

Franco Basaglia

LA VOCAZIONE TERAPEUTICA

Per un'analisi critica della “via italiana” alla riforma psichiatrica (1950 – 1978)

Con una Postfazione di Giovanna Gallio(1)

1. Dal laboratorio dei poveri al registro della povertà

La legge 180 del maggio 1978 sancisce, con un ritardo storico considerevole, “l'aggiornamento” all'Europa dell'assistenza psichiatrica italiana. Ciò accade paradossalmente in una fase in cui i modelli organizzativi, nati in Francia e in Inghilterra dai movimenti riformatori del dopo-guerra, segnano il passo: sono visibilmente in crisi di prospettive e cercano con logiche diverse, al riparo del corpo medico, riaggiustamenti normativi, nuove tutele professionali.

Né la rigenerazione psicanalitica, né la creazione di nuovi servizi attorno agli ospedali hanno sottratto la psichiatria pubblica europea a processi di crescente dequalificazione, all'invadenza crescente del mercato privato, alla critica e denuncia delle pratiche di internamento. L'ottimismo della cura, dominante fino alla metà degli anni '60, si è da tempo incrinato di fronte all'evidente impossibilità di concepire il trattamento negli ospedali psichiatrici come “un trattamento a termine”, e di considerare la malattia mentale come uno stato patologico circoscrivibile e affrontabile – alla stregua delle altre malattie – coi rimedi e le nostre procedure della medicina.

La cronicizzazione del malato è un male incurabile dell'istituzione psichiatrica. D'altra parte la centralità dispotica ed esosa degli O.P. ha conferito, alle strutture territoriali, il carattere periferico di mere appendici che – in quanto tali – si mostrano del tutto impotenti a contrastare la logica del ricovero, perseguendo obiettivi e finalità per cui sono state create. Conseguenze principali dei nuovi assetti, dopo le riforme degli anni '50 e '60, sono il diffondersi di criteri selettivi della domanda psichiatrica e, parallelamente, l'aumento quantitativo dell'utenza. Effetti, cioè, di psichiatrizzazione indiscriminata del disagio e della sofferenza psichica, con l'instaurarsi di percorsi caratterizzati da rigidità e automatismi in cui sono prevedibili i passaggi che condurranno i pazienti “gravi” all'internamento manicomiale.

Tra pratiche di sequestro della persona nell'internamento e nuove forme di conservazione del malato in un circuito di dipendenze istituzionali, la psichiatria nei paesi europei continua ad essere regolata da uno statuto spurio, a un tempo medico e di ordine pubblico. Nonostante l'ampliarsi dei suoi terreni di competenza e d'intervento, non ha perseguito in alcun modo negli ultimi vent'anni (se non forse nel gioco degli specchi che si è inventata) gli obiettivi che si era proposta al momento della sua conversione al sociale e al sapere della relazione. È rimasta infatti subalterna alla medicina nelle sue procedure di organizzazione clinica; non ha spostato di molto i criteri della pericolosità mentale del paziente, continuando nel suo ruolo tradizionale di dispensatrice di sanzioni dei comportamenti devianti. Se e quando si è sottratta alla passiva legittimazione di procedure espulsive, si è esposta ad altre forme di cooptazione nei sistemi di selezione e difesa sociale.

Se si guarda agli scenari attuali dell'Europa (ma anche degli Stati Uniti, dove più esteso e massiccio è stato il processo di deistituzionalizzazione) si potrebbe dire che la psichiatria del nostro secolo ha semplicemente convertito quello che era il suo laboratorio dei poveri nel registro delle povertà. In tale registro tutti coloro che un tempo erano oggetto dello sguardo medico, dello sperimentalismo elettrico e fisico, sono oggi amministrati e indicizzati; - soggetti (come ci ha riferito Castel nel suo ultimo libro) a una originale e produttiva disattenzione, a un abbandono ancora più radicale, a una nuova forma di oblio. Riciclati, come vuoti a perdere, nella fabbrica sociale.

2. La conversione della psichiatria al sociale

Eppure i presupposti dei movimenti riformatori, che hanno dato luogo al National Act (1959) in Inghilterra e alla politica del settore in Francia (1960), affidavano a un progetto globale, di cambiamento dell'organizzazione sociale, i nuovi criteri della "disalienazione": riportare il malato nella comunità, nel contesto delle relazioni eziologicamente fondanti la sua sofferenza e il suo disadattamento; in qualche modo far parlare, attraverso la patologia dei rapporti, la patologia dell'organizzazione sociale.

È stato nel corso della grande guerra e subito dopo, quando la guerra è finita, che è venuta a maturazione una nuova prospettiva. Essa nasceva dalla crisi di un'utopia, quella dell'isolamento terapeutico, sulle cui basi erano stati formulati – alla fine del XVIII sec. – i principi del "trattamento morale" e su cui, in seguito, si era consolidato il paradigma psichiatrico ottocentesco che poneva nei limiti del soma la definizione della malattia e la ricerca dei suoi rimedi.

Fino alla prima metà dell'800 definire la malattia voleva dire infatti, anche per la medicina, non tanto guarirla ma organizzarne i limiti – insorgenza, manifestazioni sintomatiche, decorso e fine – in quanto limiti organici. Il problema non era tanto approntare dei rimedi contro la morte, ma vincerla subito la minaccia esorcizzandola nella vita del sano. Il che era possibile conferendo al malato uno statuto d'eccezione rispetto al sano: una "biologia seconda" che riflette, rovesciandola, la prima. Lo sviluppo successivo, emblematicamente segnato tra la seconda metà del XIX sec. e gli inizi del XX dalla lotta alle malattie contagiose, fa scoprire alla medicina moderna una nuova vocazione organizzativa all'insegna del darwinismo sociale imperante. Nella nuova prospettiva che si apre, quella dell'igiene sociale, vengono elaborati modelli d'intervento medico che, mentre trasformano il soma in un luogo dove transitano i germi, definiscono la persona malata a partire dal suo patrimonio genetico e legano la cura alle informazioni che tale patrimonio è in grado di fornire, in un rapporto che si comincia a stabilire fra il soma e le modificazioni dell'ambiente. Ne deriva anche una constatazione d'ora in poi elementare: la lotta contro la morte non può essere sostenuta solo da rimedi organici, ma è resa possibile da una trasformazione dell'organizzazione medica nel sociale.

