbe avuto sulla loro possibilità di affrontare la dura esperienza della malattia mentale, spesso della

²¹ Françoise VERGÈS, *Un femminismo decoloniale*, Ombre corte, Verona 2020.

solitudine o della limitata autonomia che l'accompagnano, senza la possibilità di condividere con altri almeno una parte della giornata e di ricevere supporto.

La pandemia ci ha costretti a ripensare il Centro diurno, prima a chiudere del tutto e poi a riaprire con numeri ristretti, obbedendo a regole rigide, non sempre comunicate con tempestività e spesso di non banale attuazione.

Già nel corso del lockdown, la prima grande innovazione è stata lo sforzo di costruire condizioni per la maggiore presenza possibile del corpo nella sua assenza. Il centro diurno si è aperto così alla “tele-medicina”, o meglio alle attività “da remoto”, condotte da un operatore in sede con pazienti che si collegano da casa.

Per niente facile è stato spiegare a tutti, e a noi stessi per primi, come “scaricare” app e programmi di comunicazione, come usarli e come riuscire a creare un gruppo da lontano.

L'assenza/presenza del corpo non ha però del tutto impedito la costruzione di un “noi”. Anzi, il gruppo da remoto ci ha stupito per partecipazione e gradimento, che sia stato spirito di adattamento o gusto per quella che era, comunque, una novità.

Alcuni, che in presenza apparivano inibiti e rallentati, hanno dato prova da remoto di grande flessibilità, riuscendo a partecipare attivamente, protetti dallo schermo e dallo sguardo diretto, in una sorta di “bolla” trasparente che ha permesso paradossalmente di tenere insieme una maggiore intimità e visibilità. Sono stati molti i pazienti che, attraverso la telecamera, hanno aperto la porta della loro casa, addirittura della loro camera, nelle quali non eravamo mai entrati.

L'altra modalità di ingresso al Centro diurno, dopo i tre mesi del lockdown, è ritornata a essere - senza che l'attività “da remoto” scomparisse del tutto - la partecipazione in presenza, ma vincolata a determinate condizioni: un numero ristretto di pazienti, ciascuno dei quali ha orari fissi e predefiniti e non può incrociarsi e incontrarsi con i pazienti di altri turni. L'esigenza di governo e distribuzione dei corpi, pericolosi uno per l'altro, faceva così piazza pulita di quello che era stato per noi²² il senso del Centro diurno: quello di un luogo capace di lasciarsi attraversare e dare risposte *ad personam* a chi aveva necessità di frequentare tutti i giorni e chi di capitare improvvisamente, a cercare ancoraggio in un giorno di crisi; quella di dare risposta a chi aveva bisogno di rimanere tutta la giornata, e a chi di entrare, controllare e lasciarsi controllare, e poi subito dopo ritornare a uscire inseguendo altrove la propria inquietudine.

²² Paolo F. PELOSO, Rosalena GUTTUSO-POGGI, Panfilo CIANCAGLINI, *Riabilitare il Centro diurno: problemi, obiettivi, strategie*, “Psichiatria di Comunità”, III, 1, 2004, pp. 23-34.

Mentre prima il centro diurno era un luogo nel quale i pazienti venivano incoraggiati a incontrarsi, a stare insieme in modo spontaneo e la partecipazione a più gruppi era un fattore di cura, ora la ricerca è quella della separazione e della distanza, la socialità è più rigida, scandita dai tempi dell'attività, dalle procedure di pulizia in ingresso e in uscita.

Poi, il Centro diurno era un luogo che, pur facendo parte della sanità, si sforzava di offrire il più possibile opportunità per incontri de-sanitarizzati - qualcuno vi assumeva tutt'al più la terapia sotto supervisione - in favore della sua funzione psico-sociale che ha dovuto fare un passo indietro e, per esistere e resistere, cedere la supremazia ad aspetti di cura del corpo.

Al Centro diurno pazienti e operatori devono essere sottoposti a TAR (tampone antigenico rapido) ogni quindici giorni, e chi lo fa sono proprio le stesse infermiere del Centro, che prima si occupavano prevalentemente di psicoterapia istituzionale e di riabilitazione.

