

Si mirava continuamente allo specchio ed a volte piangeva

di Antonio Esposito, ottobre 2015

A 16 anni, si dice, hai una vita davanti. A 16 anni hai i sogni, il mondo è leggero, a 16 anni è tutto chi lo sa, certo le difficoltà, le problematiche dell'adolescenza, ma a 16 anni ogni giorno è primavera, sei ancora un ragazzo, a 16 anni non puoi avere paura, no a 16 anni non puoi avere paura...

Nina, invece, a 16 anni ha paura. Il dottore scrive *«un senso di paura e di ansia immotivate»*. Poi aggiunge *«Si mirava continuamente nello specchio ed a volte piangeva. Una notte riferì di vedere un uomo che girava per la casa»*.

Il dottore ha una scrittura nervosa e contratta, perdo ore a decifrare questi tratti di penna incisi su carte ormai ingiallite a segnare una storia di anamnesi, diagnosi, terapie. Una storia clinica, così la chiamano, e penso che la storia di una ragazza non può stare tutta qui, vorrei ce ne fosse un'altra da poter raccontare. Ma non sarà così.

Nina ha 16 anni, è il 1967, quando entra in manicomio. Ne uscirà 8 anni dopo. In una cassa di legno povero.

Forse sogna di sposare un principe Nina, o forse no, spera solo di incontrare qualcuno che le voglia bene, qualcuno che la faccia sentire meno sola, forse solo meno disperata. O, chi sa, sogna un giorno di poter andar via, via da quelle terre, e poter essere un'altra persona, essere nata altrove, avere un altro nome, poter essere, un giorno, felice.

È la nona di nove figli, due morti in tenera età, gli altri in buona salute. Una famiglia umile, dell'entroterra di una città del sud, contadini di una provincia ancora rurale, terra faticosa e fertile dove poi, trent'anni dopo, nasceranno mostri d'asfalto e cemento, discariche e centri commerciali.

Tra gli anni '50 e '60 è ancora campagna quella che a lavorarla ti spezzi la schiena, dalla mattina che è ancora notte alla sera che è già notte di nuovo, e una miseria come paga, e una miseria come vita, una baracca come casa. La lasci e ci torni col buio, a sfamarti, a riposare, a rubare un minuto al piacere, se sei uomo, a pagare un minuto al dovere, se sei donna.

La cena è pane e cipolle, un bicchiere di vino, il focolare, il letto insieme al tavolo e agli altri letti, quelli dei figli che vengono, uno dopo l'altro, ad affamare la fame, a sperare in un tempo migliore. Nina è l'ultima nata, femmina, la nona di nove figli, l'ho già scritto, lo so, ma è importante, mi pare importante, che questa è una storia di classe e di genere, prima di essere di dolore e malattia è una storia di povertà e di una ragazza.

Il parto non è semplice, c'è qualche complicanza, la bambina non riesce a venire al mondo da sola. Un parto distocico si dice, è necessario l'intervento dell'ostetrica, con un forcipe, o con una ventosa. Ma Nina è tenace, supera le difficoltà. Quel mercoledì, dopo ore di travaglio, infine la sentono piangere, e forse avrà fatto del male vederla femmina, un'altra bocca da sfamare, e poi, un giorno, da maritare. È il 17 gennaio, il giorno di sant'Antonio Abate, santo del fuoco e degli animali. Un santo contadino.

È il giorno di tante storie, come ogni giorno. Nel mondo grande e terribile che raccontano i giornali c'è Eisenhower, comandante delle forze atlantiche in Europa, che giunge a Roma, in piena guerra fredda, mentre è in corso la guerra di Corea. In tutt'Italia ci sono manifestazioni contro la

visita, e scontri con la polizia, anche morti. A pochi km da casa di Nina, dove è già città, oltre 300 attivisti si radunano in piazza. Anche qui disordini, forze dell'ordine in azione, 116 persone fermate e portate in questura, poi direttamente in carcere.

Ci sono luoghi separati, non solo dallo spazio, anche dal tempo, epoche storiche diverse in uno stesso istante. Quel giorno, nel piccolo mondo di Nina, nelle campagne intorno alla sua casa, non ci sono scontri, polizia, manifestanti, ma, secondo tradizione, la festa, i falò in onore del santo che curava l'herpes zoster e sconfisse, raccontano le storie tramandate a voce, le fiamme del demonio per liberare dall'inferno le anime rubate da Satana e forse anche un maialino. Quello con cui il santo è raffigurato, quello col cui grasso guariva il "fuoco" sulla pelle. Di certo il Santo, dicono i devoti, protegge gli animali domestici, e quanti, contadini e allevatori, lavorano con loro. Forse il Santo avrà protetto Nina nel parto, forse poi si sarà distratto, chi lo sa...