Non è per nulla singolare dunque che agli inizi del XX sec., proprio quando gli organicisti sembrano aver raggiunto con Kraepelin la faticosa omologazione con la medicina, la psichiatria – che della medicina è la tradizionale Cenerentola – scopra di essere ancora una volta in ritardo, rimasta di nuovo indietro. La sua attrezzatura è inservibile di fronte ai nuovi problemi che le vengono posti: non solo le terapie atrocizzano il corpo malato, ma la guarigione che dovrebbero postulare è improbabile, impossibile. È su questa non-autentica vocazione alla guarigione che viene ancora una volta messa in discussione l'appartenenza della psichiatria all'alveo delle scienze mediche.

Dalle nuove pretese che la incalzano, la psichiatria è obbligata a rivedere da capo il bagaglio delle sue definizioni patologiche e lo fa abbandonando i limiti del soma. Ricorrendo sempre più ad altri saperi – la psicologia, la psicanalisi, la sociologia – da cui derivano rispettivamente nuove teorie dell'apprendimento, una nuova concezione della patologia sociale e una ricca elaborazione di modelli d'organizzazione istituzionale.

Tuttavia, la conversione della psichiatria al sociale e ai rapporti, nella prima metà del XX sec., non è una conversione "rapporto sociale": non è, cioè, un rivolgere domande autentiche allo statuto del suo oggetto, alla provenienza e al destino del malato. È invece il porre al centro delle analisi e delle strategie il rapporto curante/curato, con il parallelo instaurarsi di nuove simmetrie tra universo della malattia e della cura, tra società patogena e rimedi socializzanti.

Si continua nelle regole precedenti del mimo. Così come prima, nello spazio recluso e segregato dei manicomi, si mimavano le regole della vita collettiva ridotta a miniatura, a microcosmo istituzionale, ora si mima il rapporto sociale nella relazione terapeutica. Il principio del premio-castigo è dirottato e sottoposto a prove più dinamiche, applicato su tempi più veloci a strategie collettive dove, finalmente, il malato parla. Infatti la sua partecipazione diviene adesso desiderabile, come prima il suo silenzio, mentre si attivano e si mobilitano le risorse complessive dell'istituzione.

Benché con diverse oscillazioni la società della guerra con la sua organizzazione della morte, abbia allargato per la psichiatria le possibilità di un autoriflessione critica sul proprio sapere e sulla propria organizzazione istituzionale, l'azzeramento delle certezze precedenti, che agli inizi pare tanto rilevante, sarà ben presto riempito di nuove ideologie della cura. In questa ricerca, e sforzo di modernizzazione, la psichiatria resta sospesa tra behaviorismo e psicoanalisi: il primo come immissione di nuovi modelli di apprendimento e comportamento fondati sul condizionamento attivo, desunti da un terreno di sperimentazione altro, quello dell'organizzazione tayloristica del lavoro; la seconda come enfasi posta sull'assenza di limiti fra il normale e il patologico, e come nuova astrazione della sofferenza psichica intesa come generale malattia dei rapporti. Inoltre, ricollocando al centro delle sue strategie istituzionali il rapporto terapeutico, la psichiatria moderna tratta il mondo disgregato del dopoguerra come un mondo di positiva ricostruzione, un rifare le cose dal

principio, quasi dal nulla. È un'effervescenza che la psichiatria europea degli anni '50 condivide con altre discipline all'insegna di una nuova imprenditorialità nel sociale e nei modelli assistenziali. Le mutazioni antropologiche, i resti del vecchio mondo perduto, le nuove classi operaie emergenti, il "tutto da rifare" autorizzano la psichiatria a farsi management. In questo periodo di artifici (demografici, antropologici, sociologici, topografici etc.) la cosiddetta comunità in cui reinserire il malato è ormai un'invenzione amministrativa: non è più data in sé e va ricostruita, come in essa va ricostruita l'identità di un malato escluso, incapace di vivere, invalidato nei rapporti.

3. Lo stolido silenzio della psichiatria italiana degli anni '50

Il progetto di conversione al sociale – il rintracciare tutte le corrispondenze fra la "disalienazione del malato" e la "disalienazione sociale" – è la grande utopia terapeutica della psichiatria avanzata del dopoguerra in Francia. Qui, molto più che in Inghilterra, il movimento di riforma investe l'intera psichiatria pubblica dotata di massicce strutture asilari: strutture difficilmente attaccabili e insieme depositarie di tutto il carico, altrove più frammentato, e di tutte le risorse necessarie alla spinta riformatrice.

Non vi sono molte analogie possibili, tra lo scenario psichiatrico italiano e quello francese, se non in questo disporre di ospedali psichiatrici segregativi e concentrazionari come punto di partenza: in questo aver ereditato dal secolo precedente strutture implacabili e una figura professionale in essi inclusa, destinata a salvarsi solo a patto di diventare a un tempo tragica e - come diceva Bonnafè – donchisciottesca.

C'è forse un'altra analogia. Con una sfasatura storica di quasi vent'anni il movimento italiano di riforma avrà, come quello francese del dopoguerra, la forza dell'indignazione e l'unità della denuncia. Ma proprio in ragione di questo ritardo, e per le relative differenze che la questione psichiatrica incontrerà nella società civile (per i problemi sociali che interpreta e per le contraddizioni che suscita) sarà, quella italiana, un'indignazione destinata a durare a lungo.

È una storia ancora da scrivere, quella che possa raccontare perché e come l'universo psichiatrico in Italia sia stato per decenni stolidamente consegnato al silenzio della sua routine, mentre in Europa si elaboravano principi e criteri di riforma dell'assistenza psichiatrica sfruttando la forza di alcune esperienze esemplari. I differenti assetti legislativi e amministrativi, un diverso rapporto tra le corporazioni professionali e lo Stato non sembrano sufficienti a spiegare questa lunga inerzia che è, in primo luogo, inerzia della miseria dell'Italia del dopoguerra. Una miseria statica, quella consegnata ai manicomi, di cui gli psichiatri sono funzionari senza contraddizioni.

La povertà di ampi strati popolari, devastati dalla guerra, si distingue nelle condizioni materiali da quella miseria solo per il diritto al lavoro, che diventerà tuttavia ben presto una nuova forma di disciplina sociale e di obbedienza al mercato imprenditoriale. Emigrazioni forzate, e di massa, dal sud al nord (e dalle campagne del nord alle città del nord) vanno di pari passo con l'estendersi endemico di tutele assistenziali filtrate dalla complessa organizzazione cattolica.