Il primo passo concreto e tangibile è stato quindi adibire una stanza a questa funzione, trasformando la sala della musica in infermeria, coprendo gli armadi con nylon trasparenti, togliendo tutto dai tavoli per permettere una più facile pulizia e "sanificazione" (trasformazione dei luoghi, dei ruoli ma anche del linguaggio: chi avrebbe mai usato prima di marzo 2020 questa parola?).

Anche per gli stessi operatori, dopo tanti anni e formazioni nel corso delle quali lo sforzo era quello di imparare a rapportarsi con il corpo-emozione dell'incontro anziché con il corpo-oggetto della medicina, si è trattato di un ribaltamento.

Il corpo del paziente che entra al Centro diurno in tempo di pandemia è un corpo che va nuovamente toccato, nel senso della cura e dell'accudimento, aiutato a proteggersi (con la distribuzione di mascherine e l'educazione alla salute finalizzata all'uso e all'uso corretto), convinto a lasciarsi vaccinare, aiutato a sviluppare una maggiore igiene personale e talvolta anche medicato.

Non è stata infrequente infatti la necessità di medicazioni fatte direttamente al Centro per le piaghe che un uso improprio delle mascherine ha causato dietro al padiglione auricolare. Si tratta di pazienti gravi da un punto di vista psichiatrico con neuropatie talvolta su base alcolica o diabetica che hanno necessitato di medicazioni, anche con creme antibiotiche (prescritte dal medico di base, un'occasione anche questa per un consolidamento della rete).

Ci siamo interrogati sull'appropriatezza di medicare al Centro diurno e abbiamo valutato che la cura del corpo dentro al Centro diurno - l'elemento di vicinanza costituito dal "prendersi cura" - è, in questo momento dove la minaccia passa per il

corpo e si devono mantenere le distanze, più importante che il “noli me tangere” che caratterizza di abitudine i luoghi della psicoterapia e in parte anche della riabilitazione.

E ci pare importante sottolineare che la cura del corpo non è stata prerogativa degli infermieri, proprio perché comunque si è cercato di non vivere l'esperienza solo come riferita a un corpo sanitario, oggettivato, ma di avvicinare il corpo tenendo presente - sarebbe stato paradossale non farlo in quel contesto - il vivo delle sue emozioni. Così i Tecnici della riabilitazione hanno spiegato il significato delle firme per il consenso ai tamponi, hanno fatto educazione sanitaria illustrando l'uso delle mascherine; e la psicologa è stata presente ai tamponi di alcuni pazienti che necessitavano di una maggiore tutela, di sostegno, talvolta anche di “maternage”.²³

Nella pandemia infermieri e psichiatri - ma, come abbiamo appena visto, non solo - ritrovano il corpo. Non che, certo, soprattutto nei servizi ospedalieri, il corpo fosse del tutto assente dalla scena psichiatrica, ma mai come in questo periodo è stato presente, centrale. Ci sono psichiatri e infermieri che si sono dovuti impegnare a fare i tamponi, e probabilmente non avrebbero mai pensato di farlo nella loro carriera. Altri operatori a sentire che da questo che coinvolgeva il gruppo, non era possibile chiamarsi fuori. Tutti si sono dovuti industriare a cogliere, con attenzione, i segnali COVID-compatibili che il corpo, in primo luogo il proprio, può trasmettere.

La riduzione del *Leib* a *Körper*, del “corpo che sono” al corpo sanitarizzato “che ho”, non nasce nella pandemia, come avviene per Basaglia nel caso della psichiatria classica, dalla necessità di presumere una lesione del corpo alla sua base per operare la tranquillizzante riduzione della follia a “malattia come le altre”. Il corpo che la psichiatria incontra nella pandemia può essere davvero (anche) il corpo portatore di vero contagio, corpo oggettivato da aggredire con le innaturali manovre del distanziamento, del travisamento, della misurazione della temperatura o della più invasiva tamponatura. Ma questo fotograferebbe solo una parte del passaggio.

Perché proprio in questo avvicinarsi al corpo medico dell'altro il clima affettivo della comunità - comunità diurna, part-time, ma comunque (o forse proprio perciò, nella reciproca autonomia e libertà)²⁴ comunità - lo ritrasforma in *Leib*, corpo-proprio, corpo in comunità (in comunione?) e l'atto sanitario diventa al contempo atto di corpi in relazione o, potremmo dire con Binswanger, atto d'amicizia e atto d'amore.²⁵

²³ Donald W. WINNICOTT, *Babies and their mothers*, The Winnicott Trust, London 1987, tr. it. *I bambini e le loro madri*, Cortina, Milano 1987.