Non so quasi nulla dei primi 15 anni di vita di Nina, solo che *«è stata allattata al seno materno, [...] ha sofferto le normali malattie infantili e nessuna altra patologia particolare»*. Lo scrive sempre il medico, e ci fa sapere anche che Nina *«è andata a scuola fino alla terza elementare»* aggiungendo *«con scarso profitto»*. Chi sa da cosa l'avrà desunto, forse un'affermazione dei genitori, forse una trascrizione su altre cartelle, ma è già giudizio e classificazione. E conclude: *«viene descritta con un carattere "nervoso"»*.

Nell'agosto del 1966, a 15 anni, Nina accusa *«astenia, cefalea, inappetenza, apatia»*. A leggerli così, oggi, sembrano comuni scompensi dell'adolescenza, ma allora vengono individuati come i primi disturbi psichici. *«Spesso dimostra un senso di paura e di ansia immotivate. Si mirava continuamente nello specchio ed a volte piangeva senza alcun motivo. Una notte riferì di vedere un uomo che girava per la casa»*. Lo so, ho già scritto anche questo, ma è importante, mi pare importante, perché per questo viene consultato uno specialista, e poi il ricovero nella clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università.

È il 1966, Nina ha 15 anni, è una ragazza spaurita, spesso piange, si porta dentro un dolore. È cresciuta in una campagna di provincia, forse non ha mai nemmeno visto la città, il capoluogo. Ci arriva d'estate, ma non è per una vacanza. No, l'estate sa essere crudele, soprattutto se arrivi dentro una clinica per le malattie nervose e mentali, dove il dolore è sempre qualcosa che non funziona nel cervello. Per gli specialisti dell'accademia Nina soffre di *«schizofrenia simplex»*. La terapia è chiara e brutale, manca di qualsiasi presupposto scientifico, ma si è affermata nella prassi fin da quando venne sperimentata - alla fine degli anni Venti, da Manfred Josha Sakel - sui pazienti affetti da schizofrenia: il coma insulinico.

L'infermiera, spesso una suora, gira con la siringa di insulina nella sala da coma, la inietta ai pazienti. Dopo un'ora si controlla lo stato di morte, si aggiunge altro ormone se il paziente è in pre-coma. Si attendono 3, 4 ore, quando ci sarà la rinascita. Si pensa, infatti, che il folle si risveglierà dal coma indotto lasciando in questo stato il suo male. Sono pronte le punture di glucosio, si dà vita ad una strana danza macabra di movimenti incontrollati, urla confuse, pianto. Ma c'è anche chi resta in silenzio, chi non si risveglia, e allora viene intubato, un imbuto per far passare acqua zuccherata. Il pasto glucosato, lo chiamano, e spesso deve essere ripetuto se, risvegliati i riflessi faringei, poi sopraggiunge il vomito. Quasi sempre, però, c'è chi non si risveglia nemmeno così, è il rischio del coma *depassè*, e si resta sospesi tra la vita e la morte, in attesa.

È il 1966, estate, Nina ha 15 anni, ha manifestato una sofferenza, si porta dentro un dolore, viene classificata come schizofrenica e ricoverata in una clinica psichiatrica, le praticano 20 coma insulinici. Non ho sbagliato, il numero, 20, è quello trascritto sulla storia clinica, l'unica che posso

recuperare. È tenace, Nina, ogni volta si risveglia, e alla fine, per i medici ci sono “*notevoli miglioramenti*”. Non conosco il valore che questo dottore dà alle parole, mi sconcerta però che dopo averlo scritto poi aggiunga “*due mesi orsono il ripresentarsi della medesima sintomatologia è ricoverata presso il pronto soccorso psichiatrico*”. È il maggio del 1967. A luglio, il 17 luglio 1967 Nina è ricoverata in manicomio in osservazione.