Alla fine del periodo fascista e di una guerra rovinosa, lo psichiatra italiano, a differenza di quello francese, è difficilmente associabile a un progetto di ripresa nazionale. Il paese reale è spaccato in due parti, lo stato debole e autoritario, le forme della lotta sociale represses in rivolta. Gli intellettuali, quelli che hanno combattuto nella resistenza, sono rimessi nelle secche degli ordini professionali, ricondotti al silenzio dal clima persecutorio della guerra fredda.

In generale la società civile, profondamente segnata dall'architettura fascista nel corso del ventennio, continua ad esibire per tutti gli anni '50 la tetraggine e la piatezza di una filosofia dell'ordine, ipotecato per giunta dal salvatore USA. In questo contesto gli ospedali psichiatrici non sono oggetto né di investimenti privilegiati, né di particolari attenzioni da parte dell'opinione pubblica: essi semplicemente funzionano, come cattedrali invisibili e luoghi di perdizione.

Per gli psichiatri, il mantenimento della logica positivista seguita a rappresentare una razionalizzazione soddisfacente dello status quo. Le classificazioni nosografiche rigorosamente cifrate, l'attrezzatura terapeutico-riabilitativa di stampo organicista non cessano di alimentare un apparato di conoscenze empiriche giudicato tutto sommato avanzato, scientificamente dignitoso. Lo scetticismo della cura continua a trovare il proprio supporto nelle teorie di Lombroso, mentre la psicologia e la psicoanalisi, agli albori della loro penetrazione in Italia, sono presenti come informazione di sfondo nelle riviste psichiatriche. Là dove – se si va a sfogliare – esse occupano lo spazio delle ultime pagine, alla stregua di recensioni cinematografiche o di spettacoli destinati a dare, al lettore, l'emozione di una cultura un po' proibita e la rassicurazione di farne la conoscenza in una certa distanza.

È solo nelle cliniche neurologiche delle Università che il confronto quotidiano con la medicina stimola gli psichiatri alla ricerca di novità e di espedienti organizzativi per la riqualificazione professionale e clinica. Benché il fine sia, il più delle volte, l'aumento dei proventi economici, il dinamismo delle strutture di formazione lascia penetrare all'interno della cultura psichiatrica i saperi e le esperienze d'oltralpe.

È qui che, verso la metà degli anni '50 e totalmente al di fuori degli spazi manicomiali, emergono tentativi parziali di innesto sulla vecchia psicopatologia di schemi di derivazione fenomenologica e antropofenomenologica. I risultati di questa fase diventeranno evidenti molti anni dopo, quando alcuni psichiatri formati a queste scuole sceglieranno di lavorare nei manicomi. Ma nelle Università, e in quegli anni, tali saperi rimangono rinchiusi, separati in questo microsistema che non è in grado di sperimentare realmente nuovi modelli di assistenza psichiatrica. E che, d'altra parte, si guarda bene dall'esercitare una critica significativa ai manicomi. Il riciclaggio della formazione psichiatrica, attraverso l'importazione di nuovi approcci al disagio psichico, sovverte in parte l'organicismo, ma permane astratta e avulsa da qualsiasi terreno di applicazione.

4. La penetrazione in Italia del modello francese del settore e della comunità terapeutica

Gli anni '50 si aprono col dibattito parlamentare di una legge che ordina la chiusura delle case di tolleranza all'insegna di una nuova moralità pubblica. La data è importante: le querelles tra la sinistra che promuove la legge, e la destra che vi si oppone – in nome di diversi e speculari principi di igiene, moralità e tutela della donna – potrebbero essere utilmente confrontate con quelle attuali sulla chiusura dei manicomi e la liberazione del malato di mente.

Un parallelismo in effetti si può stabilire, di analogie e di metafore utilizzate nell'argomentare la liberazione delle prostitute e quelle dei "matti". La liberazione delle prostitute dalle loro case coincide col riconoscimento pubblico del "farsi generale della prostituzione". Le malattie veneree perderanno i loro focolai primordiali: il rischio della loro esportazione è un rischio da correre, poiché il germe sarà contenuto e ucciso (oltre che dai farmaci) per il fatto stesso che si diffonderà e si disperderà nel sociale. Tuttavia, al di là dei principi e delle ideologie che la giustificano o vi si oppongono, in gioco è la novità dei rapporti sociali emancipati, resi dinamici dalla nuova organizzazione sociale e produttiva.

Nella seconda metà degli anni '50 penetrano in Italia il modello della socioterapia anglosassone e quello francese del settore. Il carattere concreto e molto pragmatico della comunità terapeutica sembra richiedere solo uno sforzo di applicazione – e in quanto tale esso appare un metodo accessibile, immediatamente utile a trasformare l'organizzazione della vita quotidiana dei ricoverati. Viceversa, il modello del settore si presenta complicato nei principi; al tempo stesso è vago e impreciso nelle strategie, autorizzando ben presto, nella realtà italiana, un suo uso tutto ideologico, di astratto riferimento a criteri di decentramento che, peraltro, nessuna legge in Italia autorizza.

Mentre per la comunità terapeutica si tratta di mobilitare le risorse dell'istituzione manicomiale, mettendone in discussione regole e procedure in un'impresa tutt'altro che facile, e tuttavia praticabile dal potere medico, per la strategia del settore si sarebbe costretti a puntare su improbabili cambiamenti programmatici, amministrativi e legislativi, in una sfida di lungo periodo a sostenere la quale non esistono né premesse credibili, né modelli consolidati.

È singolare che, nonostante ciò, la diffusione in Italia dell'ideologia del settore abbia avuto una risonanza molto più ampia e d'effetto di quanto non sia accaduto per la comunità terapeutica. Singolarità retorica: l'ideologia del settore consente, nella genericità della nozione, un uso un po' indiscriminato dei suoi contenuti di riferimento. Lascia immaginare l'attivazione di un rapporto dentro/fuori l'istituzione psichiatrica che, raramente preso alla lettera come urgenza e possibilità reale di applicazione, viene propagandato come una delle modalità evolutive, di naturale sbocco e sviluppo dell'organizzazione psichiatrica. La messa in forma del suo futuro più o meno remoto.