²⁴ Frantz FANON, *Tunisi 1959: un esperimento di ospedalizzazione diurna in psichiatria*, “Studi culturali”, II, 2, 2005, pp. 291-312.

²⁵ Ludwig BINSWANGER, *Forme fondamentali e conoscenza dell'esserci umano. Amore e amicizia come forme della vita autentica*, Tab, Roma 2020.

Per questo abbiamo provato a declinare tutte queste attività di tipo sanitario che hanno riguardato il corpo, caratterizzate da procedure in sé rigidamente codificate, in un'ottica psicologica, con un'attenzione cioè al fattore umano e relazionale del quale si è cercato di non dimenticare, anche nell'emergenza e nella paura, l'importanza. Non tralasciando il fatto che quei corpi "sanitari" - i nostri compresi - da indagare a fini preventivi e dei quali prenderci cura, non erano qualcosa di diverso dai "corpi-propri" che incontrandosi lì facevano del nostro Centro diurno, finché non è cominciata la pandemia, uno spazio per l'incontro.

6. Conclusione

Se possiamo trarre una conclusione, crediamo che la pandemia, oltre a gettarci nello sconforto come tutti, abbia su noi operatori dei servizi psichiatrici anche l'effetto di renderci più difficile - dal momento convulso della crisi, al lavoro routinario di sostegno svolto nei servizi, allo sguardo in avanti della riabilitazione - il lavoro. Così, oggi non sappiamo se davvero la domanda ai nostri servizi aumenterà in modo tanto significativo da far pensare a una terza epidemia, dopo quella sanitaria e quella economica; ma ci pare in ogni caso che ciò che abbiamo potuto cercare di fare da subito sia stato sforzarci di continuare a fare quello che facciamo ordinariamente, e sforzarci di farlo più e meglio che possiamo in una situazione che lo rende più difficile. Continuando perciò a cogliere in questo impatto nel corpo - il nostro e quello dell'altro - con i suoi limiti, che le circostanze ci impongono, l'occasione per nuove modalità dell'incontro nella quali scopriamo, gli uni e gli altri, che il "corpo che io ho" e il "corpo che io sono" sono uno stesso corpo, del quale prendersi "cura", detergendo le ferite e insieme alleviando le angosce. E dando così vita a uno stare-insieme-nella-pandemia, insomma, operatori e pazienti, che è tutto da inventare.

Nota bibliografica

Franco BASAGLIA, *Su alcuni aspetti della moderna psicoterapia: analisi fenomenologica dell'“incontro”*, "Rivista Sperimentale di Freniatria", LXXVIII, 2, 1954, ora in Franco BASAGLIA, Franca Ongaro BASAGLIA (a cura di), *Scritti. Vol. I 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Einaudi, Torino 1981, pp. 32-54.

Franco BASAGLIA, *Corpo e istituzione. Considerazioni antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale*, "Che fare", 3, 1968, ora in Franco BASAGLIA, Franca ONGARO BASAGLIA (a cura di), *Scritti. Vol. I 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Einaudi, Torino 1981, pp. 428-441.