Ha 16 anni Nina, e si trova adolescente in un cronicario del dolore, dove si muore di classe, ammessa in un reparto con donne adulte e tante anziane, molte legate a un letto, e le urla, e il fetore di piscio ed escrementi, e una divisa di stoffa dura a fare vestito. È spaventata Nina, vuole andare via, chiede di tornare a casa. Ma pure questo può diventare un sintomo da riportare in cartella. Scrive lo psichiatra: «*piuttosto appartata, mostra preoccupazione per la sua salute e per il ricovero in questo ospedale, risponde alle domande e durante l'interrogatorio diventa piagnucolante e querula*». Proprio così, *piagnucolante e querula*, l'aggettivazione è oggettivazione, a scovare indizi e fornire un giudizio: «*ricorda gli avvenimenti recenti e remoti della sua vita, l'interazione e l'associazione sono rallentate e dominate da uno stato di preoccupazione inerente alla sua particolare situazione ambientale e dal pensiero di dover rimanere in ospedale*». Eppure, il 17 luglio, Nina, quando viene ammessa in reparto, seppure «*si alimenta scarsamente*», è «*in condizioni fisiche discrete, è orientata nello spazio e nel tempo, non si riscontrano idee deliranti*». Sulla scheda inviata al Commissariato Nina risulta «*affetta da sindrome dissociativa*» e si annotano «*disaffettività, abulia, sindrome dello specchio*»

Dopo 5 giorni, la situazione non è cambiata. Il 22 luglio è riportato: «*la paziente è sempre ansiosa, tesa. In reparto è piuttosto appartata, poco socievole*». Nina è consapevole della propria condizione, della sua sofferenza che i medici non riescono a curare. Così, ne dà una spiegazione che trae dal contesto in cui vive, dalle sue tradizioni e fonti sociali e culturali: è tutto frutto di un sortilegio, le è stato fatto da un fratello per dissapori in famiglia. Lo psichiatra riscrive le sue affermazioni: «*È cosciente del proprio stato e cerca di spiegarlo come dovuto ad una fattura fattale da un fratello che vive separato dalla famiglia. Afferma inoltre che le infermiere di questo reparto non le vogliono bene, si sente sempre osservata dai loro occhi e che a volte tra di loro si fanno “segni particolari”*». Sullo sfondo, in fondo, resta però, soprattutto, uno stato di inadeguatezza, un sentirsi diversa dalle altre ragazze, un vedersi più brutta: «*Circa poi il fatto di guardarsi continuamente allo specchio, la paziente afferma che lo fa perché si sente diversa dalle altre coetanee, e perché ha l'impressione di essere diventata più brutta*». Viene trasferita alla I sezione.

Qui, mangia sempre poco, si dà disposizione di attenta sorveglianza per l'alimentazione, e, dopo meno di un mese, viene registrato il primo episodio di aggressività «*Ha aggredito la paziente C. procurandole escoriazioni alla fronte*». Sarà un caso, ma a pochi giorni dall'episodio, evidenziata l'assenza di modifiche del quadro psichico, si inizia il trattamento insulinico. È il settembre del 1967, Nina ha 16 anni, ad un anno esatto dal precedente trattamento insulinico, i medici decidono di portarla di nuovo forzatamente in coma. Lo fanno per altre 19 volte.

Nel 1967 Nina ha 16 anni, è ancora minorenne, è ancora in osservazione quando in manicomio decidono l'insulinoterapia. Nel frattempo, però, è iniziata la pratica per il ricovero definitivo che, secondo quanto previsto dalla legge, deve essere disposto dal tribunale per i minorenni. L'ordinanza è emessa il 9 settembre del 1967, mentre Nina è in coma insulinico. Hanno deciso il suo internamento definitivo ma non possono nemmeno comunicarglielo. A novembre scrivono sulla cartella: «*In seguito al trattamento insulinico costituito da 19 comi l'inferma è estremamente migliorata. Infatti è orientata, tranquilla, socievole, di facile governo e presta servizio di rassetto con discreto rendimento*».

L'essere governabile e istituzionalizzata, con buone risposte adattive alle regole, è il metro di valutazione degli ospedali psichiatrici. Quando Nina sembra aver acquisito questi requisiti allora può anche essere posta in "osservazione per eventuale dimissione". Ma dura poco, troppo poco. I miglioramenti registrati pochi giorni prima, diventano effimeri la settimana successiva: «Nuovamente impulsiva, aggressiva, ostile all'ambiente», e tre giorni dopo «l'inferma è fatua, incoerente, dissociata, talora impulsiva ed aggressiva». È così che inizia anche la piretoterapia.