5. La vulgata del settore in Italia

La comunità terapeutica (applicata a Gorizia in forma ampia e sistematica per quasi un decennio, fino a giungere alla soluzione critica dei suoi presupposti terapeutici) consente un investimento reale di energie e di risorse nel rapporto col malato, un'analisi dettagliata e minuziosa dell'istituzione. Viceversa, la parola d'ordine del settore non solo non apre spiragli di sorta nell'organizzazione manicomiale, ma poggia in pieno

sulla valorizzazione dell'O.P. in quanto istituzione fondamentale buona e necessaria, e quindi sul suo riciclaggio e sulla sua modernizzazione. I criteri, a parole, sono quelli dell'aggiornamento a un sistema ospedaliero pulito, igienico, dinamico; in grado di esibire una gamma di strutture preventive e riabilitative che gravitano attorno all'ospedale psichiatrico il quale conserva in tal modo un'indiscussa centralità.

Proprio questo elemento, garante di una continuità indolore e poco costosa, farà sì che l'ideologia del settore divenga ben presto – nella sua vulgata – la logica del ricambio organizzativo, in un suo un po' spregiudicato della crisi latente e patente degli ospedali psichiatrici. All'insegna talvolta di un conservatorismo bieco, tal altra di un riformismo di maniera.

È dunque attorno a questi punti che è possibile trovare delle spiegazioni alle vicende – e al successo – del settore in Italia. La sua introduzione è strettamente intrecciata al ritardo culturale della psichiatria italiana, come importazione di un modello organizzativo totalmente estraneo alla sua tradizione asilare. Che per di più non trova, neppure all'esterno dell'O.P. e analogamente a quel che accadeva in Francia, prototipi o sostegni organizzativi derivati dalla medicina sociale. D'altra parte l'adozione "teorica" di questo modello non obbliga lo psichiatra italiano a sostenere un processo di profonda trasformazione del rapporto tra il malato di mente e la società; né coinvolge in un dibattito pubblico approfondito la questione legislativa o l'assetto amministrativo e istituzionale dell'ospedale psichiatrico.

Se ne ha la riprova nel dibattito, là dove il carattere per così dire "coloniale" delle strategie terapeutiche connesse al settore (i famosi principi di unità della "prevenzione, cura e post-cura" fra manicomio e territorio) non viene esplicitato sotto forma di coscienza della propria arretratezza e della propria crisi. Né tanto meno si sviluppa un'analisi critica dei modelli importati. Questa tentazione sembra del tutto assente in chi è responsabile degli O.P., mentre nel corso degli anni '60 si acutizza in forma estrema la rigidità e la violenza del sistema manicomiale, che svela il carattere artificioso dei tentativi di modernizzazione quale mera sovrapposizione di etichette al trattamento.

Diventa anche evidente in questi anni l'incapacità e non volontà generale degli psichiatri ad usare le strettoie, i piccoli spazi d'azione negli interstizi pur tuttavia esistenti nelle procedure amministrative e nelle norme legislative, al fine di promuovere movimenti di trasformazione e riforma degli ospedali.

Nei rari casi in cui si va oltre la definizione di facciata, i tentativi di applicazione del settore si scontrano con amministrazioni locali che pongono il veto e non reggono, alla prova dei fatti, l'iniziale concessione di margini di manovra (così è dell'esperienza del settore di Varese).

6. I risvolti deboli del "settore amministrativo" degli anni '60

Gli anni '60, di cui si parla, sono percorsi da programmi e intenzioni di riforma che stentano a diventare progetti legislativi, in grado di andare al di là di correzioni solo nominali degli arbitri più vistosi della legge del 1904. Al massimo si punta a istituire un O.P. per ogni provincia onde evitare l'immondo commercio di malati che, dalle istituzioni religiose a quelle semi-pubbliche alle pubbliche, attraversa il territorio nazionale. La coscienza che qualcosa stia cambiando è diffusa tra gli psichiatri: il loro consenso alla proposta di una psichiatria sociale non trova peraltro riscontro alcuno in iniziative pratiche a carattere sistematico. E tanto più prolisse risultano le dichiarazioni ad ogni congresso, degli aggiornamenti in atto nei manicomi dopo che il malato, con l'introduzione degli psicofarmaci, "parla".

L'incapacità dello Stato a conciliare interessi vecchi e nuovi, - a rimuovere, nelle sue articolazioni, un immobilismo reso ancora più acuto dall'ingresso nel governo del Partito Socialista, fa alimentare fenomeni involutivi nelle istituzioni. Il tessuto sociale è infatti, nel frattempo, profondamente mutato e i poteri amministrativi locali – specie quelli delle regioni amministrate dal Partito Comunista e quelli più dinamici del nord – cercano strumenti legislativi e risorse economiche rigidamente vincolati alla centralità dello Stato di Roma. Gli uni (gli amministratori comunisti), per sviluppare compiutamente un modello di gestione della cosa pubblica che deve continuare a reggere la sfida del consenso popolare; gli altri, perché incalzati dall'organizzazione tumultuosa delle città industriali con un bisogno improrogabile di servizi sociali e sanitari assenti.

Quando, nella seconda metà degli anni '60, la ristrutturazione dell'assistenza sanitaria, la costituzione di équipe medico-psico-pedagogiche e il problema più generale della salute mentale cominceranno ad essere tematizzati e discussi, entrando nel circolo della programmazione, l'ideologia del settore si svelerà del tutto come pura fascinazione gergale e lessicale. Quando si tratta di passare alla pratica, il carattere spurio dei riferimenti del settore non offre supporti di alcun genere per combinare diverse istanze e differenti intenzioni, nel dirimere i conflitti e nello stabilire le regole comuni del linguaggio da adottare.

La non volontà o l'incapacità degli psichiatri ad andare al di là delle parole, le loro resistenze ad abbandonare le roccaforti manicomiali diventeranno degli ostacoli insormontabili soprattutto nelle realtà locali governate da amministrazioni realmente interessate al cambiamento. In molti casi sono proprio i politici a intervenire d'autorità, là dove il più debole, per diversi motivi, si presenta il potere psichiatrico. Allora la parola d'ordine di una riforma "settoriale" della psichiatria passa talvolta direttamente in mano agli amministratori, i quali decideranno forme di decentramento di servizi e nuove topografie comunque destinate, in seguito, a condizionare e ad ostacolare gli sviluppi futuri dell'organizzazione psichiatrica in relazione al mantenimento degli O.P..