- Ludwig BINSWANGER, *Forme fondamentali e conoscenza dell'esserci umano. Amore e amicizia come forme della vita autentica*, Tab, Roma 2020.
- Han BYUNG-CHUL, *La società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite*, Einaudi, Torino 2021.
- Salvatore CALÒ, Francesca DE LUCA, Paola CALÒ, *Lessons from COVID-19: the opportunity of telepsychiatry*, "Evidence Based Psychiatric Care", VI, 3, 2020, pp. 139-147.
- Peppe DELL'ACQUA, *Non ho l'arma che uccide il leone*, Viterbo, Stampa Alternativa 2007.
- Frantz FANON, *Tunisi 1959: un esperimento di ospedalizzazione diurna in psichiatria*, "Studi culturali", II, 2, 2005, pp. 291-312.
- Maurizio FERRARIS, *Dove sei? Ontologia del telefonino*, Bompiani, Milano 2011.
- Luca GAVAZZA, *Shodo. Coronavirus. Appunti di viaggio*, "Il vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane", XXVIII, 2, 2020.
- Lucio GHIO, Sara PATTI, Giulia PICCININI, Marco VAGGI, *Telepsychiatry and COVID-19 crisis: a new opportunity for Mental Health in Italy*, "Evidence Based Psychiatric Care", 6, 4, 2020, pp. 172-182.
- Federico LEONI, *Erwin Walter Straus*, in Aurelio MOLARO, Giovanni STANGHELLINI (a cura di) *Storia della fenomenologia clinica. Le origini, gli sviluppi, la scuola italiana*, UTET, Torino 2020, pp. 103-117.
- P. Antero MICONE DA SAN BONAVENTURA, *Li lazzaretti della città, e riviere di Genova del MDCLVII. Ne quali oltre à successi particolari del Contagio si narrano l'opere virtuose di quelli che sacrificarono se stessi alla salute del prossimo, e si danno le regole di ben governare un Popolo flagellato dalla peste*, Calenzani & Meschini, Genova 1658.
- Paolo MILONE, *L'arte di legare le persone*, Einaudi, Torino, 2021.
- Edgard MORIN, *Cambiamo strada. Le 15 lezioni del coronavirus*, Cortina, Milano 2020.
- Cristina MORINI (a cura di), *Dei corpi perduti e dei corpi ritrovati*. [Atti del Convegno organizzato da Effimera, 10 ottobre 2020, Milano, Casa delle donne], Effimera, Milano 2020.

Paolo F. PELOSO, *Sulla deumanizzazione in psichiatria*, “Minority Reports”, 10, 2021, pp. 133-150.

Paolo F. PELOSO, Rosalena GUTTUSO-POGGI, Panfilo CIANCAGLINI, *Riabilitare il Centro diurno: problemi, obiettivi, strategie*, “Psichiatria di Comunità”, III, 1, 2004, pp. 23-34.

Paul-Claude RACAMIER, *Una comunità di cura psicoterapeutica*, in Anna FERRUTA, Giovanni FORESTI, Enrico PEDRIALI, Marta VIGORELLI (a cura di), *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*, Cortina, Milano 1998, pp. 90-103.

Giuseppina ROMEO, Rossana BORSI, Karen DI PRISCO, Paolo F. PELOSO, *Cosa rimane sotto il Ponte Morandi di Genova. Gli esiti di un trauma collettivo nell’operatività di un Centro di Salute Mentale*, “Psicoterapia e Scienze Umane”, 54, 4, 2020, pp. 585-600.

Benedetto SARACENO, *Un virus classista. Pandemia, disuguaglianze e istituzioni*, AlphaBeta Verlag, Merano 2021.

Franco VELTRO, Gianmarco Latte, Mariangela Corbo, Massimo Di Giannantonio, Gemma Calamandrei, Angelo Picardi, Antonella Gigantesco, *A brief description of ISS programme using telephone and a tele-psychiatry to cope with psychosocial effects of lockdown pandemic in Italy*, “Evidence Based Psychiatric Care”, VI, 3, 2020, pp. 107-111.

Françoise VERGÈS, *Un femminismo decoloniale*, Ombre corte, Verona 2020.

Donald W. WINNICOTT, *Babies and their mothers*, The Winnicott Trust, London 1987, tr. it. *I bambini e le loro madri*, Cortina, Milano 1987.

Sitografia

Gilberto DI PETTA, *Il gruppo ai tempi del covid: noli me tangere*, Psychiatry on line Italia, 17/05/2020 (Consultato in data 29/3/2021). <http://www.psychiatryonline.it/node/8677>

Paolo F. PELOSO, *50 anni di “Corpo e istituzione”*, Psychiatry on line Italia, 21/03/2017 (Consultato in data 29/3/2021). <http://www.psychiatryonline.it/node/6698>

Paolo F. PELOSO, *Orlando: 500 anni di furia e di poesia. Parte II: la furia*, Psychiatry on line Italia, 20/11/2016 (Consultato in data 29/3/21). <http://www.psychiatryonline.it/node/6507>

Paolo F. Peloso, *Se legare le persone è un'arte*, Psychiatry on line Italia, 6/2/2021
(Consultato in data 29/3/2021). <http://www.psychiatryonline.it/node/9040>