L'aumento artificiale della temperatura corporea, fino a determinare crisi convulsive, è parte dell'armamentario delle terapie di shock della psichiatria: lo scuotimento, la sudorazione, l'espulsione dei "tossici", fanno parte di una sorta di esorcismo meccanico che tende a scacciare il germe della follia, anche provocando un altro male. Per la piretoterapia si prendono in prestito considerazioni di Ippocrate del IV secolo a.C., nate dalle teorie degli umori, cui si continuerà a dar credito per secoli. Il trattamento verrà messo a punto nel 1917 da Julius Wagner von Juaregg che inoculerà nei folli il parassita della malaria. Lo farà con un'iniezione endovenosa di sangue prelevato da un soggetto malarico, oppure utilizzando direttamente le zanzare anofele allevate in appositi laboratori, poste a contatto col soggetto malarico e poi sulla cute di chi si vuole malarizzare. Solo dopo dieci, quindici accessi febbrili superiori ai 39°, con le conseguenti crisi convulsive, si interviene col chinino. Per aver messo a punto la malarico-terapia, Julius Wagner von Juaregg è il primo psichiatra a ricevere, nel 1927, il premio Nobel per la medicina. È strana la storia dei Nobel in psichiatria, dopo Juaregg lo riceverà, nel 1949, Egas Moniz per la lobotomia, quasi a riconoscere la cura nel supplizio.

L'induzione della malaria come terapia psichiatrica cade progressivamente in disuso dopo la II guerra mondiale. Il ricorso alla piretoterapia resiste però all'interno dei manicomi, contro la sifilide e non solo: la febbre è indotta con sulfoidol e particolari vaccini. È quanto viene prescritto a Nina, cui per oltre un mese sono indotte crisi febbrili superiori ai 39°. Il 2 gennaio del 1968, pochi giorni prima che Nina compia 17 anni, i dottori però sono costretti a constatare «Scarsi i risultati derivanti dalla piretoterapia. È rallentata. Si nutre poco. Non ha però più impulsi aggressivi, ma riposa sempre molto poco alla notte». E ancora, di lì a qualche giorno: «Condizioni generali molto scadenti. Sempre abulica, disaffettiva, dissociata». Così decidono di riprendere l'insulina.

È un tormento senza fine per quella ragazza, e questa volta il suo corpo non reagisce bene. Vomito, diarrea, dopo 4 giorni il trattamento insulinico è sospeso. Sulla pelle i segni della sofferenza si manifestano con dermatiti ed eczema sempre più invasivi e violenti. E nessun santo a curare quel fuoco sulla pelle. Nei tre mesi successivi, gli psichiatri registrano che è tranquilla, ma ripetono anche, più volte, che appare *dissociata, disaffettiva, fatua, abulica, disorientata, rallentata*. Le parole, a volte, sono potenti e cattive, e nemmeno i tanti farmaci che continuano a prescriverle riescono a vincere la loro dannazione. Nina ha compiuto 17 anni tra i cameroni del manicomio, legata ad un letto, sedata, con comi e febbri indotte oppure con gli psicofarmaci. Tofranil, Talofen, Serenase, nomi e dosi dei medicinali sono quelli tipici del prontuario manicomiali. È il maggio del 1968. Ci sono luoghi separati, non solo dallo spazio, anche dal tempo, epoche storiche diverse in uno stesso istante. Mentre altrove i ragazzi della sua età inseguono sogni di libertà che segneranno un'epoca, Nina inizia il primo ciclo di elettroshock.

La terapia elettroconvulsivante è un'invenzione italiana. Negli anni '30 Ugo Cerletti e Luciano Bini mettono a punto una macchina che somministra semplici e dirette scariche elettriche nel cervello tali da provocare convulsioni. È quella che Basaglia definirà la terapia della lavatrice: quando qualcosa non funziona provi a scuoterla sperando che si rimetta in sesto. La tecnica si evolve nel tempo: a partire dagli anni Sessanta viene utilizzata con somministrazione di scarica

elettrica continua, variabile da 180 a 460 volt, attraverso uno o due elettrodi fissati sulla testa, sotto anestesia e successivamente all'iniezione di un miorilassante atto ad evitare le conseguenze delle contrazioni muscolari indotte. Questo permette, quantomeno, di evitare la frattura delle ossa, della spina dorsale, fino ad allora causate dalle convulsioni. Senza intaccare la violenza di una pratica tutt'oggi in uso, pure in Italia, in 12 centri, 9 pubblici e 3-5 privati convenzionati. Nella clinica dell'Università di Pisa, la terapia elettroconvulsivante, così oggi la chiamano, è applicata a 80-90 pazienti l'anno.