In questi risvolti deboli del "settore amministrativo" (Firenze, Torino, Milano) accadrà infatti su piccola scala in Italia quello che pare essere, anche in Francia, uno dei problemi principali di questa politica: il carattere forzoso delle sue procedure d'autorità (prima di tutto amministrative), le quali finiscono col far prevalere – sotto forma di risposte astratte a bisogni che tali forse non sarebbero all'origine – una logica di ammodernamento tecnologico. I bisogni della popolazione vengono, in queste procedure, interpretati in chiave di governabilità: adattati a modelli e a tecniche di governo secondo una logica calata dall'alto che prescinde completamente, ed anzi accuratamente evita, la critica pratica delle istituzioni esistenti e il coinvolgimento dei soggetti interessati alla trasformazione.

È una logica che muove, in definitiva, da intenti correttivi di un sistema sanitario e assistenziale di cui si è incapaci di promuovere l'autentica trasformazione, nella riconversione delle risorse esistenti. Nel suo procedere per aggiunte e addizioni di nuovi servizi, non risolve i problemi precedenti ma ne aggiunge semplicemente di nuovi, innescando effetti perversi di selezione e incomunicabilità tra circuiti assistenziali separati.

7. L'esperienza di Gorizia

Solo Gorizia esprime, dopo anni di lavoro silenzioso, un modello credibile di trasformazione del manicomio. Dimostrando la pratica applicabilità della socioterapia di derivazione anglosassone, ne svela al tempo stesso i limiti e ne critica i presupposti, rovesciando una posizione di tradizionale subalternità della psichiatria italiana ai modelli terapeutici europei.

La forza di Gorizia consiste, in primo luogo, nella visibilità dei risultati e nella costanza di una pratica critica sviluppata lungo quasi un decennio. La quantità di significati e implicazioni che porranno questa esperienza al centro del nascente movimento nazionale, le derivano da una serie di convergenze nella società civile e nelle lotte istituzionali e operaie alla fine degli anni '60.

Non c'è dubbio infatti che Gorizia abbia parlato molti linguaggi, consentendo di liberare altrettante alleanze in quella parte della società che esigeva dei cambiamenti: - la critica del manicomio come "istituzione totale"; - la critica del modello della malattia, intesa come statuto e come organizzazione clinica che, in quanto tale, parla meno del malato e più del potere che si esercita su di lui; - il rendere esplicite le connivenze esistenti tra il sapere e "l'ordine psichiatrico" con le regole dell'organizzazione sociale generale e con le pratiche espulsive, di controllo dei comportamenti devianti.

Il modello della comunità terapeutica è stato interpretato e agito alla lettera, come una pragmatica che modificava completamente la vita quotidiana dell'istituzione, scomponendone le leggi interne e svelando, con i mezzi della realtà, l'artificio del "doppio istituzionale". In questo sforzo, l'équipe che lavorava a Gorizia ha potuto sottrarsi alle ideologie di modernizzazione della psichiatria nel sociale, interrogando la collocazione speciale nel manicomio e lo statuto d'eccezione della psichiatria nell'alveo delle scienze mediche.

Nel corso della trasformazione e dall'interno dell'O.P., l'équipe goriziana ha teorizzato e praticato il rifiuto a indagare la malattia in sé, nello sguardo e nell'ascolto clinico, per sviluppare un altro sapere, accessibile e generalizzabile, dell'organizzazione della malattia nel registro della realtà dei rapporti istituzionali. L'utopia della realtà è stata usata per contrastare le oscillazioni che inevitabilmente si producono in un processo di trasformazione istituzionale: tra chi sottostà all'inerzia dell'organizzazione della malattia e ne condivide, in ultima istanza, regole e procedure; a chi, sull'onda del cambiamento, rischia continuamente di cadere dall'altra parte, nei tranelli e negli auto-inganni del paternalismo terapeutico: la catena delle "dipendenze buone", tolleranza, seduzione, gratificazione e tutta la vasta gamma di effetti che si producono nella fascinazione istituzionale.

La "messa tra parentesi della malattia", questa ostinazione imputata al gruppo goriziano come radicalità distruttiva e che è stata in seguito più volte fraintesa (vuoi come negazione tout court della malattia, o come

una posizione di radicalità politica del corpo curante, giustificata dall'arretratezza della situazione psichiatrica italiana) era invece una faticosa astuzia che presupponeva un profondo sapere della malattia, e una consapevolezza altrettanto profonda delle sue costruzioni cliniche e istituzionali.

Analogamente a quanto è accaduto negli altri movimenti riformatori, anche qui veniva messo al centro della trasformazione istituzionale il rapporto curante-curato; tuttavia, con la "messa tra parentesi della malattia" si ponevano le condizioni, per così dire, di un transfert simultaneo e bifronte tra medico e paziente, che esplicitasse – in senso reale, non metaforico – i reciproci rapporti di potere. Se il malato era in qualche modo costretto a interagire e a partecipare all'organizzazione collettiva, lo psichiatra e l'infermiere dovevano a loro volta sottoporsi a una pedagogia del rischio, a una sfida autentica dei poteri dell'altro, a una concreta assunzione di responsabilità nel rapporto.

In tal modo la critica dell'autorità latente del medico, nella comunità terapeutica, si salda con l'attribuzione al paziente di una contrattualità che, nel chiuso del manicomio, è connessa al suo statuto di malato. La frode congenita, denunciata da Freud per l'isterico, si estende al terapeuta come colui che manipola l'arcano della malattia dirigendo la sua organizzazione, le regole della sua riproduzione. In questo senso il rapporto medico/paziente è denunciato come una forma di auto-inganno sistematico: i saperi in esso utilizzati sono messi a nudo, nel loro prestare coerenza a realtà incongruenti, nel rendere legittimo l'inaccettabile. L'attenzione viene focalizzata su tutto ciò che l'istituzione produce come stravolgimento, incrostazione "doppio" della malattia, per il fatto che il manicomio si fa carico in realtà di qualcos'altro le cui ragioni non stanno nella malattia.

In questo la lotta di Gorizia è radicale: non investe solo la psichiatria ma anche le istituzioni ad essa adiacenti e concomitanti come la medicina, la giustizia, l'assistenza. Non è una lotta contro l'arcaicità dell'istituzione, con la quale è stata spesso scambiata. Al contrario, essa è in grado di illuminare le forme di travestimento che l'impianto organicista subisce nella conversione dei saperi al sociale, e nelle nuove forme di esorcismo della domanda originaria della persona sofferente.