Tra maggio e giugno del 1968 Nina è sottoposta a 12 elettroshock. Alla fine per i dottori «*In seguito al ciclo di elettroshock terapia (12 shocks) l'inferma appare tranquilla, orientata e corretta; inoltre ha cominciato a prestare lavoro interno di riassetto con discreto rendimento. Condizioni generali fisiche discrete*». Di facile governo dopo l'insulina terapia, corretta dopo le elettro convulsioni. I termini si modificano senza mutare il senso di una cura che è tesa, prima di tutto, alla disciplina. Nei mesi successivi le indicazioni sono brevi, concise, sottolineano che la paziente certo è *rallentata e abulica*, però è *calma, ordinata, governabile*. Per gli psichiatri è il segno del processo di guarigione. Il 13 dicembre del 1968, scrivono «*L'inferma è tranquilla, ordinata, socievole e governabile; inoltre presta lavoro interno di riassetto con discreto rendimento. Condizioni generali fisiche buone. In osservazione per dimissione*». Lo avevano già scritto 11 mesi prima, ma questa volta i segni di miglioramento sembrano persistere. Il 23 dicembre viene annotato «*Da diverso tempo l'inferma si mantiene tranquilla, ordinata e corretta; inoltre si dedica al lavoro interno di riassetto con notevole rendimento. Poiché non presenta note di pericolosità in atto né disordini della condotta si propone al Signor Direttore per la dimissione come migliorata in prova affidata al padre*».

Quello stesso giorno, il 23 dicembre 1968, più di 16 mesi dopo l'ammissione, dopo più di venti comi insulinici, decine di attacchi febbrili indotti e 12 elettroshock, Nina può tornare a casa: viene dimessa in prova come migliorata e affidata al padre. È quasi Natale, sembra quasi un dono. Chissà, forse pure Sant'Antonio si è ricordato di lei.

Voltare pagina per tornare indietro, come un tragico gioco dell'oca, così in questa cartella: sul foglio successivo la prima parola è: «*riammissione*». E non solo le lettere, anche i numeri vestono abiti crudeli, quell'1-1-'69 è un calendario che inizia con una bestemmia rivolta alla vita. Nina sta per compiere 18 anni, negli ultimi 17 mesi ha passato 8 giorni a casa e 532 giorni in manicomio. È il primo giorno di un nuovo anno, il 1969, «*La paziente rientra in ospedale dopo pochi giorni dalle dimissioni in quanto in famiglia non è riuscita a inserirsi nell'ambiente ed ha avuto impulsi di aggressività*». È la spada di Damocle della dimissione in prova. Uscire per tornare, essere dimessi per poi essere internati di nuovo, al primo problema, al primo errore. 532 giorni di manicomio non l'hanno guarita, 8 giorni in famiglia la espellono, per sempre, dalla sua comunità. Torna in I sezione. Nina compie 18 anni in uno spazio che non trova racconto, non merita parola. Di quel gennaio restano solo aggettivazioni che abbiamo già più volte riportato.

Le indicazioni in cartella si fanno sempre più rade, una al mese per segnalare che è *rallentata, fatua, abulica, stazionaria*, a volte anche *calma e governabile*. La terapia è *Serenase e Disipal*, cui si aggiunge spesso anche il *Talofen*. Sono i neurolettici di prima generazione, gli antipsicotici tipici, agiscono principalmente sulla recezione della dopamina, stimolando o inibendo la neurotrasmissione. Tuttavia, hanno un'azione plurisetoriale sul sistema nervoso: agiscono bloccando la ricezione della dopamina in tutti i domini funzionali nei quali si organizza questo neurotrasmettitore: dalla via mesolimbica a cui è schematicamente imputabile l'origine dei deliri, a quella mesocorticale il cui blocco determina un deterioramento cognitivo, la via nigostriale che

controlla i movimenti e quella tubero infundibolare che definisce il rapporto con l'ipofisi e regola la produzione di alcuni ormoni. Da qui il mescolarsi tra il controllo della produzione di deliri e un insieme di effetti collaterali che possono tradursi, a fronte di dosi elevate, in un rallentamento psicomotorio del paziente, fino alle manifestazioni "extrapiramidali", alle crisi neurodislettiche e alla discinesia tardiva. Un processo di sofferenza che ritroviamo tutto nella cartella di Nina.

Dopo 11 mesi il primo episodio aggressivo di questo secondo ricovero, una colluttazione con un'altra ricoverata. Oltre ai graffi reciproci, Nina ha lanciato una pantofola sulla testa dell'altra provocandole una ferita lacero contusa. Sembra un particolare insignificante, per il destino non sarà così.