Alla domanda che cos'è la psichiatria, l'esperienza del movimento italiano che comincia con Gorizia risponde che, qualunque vocazione terapeutica (sia nell'enfasi posta sulle potenzialità terapeutiche dell'istituzione riformata, che nell'investimento del sociale e del territorio) condanna la psichiatria a ripetersi nel coltivare la stessa presunzione delle sue origini: quella di voler espellere dal suo ordine depurato, e dissimulare sotto forma di malattia, il carico di miseria e povertà che tradizionalmente le viene assegnato. Tale carico non rappresenta la sua cattiva eredità, il suo anacronismo, ma è la sua contraddizione, il suo oggetto sociale.

8. Il modello della prevenzione territoriale come mito tecnico di sinistra

Il gruppo di Gorizia riesce a cogliere molti consensi a livello nazionale e ad aggregare attorno alla propria pratica numerosi psichiatri, infermieri, nuovi operatori della salute e dell'assistenza, amministratori.

Tuttavia, la storia del movimento e dei processi locali di trasformazione che, alla fine degli anni '70, approderanno alla legge 180, è contrassegnata da molte difficoltà e rischi. Nell'aprirsi di nuove prospettive lo scontro fra coloro che sono motivati al cambiamento è segnato da crisi, verifiche, discussioni e autocritiche. Il nodo principale da sciogliere è come ripartire dal punto in cui Gorizia è rimasta e andare oltre, superando i limiti e gli ostacoli attorno ai quali quell'esperienza era entrata in crisi. Infatti, era stato evidente a Gorizia che l'apertura delle porte dell'O.P. non bastava ad abbattere lo spessore, materiale e simbolico, delle sue mura. E che, per quanto perfetto e compiuto fosse il percorso di riabilitazione dei pazienti, esso non costituiva di per sé garanzia di reinserimento sociale.

Occorre adesso inventare nuove strategie che, utilizzando le possibilità offerte dal recente emendamento della legge in tema di ricovero volontario (1968), possano fluidificare i rapporti dentro/fuori l'istituzione, abolire l'automatismo e la violenza del ricovero coatto, creare forme più immediate e intense di scambio e rapporto verso l'esterno. Poiché umanizzare l'istituzione manicomiale non basta, sarà ben presto evidente che occorre lavorare a soppiantarla e a sostituirla con un'organizzazione alternativa.

Difficile si presenta, subito dopo il '68 e agli inizi degli anni '70, in confronto con l'interlocutore più rappresentativo della classe operaia, il Partito Comunista. La sua strategia in questi anni punta in generale a una conversione dell'assistenza psichiatrica che, anziché penetrare nell'O.P. come nodo strategico di una possibile riforma, dovrebbe accerchiarlo dall'esterno con tutta una costellazione di servizi. L'attuazione di un decentramento di servizi nel territorio sembra essere anche la piattaforma rivendicativa del sindacato, il quale

si è enormemente rafforzato nelle fabbriche e la cui parola d'ordine è quella della "prevenzione sul territorio" (Convegno di Ariccia, 1969).

Apparentemente questa scala scaturisce per il PCI da esigenze amministrative del tutto plasmate sulle forme del consenso politico che gli sono proprie. Non bisogna dimenticare che questo partito era uscito rafforzato dalla guerra fredda solo a costo di creare, nelle regioni da lui amministrare, un modello di governo per così dire alternativo; uno "Stato buono e funzionante" dentro a uno "Stato cattivo e inefficiente". Il prezzo di questa tenuta era, in ogni caso, quello di misurarsi oculatamente col consenso di vari strati sociali nella complessa rete di alleanze attorno alla classe operaia. Il consenso per la liberazione dei malati di mente, e loro immissione nelle città, non poteva essere ottenuto facilmente dalla classe media e produttiva.

Tuttavia la questione è ancora più ampia e complicata. Investire l'O.P. di un processo radicale di trasformazione comportava rielaborare, in maniera unitaria, la politica della sanità e dell'assistenza, mettendo in discussione strutture corporative consolidate, inezie e interessi del mercato psichiatrico. La riforma psichiatrica infatti era, ed è, strettamente vincolata alla generale riforma sanitaria. Andare oltre l'O.P. significava andare verso gli Ospedali Generali: cattedrali non meno isolate, concentriche, clientelari.

D'altra parte, creare il consenso attorno al tema della salute mentale significava mettere in discussione le articolazioni stesse della vita quotidiana nella comunità e nelle famiglie, richiedere un cambiamento dei valori che orientano i modelli di comportamento e di adattamento alle esigenze produttive. Comportava, soprattutto, far affiorare le forme nascoste della sofferenza e della povertà dei territori: sottoporre ad analisi e critica l'organizzazione della società con le sue pratiche espulsive.

Quando negli anni successivi il PCI riconoscerà, almeno in parte, i limiti difensivi nella sua impostazione iniziale della questione psichiatrica, e il risultato fallimentare delle strategie di accerchiamento degli O.P. dall'esterno, riconoscerà altresì che a voler modificare l'organizzazione della salute senza percorrere e smontare la definizione positivista della malattia, significa esportare sul territorio le stesse logiche classificatorie e nominalistiche, illudendosi di cambiarle di sostanza una volta immesse nella "gestione operaia" e democratica delle istituzioni.

La politica del territorio del PCI dei primi anni '70, mentre cerca di mietere nuovi consensi non sfugge a ideologie radicali che le vengono prestate da giovani operatori, da intellettuali e tecnici di sinistra, le cui buone intenzioni di "mettersi al servizio delle masse" non mancano di presunzione quanto all'immaginare un cambiamento che prescindendo da tutta una serie di passaggi, di faticose mediazioni istituzionali, utilizzando un percorso alla rovescia, che parta dai territori per giungere alle istituzioni. Percorso che sarebbe autorizzato e reso possibile dalla forza del trascinarsi e della partecipazione collettiva.

Questi progetti, anche nutriti delle migliori intenzioni e di sforzi non indifferenti, svelano una velleità sostanziale quanto al portare l'attacco alla fortezza manicomiale. Anziché al servizio delle masse, questi tecnici si trovano ben presto in balia di committenze che sono di per sé fragili, esposte a ricatti e destinate a loro volta per definizione, a ricattare chi ne dipenda in maniera così diretta.