Tra gennaio e maggio del 1970 Nina, per i medici, è sempre *disaffettiva* e *soggetta a frequenti crisi impulsive*. Alla terapia in corso, all'occorrenza, si aggiunge anche una fiala di *Largactil*. Ma non basta. A maggio le prescrivono le analisi, anche l'esame elettrocardiografico. Il risultato è anche sentenza «*Apparato cardiocircolatorio nei limiti fisiologici. Può iniziare esk*». Le sigle possono nascondere le parole ma non i loro effetti. Il primo elettroshock di questo nuovo ciclo le viene praticato il 23 maggio. Ne farà altri 11 in poco più di un mese. Il responso degli psichiatri sembra positivo: «*La paziente ha ultimato il ciclo di elettroshock terapia. Allo stadio attuale è lucida, ordinata, governabile, tranquilla*». Ma bastano pochi giorni perché tutto, ancora una volta, si rovesci: «*L'inferma attraversa uno stato di eccitamento con fenomeni impulsivi ed aggressivi. Vigilanza speciale. Inizia nuovo ciclo di elettroshockterapia*». Ancora legata a un letto, ancora due elettrodi sulla testa, ancora la corrente ad attraversare il cervello, ancora 12 elettroshock. L'estate sa essere crudele, quando a 15 anni entri in una clinica per le malattie nervose e mentali, dove il dolore è sempre qualcosa che non funziona nel cervello, quando a 18 anni resti chiusa nell'infermeria di un manicomio dove il dolore è sempre qualcosa che vogliono guarirti con l'elettricità nel cervello.

Così passa, per Nina, quest'estate del 1970, ma gli psichiatri devono ammettere il loro fallimento: «*L'inferma non ha tratto alcun giovamento in risposta all'elettroshockterapia*», e persistendo «*lo stato di agitazione con fenomeni impulsivi ed aggressivi*», viene trasferita alla VI sezione. Il passaggio da una sezione all'altra non è mai casuale. I reparti manicomiali sono un po' come i gironi infernali, divisi non per nosografia patologica, ma per tipologia di paziente: tranquilli, semitranquilli, agitati, fino ai luridi. Passare da un reparto all'altro dice quanto ti sei adattato alla vita dell'istituzione, se puoi conservare qualche margine di libertà e movimento, o, piuttosto, se devi avere sempre pezzi di stoffa a legare le braccia, a legare le gambe, a volte anche le ascelle alla spalliera del letto. La chiamano strozzina, se provi a muoverti ti stringe a soffocare.

Nella VI sezione, il 23 novembre, a Nina è praticato nuovamente l'elettroshock. Ma non è sufficiente, ai medici e neppure ai familiari, neppure alla madre. L'undici dicembre viene annotato «*La madre ha fatto domanda per ESK*». Viene accontentata tre giorni dopo, il 14 dicembre, poi ancora il 18 ed il 22. Si fermano perché Nina è indisposta, poi annotano «*È tranquilla e sufficientemente orientata*». Dal 23 maggio al 22 dicembre del 1970 Nina viene sottoposta a 28 elettroshock. Quaranta in totale da quando è entrata in manicomio. Nel 1970 Nina ha 19 anni, ha già subito più di 40 coma insulinici, decine di attacchi febbrili indotti e 40 elettroshock, insieme a dosi sempre maggiori di neurolettici. Non è guarita, migliorata per brevi periodi e solo se governabile. A nessuno è mai venuto in mente di correlare qualche sintomo alle terapie e all'ambiente. A nessuno è mai venuto in mente: è una ragazzina che si porta dentro un dolore.

A gennaio del 1971, *sufficientemente tranquilla*, viene trasferita alla terza sezione «*in cambio di A.C.*». Scrive proprio così lo psichiatra, e lo ripete anche il suo collega della terza sezione. "*in cambio di...*". I medici, nel manicomio, sembrano scambiarsi i ricoverati come figurine. E ogni

volta, con un nuovo medico, una nuova descrizione, e ogni volta si ripetono parole, diagnosi, giudizi, sempre le stesse, solo una piccola aggiunta, una nuova annotazione, che poi resta, che poi sarà riprodotta, come una verità da trascrivere, come un marchio da ricalcare. Il medico della III sezione è il primo a sentenziare: «*stolida nel contegno*». Il monitor mi mostra la parola sottolineata in rosso, come fosse un errore. Non riconosce un termine desueto, che sembra quasi abbellirne con eleganza il significato: sciocca, stupida, chi è o si mostra priva di intelligenza. Per motivarlo lo psichiatra aggiunge «*Passa dal canto al discorso incoerente e viceversa*». Poi, sul finire della pagina annota: «*tumefazioni alle mani*». Pugni morsicati e battuti contro un muro per dare un segno al dolore, per cercare qualcuno che si fermi ad ascoltarlo.