9. L'esperienza di Reggio Emilia e la questione dell'autonomia dei tecnici

Banco di prova di questa politica del territorio diventa, agli inizi degli anni '70, l'esperienza di Reggio Emilia. Il progetto si basa su una valorizzazione delle strutture ambulatoriali, i Centri di Igiene Mentale (CIM), sorte nella seconda metà degli anni '50 per la sporadica iniziativa di alcune amministrazioni provinciali, e i cui attributi sono assimilabili in parte a quelli dei dispensaires: dèpistage, prevenzione e post-cura. Strutture in realtà, anche in Francia, avulse da un reale collegamento con gli O.P., inadeguate per la loro organizzazione, molto limitata e povera di risorse, a far fronte a tali compiti che in Italia erano stati ribaditi nella recente legge Mariotti (1968).

Lo psichiatra chiamato a dirigere i CIM di Reggio Emilia fa parte del gruppo goriziano: la sua scelta, contrastata e non condivisa dagli altri promotori dell'esperienza minaccia di incrinare sul difficile terreno del confronto col PCI l'unità del movimento appena nato, i cui presupposti dichiarati sono di continuare a condurre la lotta "contro e dentro" i manicomi.

In nome di una strategia che si vuole politicamente più radicale e ideologicamente più avanzata, in quanto modello di medicina preventiva e sociale, tecnici e amministratori legittimano la loro forma di intervento col ricorso diretto al consenso e alla partecipazione popolare. Mentre per i tecnici la trasformazione del sapere e dell'organizzazione collettiva attorno ai temi della salute mentale, dovrebbe investire – come rivoluzione culturale – in primo luogo gli organismi rappresentativi delle classi lavoratrici e i collettivi di base, per gli

amministratori le strutture decentrate dovrebbero progressivamente e ambiguamente incunarsi in quelle istituzioni che, come l'O.P., sfuggono al loro controllo.

I tecnici sembrano trascurare il dato della loro dipendenza – in termini di risorse e di legittimazione politica – da quegli organismi che intendono costringere alla loro strategia critica. A loro volta gli amministratori sono ben lungi dal mettere in conto – nel previsto accerchiamento dell'istituzione manicomiale – uno scontro frontale e costoso coi suoi rappresentanti e tutori, coi quali bisogna continuare a convivere.

Che si tratti di un contratto fondato su un compromesso reciproco diviene evidente allorché i tecnici, ai primi tentativi di portare l'attacco al manicomio, vedono ridimensionato il loro spazio di intervento: costretti all'isolamento e all'impotenza dall'immobilismo degli amministratori; screditati nel loro progetto politico in quanto portatori di pericolose fratture interne negli organismi politici periferici. Nel deteriorarsi del quadro di già difficili alleanze e equilibri locali, i tecnici sono ricondotti nell'alveo di una pedagogia terapeutica e di una riformulazione dottrinarina del nuovo sapere psichiatrico.

Il destino dell'esperienza di Reggio Emilia segna anche, nel giro di qualche anno, la fine per il PCI del mito della politica psichiatrica del territorio come "mito tecnico" di sinistra. Analogamente agli effetti propri dell'ideologia del settore, essa induce nei tecnici la persistenza di una vocazione terapeutica che intende sfuggire alle contaminazioni manicomiali (mediche, assistenziali, giuridiche), con la pretesa di abolirle senza percorrerne a attraversarne dall'interno le molteplici implicazioni. E negli amministratori essa induce l'ostinazione ad usare inerzia e miopia nella conciliazione di interessi precostituiti, alimentando la loro diffidenza nei confronti dell'oggetto psichiatrico come scomodo e pericoloso.

Proprio questa diffidenza li trattiene come funzionari, anziché liberarli come programmatori e come politici. E li vincola, alla fin fine, ad alleanze con le correnti tradizionalmente immobiliste della psichiatria pubblica.

Quando negli stessi anni (prima metà degli anni '70) altre amministrazioni di sinistra – Arezzo, Parma, Ferrare – sceglieranno l'avvio della riforma degli O.P. (non senza molte resistenze e richieste di assidui controlli dell'operato dei tecnici), risulterà sempre più chiaro che per il movimento psichiatrico di riforma in gioco non è il mantenimento di una autonomia formale, di vecchio stampo, dalle ragioni del politico e dell'amministrativo.

Se i tecnici, negando il loro ruolo di puro funzionariato, si espongono a uno sforzo costante di rilegittimazione delle loro pratiche e dei loro criteri d'intervento, a loro volta i politici e gli amministratori devono essere disposti al cambiamento delle regole tradizionali di mediazione degli interessi istituzionali. Disposti cioè, a rivedere le stesse forme del consenso e i contenuti reali della partecipazione.

Il primo Congresso nazionale di Psichiatria Democratica, nel 1974, che suscita vaste adesioni; l'esplosione in seguito di contraddizioni vistose nella sanità e nell'assistenza convincono progressivamente il PCI della necessità della "lunga marcia attraverso le istituzioni". Ed è allora che, nella lotta anti-istituzionale psichiatrica (e nella deistituzionalizzazione manicomiale), viene riconosciuto in qualche modo il prototipo di una metodologia che può incidere a tutti i livelli dell'organizzazione delle istituzioni, con la capacità di liberare nuove risorse collettive. Il patrimonio di elaborazioni del movimento psichiatrico può, forse, essere trasferito nell'organizzazione generale della sanità e dell'assistenza, e dovrebbe esserlo se si vuole avviare un processo di riforma.

10. Nuovi statuti della marginalità, la decisione collettiva di deviare

Verso la metà degli anni '70 raggiunge il suo culmine, nella società italiana, il consenso a un progetto di profonda trasformazione degli assetti istituzionali. Si assiste ovunque a una sorta di superfetazione della coscienza collettiva, sotto forma di una cultura dei bisogni che non trovano adeguata soddisfazione nei servizi pubblici. Sono questi gli anni nei quali non si fa che constatare, da ogni parte, l'abisso che separa il cosiddetto "paese reale" dal "paese legale". Viene alla luce il "privato" delle istituzioni e, in esso, i processi di valorizzazione dei soggetti.

Un vero e proprio diluvio di forme di partecipazione popolare ha investito nel frattempo la gestione delle istituzioni pubbliche. Tuttavia, il liberare nuove risorse collettive, il fatto che i cittadini sviluppino un sapere del funzionamento delle istituzioni sembra anche rappresentare, per il potere politico, la forma meno costosa per pilotarne la crisi. Soprattutto se, come accade, tale potere non cambia prerogative e metodi di gestione e amministrazione della cosa pubblica.