Stolida si fissa in tutte le pagine a seguire mentre Nina inizia a presentarsi con un altro nome, dice di essere nata in un altro posto. Per i medici «*non ammette di essere quella che è, è delirante, clamorosa, lurida*». Sì, Nina dal 1971 diventa pure *lurida*. E in manicomio è sempre anche un giudizio morale. Spesso ha a che fare con la sessualità, e appuntano «*presenta tendenze alla libidine*». A 20 anni, forse, sarebbe patologico il contrario, ma in quegli stanzoni governati dalle suore, è già peccato, è già malattia.

Le pagine successive ripetono manifestazioni e episodi di aggressività, sottolineati con un'*ALTA SORVEGLIANZA!* scritta sempre più grande ed esclamata. Il gergo medico si mescola a quello carcerario e gli soccombe. Anche i tentativi di «*agganciarla alla psicoterapia*» falliscono, pure «*sottoponendola ad alte dosi di neurolettici*». Nina, si riferisce, «*è spesso rifiutata dai gruppi delle altre internate*», e come una pallina da flipper continua ad essere trasferita da un reparto all'altro. Torna alla VI sezione, iniziano anche l'ipnoterapia, ma la devono sospendere presto: ha attacchi febbrili sempre più alti, si accentua la disidratazione, il test di Widal è positivo. Ha febbri tifoidee causate da Salmonella. È trasferita in isolamento in infermeria, inizia il trattamento con chemicetina, si attende il vaccino. Nina resta 3 mesi in infermeria, poi torna in reparto «*molto deperita e astenica, oligoemica*». È fortemente debilitata, priva di forze, con una massa sanguigna circolante diminuita.

Ma Nina è tenace, non si arrende e, seppure persiste l'oligoemia, lentamente, le condizioni fisiche generali migliorano. Non così quelle psichiche. È sempre *impulsiva e aggressiva*, a settembre del 1971 annotano «*ha rotto un vetro della porta d'ingresso*». È insonne, mangia poco. Riprendono l'ipnoterapia e l'associano alla *Faseina*, ancora un neurolettico di prima generazione, già in progressivo disuso in quegli anni a causa dei gravi effetti collaterali. Ma a Nina lo prescrivono in alto dosaggio, sei fiale al giorno, due la mattina, due il pomeriggio, due la sera. I principi attivi della *Faseina* sono reserpina e orfenadrina, è un antipsicotico che agisce sull'acetilcolina, un neurotrasmettitore del sistema centrale e periferico, ha forti effetti anticolinergici, provoca, tra l'altro, offuscamento della visione, secchezza del cavo orale, sedazione, confusione, stipsi. Ma anche irrequietezza, agitazione, insonnia, allucinazioni, confusione mentale. Diventa il farmaco prevalente della terapia di Nina tra il 1971 e il 1973 quando poi sarà sostituita da un altro antipsicotico, il *Moditen depot*, cui assoceranno *Melleril e Largactil*.

In tutti questi anni il quadro clinico resta sostanzialmente invariato. Gli psichiatri non possono fare a meno di annotarlo in quella descrizione che la fa sempre *stolida, incoerente, eccitabile, insonne con crisi d'ansia, con un tono dell'umore variabile e continui impulsi aggressivi*. C'è anche un'altra aggressione ad una ricoverata nell'agosto del 1972. E poi ci sono le allucinazioni, soprattutto quelle uditive «*che la ricoverata riferisce tranquillamente riconoscendole come tali, senza reagirvi e senza ansia*», scrive nel settembre del 1974 lo psichiatra.

E in fondo, sullo sfondo, uno stato di tristezza, di amarezza, che pure i medici non possono fare a meno di evidenziare: *«Stolida, indifferente, ma a tratti va incontro a turbe di clamorosit  e di incoerenza. Canta, ma non   allegra; evidenzia in effetti una amarezza profonda»*. Evidenzia in effetti un'amarezza profonda, cos  scrive lo psichiatra e allora pensi che qualcuno ha iniziato a sentire il suo dolore. E invece   solo un'altra formula, per dire ancora della sua patologia *«Ride immotivatamente, dimostra un evidente quadro dissociativo,   dissociata, sub confusa»*.

Tra le fine del 1974 e l'inizio del 1975 si ripetono pi  volte episodi aggressivi verso altre pazienti, il suo fisico   provato, anche un eczema infetto, alterna momenti di calma ad altri di irrequietezza, come sempre da quando   in manicomio. E come sempre   insonne. Poi, il 31 marzo. Poi una nota pi  lunga. *«Viene riferito e risulta dal registro un intervento del medico di guardia Prof. G.M. che ieri alle ore 20, nel dormitorio, la ricoverata C. ha aggredito con la pantofola in uso nell'ospedale la ricoverata Nina. La ricoverata ha poi dormito dopo essersi riconciliata con la C. Alle ore 23,30 Nina ha emesso un gemito andando rapidamente in coma, stato in cui l'ha riscontrata il sanitario di guardia che ha praticato massaggio cardiaco e respirazione artificiale, mentre la paziente cessava di vivere alle ore 00,15»*.

Il linguaggio freddo non pu  celare 4 ore di agonia, senza che nessuno se ne accorga, senza che nessuno, ancora una volta, si prenda carico del suo dolore. Certificati e relazioni inviate alla procura diranno che le infermiere presenti erano accorse al suo *«grido improvviso»*, trovandola *«in condizioni gravissime con cianosi diffusa al viso e alle labbra»*, le avevano praticato i primi soccorsi e chiamato d'urgenza il medico di guardia. Questi, poi, ispezionando la salma confermer  di non aver trovato altre lesioni al cranio oltre le escoriazioni alla fronte e al dorso del naso provocate dalle lite. Nina muore cos .

Nina muore cos , a 24 anni, nella notte tra il 30 e il 31 marzo del 1975, la notte tra una domenica e un luned , per i cattolici una ricorrenza importante, per tutti un periodo di festa, tra la domenica di Pasqua e il luned  in Albis. E mentre il figlio di Dio risorge dal sepolcro, una povera crista muore crocifissa ad un letto di un manicomio. C'  entrata a 16 anni Nina, negli ultimi 8 anni della sua vita ha trascorso 8 giorni a casa e 2812 giorni in manicomio, 8 giorni a casa durante 8 anni in manicomio.

Per Nina non ci sar  giustizia, per Nina non avranno piet . La procura avvier  un'inchiesta per accertare eventuali negligenze nei soccorsi. Non arriver  mai a processo. Sulla scheda dell'Istituto di Statistica, nello spazio per la causa iniziale di morte sar  segnato *“sindrome dissociativa”*. Come fosse stata la follia, non certo l'internamento, a portare al trauma cranico, all'arresto cardiocircolatorio (la solita causa di decesso manicomiali). L'assicurazione rifiuter  la richiesta di risarcimento del manicomio scrivendo: *«Con riferimento al danno a margine, Vi comunichiamo, seppure spiacenti, che lo stesso non pu  essere da noi accolto a risarcimento in quanto la rata di premio relativa alla polizza n. [...] non risulta pagata»*. Il direttore la inoltra alla Provincia accompagnandola con una sua nota: *«si trasmette l'allegata nota delle Assicurazioni con la quale si declina il risarcimento danni per l'infortunio subito dall'inferma in oggetto in data 30/3/75 non essendo stata pagata la relativa rata di premio»*. E la morte di una ragazza di 24 anni, per il direttore del manicomio, diventa *«l'infortunio subito dall'inferma in oggetto»* per la quale hanno pure scordato di pagare la rata dell'assicurazione. E la morte di una ragazza di 24 anni, per il quotidiano locale, diventa un titolo da prima pagina: *«Colpita alla testa, muore una pazza»*. *Muore una pazza*, il titolo   gi  giudizio e classificazione, nell'articolo la descrivono come particolarmente aggressiva. E a nessuno   mai venuto in mente: Nina era una ragazzina che si portava dentro un dolore.

Sono inciampato in questa storia per caso, sfogliando vecchi giornali ingialliti per una ricerca che sto portando avanti con Dario. Ho letto quel titolo infame, *“colpita alla testa, muore una pazza”*, ho letto di una ragazza morta a 24 anni in manicomio. Ci sono inciampato per caso... come quando cadi e ti sbucci un ginocchio, provando inutilmente a lenire il bruciore con un po' di saliva... così per portare inutilmente sollievo a un'amarezza, ho cercato la sua storia. Ma ho trovato solo una storia clinica, così la chiamano, e lo so, lo so, la storia di una ragazza non può stare tutta qui. Vorrei ce ne fosse stata un'altra da poter raccontare. Ma non è stato così.

Perché scriverla, allora? Simmaco mi dice sempre che De Andrè scrisse la *“Canzone di Marinella”* dopo aver letto su un giornale della morte di una prostituta. Per restituirle nella morte una goccia di splendore. Io non possiedo quella poesia, e non so scrivere una smisurata preghiera. Però questa storia s'è cucita addosso, come un dolore, sulla carne, nei pensieri, s'è impastata di notte alla saliva, e la necessità di scriverla, il dovere di farlo, è forse solo un tentativo di *“riconciliarmi con il mio sacro poco”* (PPP)

Potessi almeno sapere cosa piaceva a Nina cantare.