Il parziale disoccultamento delle regole di funzionamento delle istituzioni non basta a rilegittimarle. Serve invece, nel frattempo, ad alimentare un iperrealismo della loro crisi, una cultura dell'emergenza destinata ad agire nell'attenuare lo scontro frontale fra le classi sociali: a rendere disposte – in maniera vagamente

ricattatoria – le classi lavoratrici e produttive a contrattare un cambiamento che sarà costoso anche per loro, esigendo da loro una nuova e costruttiva responsabilità.

La patologia del politico (è lui in questi anni il grande malato) se si vuole adesso esibita e quasi coincidente con la patologia del sociale. La proliferazione di rivendicazioni, da parte di settori diversi dell'imprenditorialità privata e pubblica, alimenta la nuova nebulosa della ristrutturazione universale. Mentre si evidenzia la debolezza dello stato e la precarietà delle istituzioni, la loro modernizzazione continua ad essere promessa come emancipazione da assetti obsoleti e arcaici.

D'altra parte il protrarsi della crisi economica fa aumentare la disoccupazione giovanile, inducendo fenomeni involutivi nel mercato del lavoro: masse dequalificate di studenti non trovano prospettive di inserimento; le aree universitarie si gonfiano come aree di parcheggio di giovani privi di identità sociale. Le lotte e le rivolte che si sviluppano in questi anni rappresentano l'epigono, con risvolti drammatici e laceranti, dei modelli di lotta sociale iniziati nel '68.

Per i partiti, compresa la sinistra, diventa sempre più difficile incanalare queste lotte nell'alveo istituzionale, sotto forma di rivendicazioni e di cambiamenti contrattabili; quasi impossibile egemonizzare il dissenso dei giovani. In tale contesto la devianza sociale si estende e talora si organizza in una decisione collettiva di deviare. L'emarginazione non ha più, all'improvviso, le antiche forme dell'esclusione pura e semplice.

Diventando una contraddizione sociale vistosa, essa illumina di nuovi significati l'emarginazione manicomiale classica: acconsente in parte a una sua emancipazione nel divenire uno statuto sociale riconoscibile. Da questo momento l'emarginato psichiatrico sembra poter parlare, come l'emarginato sociale, il linguaggio, che gli era prima vietato, dei diritti e dei bisogni negati. E se non altro parla delle sue origini, di come l'emarginazione si forma e si riproduce nel corpo sociale al quale essa non appare più tanto distante ed estranea.

11. Seconda metà degli anni '70: il laboratorio protetto viene spazzato via

Il movimento di trasformazione psichiatrica allarga ulteriormente i terreni e gli ambiti della sua applicazione. Le esperienze sistematiche di Perugia, Arezzo e Trieste, insieme a numerose altre meno sistematiche, fanno evolvere un quadro di vaste realizzazioni che dimostrano possibile, in contesti amministrativi diversi, lo smantellamento dei manicomi.

Queste esperienze rendono anche visibile una saldatura non formale tra trasformazione delle istituzioni e lotte sociali: il mantenimento di una dialettica della "lunga marcia" che non si configura né come caduta nei saperi tecnici e nelle tutele degli specialismi (neppure nella versione aggiornata dello specialismo politico e di cooptazione nelle tutele dei partiti); né d'altra parte come dispersione e radicalizzazione della lotta anti-istituzionale in forme di spontaneismo contro queste tutele.

In effetti il problema della propria autonomia di operatori nel sociale si complica enormemente con l'amplificarsi delle mediazioni istituzionali, col moltiplicarsi dei contesti e dei soggetti che interagiscono nell'intervento, con la quantità di investimenti e di pratiche che improvvisamente si proiettano sull'oggetto psichiatrico.

In questi anni è rilevante il prezzo pagato in prima persona dagli operatori per mantenersi sul fino di una costante ricomposizione istituzionale e amministrativa del loro lavoro, all'interno di una normativa in gran parte obsoleta, usata e interpretata fino ai limiti delle possibilità. Si tratta di uno sforzo prima di tutto pragmatico, di non rinvio e scarico ad altri dei problemi e dei bisogni che emergono nel percorso di trasformazione del manicomio: un assumersi sempre la responsabilità della gestione del malato, con l'esposizione personale ai rischi dell'intervento giudiziario ogni qual volta si forzano troppo i confini normativi e le soglie della assicurazione collettiva.

Sforzo poi nel sostenere una posizione di sostanziale solitudine nel vivere una condizione protratta di status nascendi. L'operatore psichiatrico continua ad essere in qualche modo straniero alla città: deve coglierne le storie nascoste, deve collegarsi con la sua faccia marginale e le sue culture della sopravvivenza. Mentre collabora con gli amministratori, forzandoli spesso al terreno delle sue richieste e contagiandoli quotidianamente in quelle che sembrano soluzioni impossibili o invenzioni fantasiose, egli deve allearsi con le diverse miserie della città, entrandoci dentro – per così dire – con tutto il suo corpo e la sua immaginazione.

Anche nella messa a punto di soluzioni territoriali, e si strutture alternative per i pazienti psichiatrici dimessi dagli ospedali, la lotta contro la vocazione terapeutica (in quanto desiderio di servizi e di ambulatori finalmente puliti, non contaminati) è una lotta tutt'altro che semplice, date le rigidità che oppongono, proprio

nel sociale, le diverse forme della sofferenza e della miseria: sia fra di loro, sia rispetto alle sfere della convivenza quotidiana e della vita produttiva.

Diventa ben presto evidente l'incomunicabilità tra strati e ceti sociali nelle loro ideologie di appartenenza, e una distanza in tutto ciò che li vuole da sempre in competizione: divisi su delle linee di confine oltre le quali c'è il contagio e l'allarme della sporczia e della malattia.

Come mettere, ad es., in un rapporto di contiguità e di convivenza l'impiegato, il vicino di casa, il commerciante con l'ex-lungodegente, internato da vent'anni in manicomio, che improvvisamente abita la città, esce per le strade, invade i bar del rione, entra nei cinematografi? Come rendere sopportabile alla classe produttiva, e alla stessa classe operaia, la visione del "disgraziato sociale", senza sentirsi dire che i principi del reinserimento sociale sono giusti in sé, ma la pratica e i metodi sono sbagliati?

Il problema si pone analogamente sul terreno delle prestazioni: come coniugare il problema della cura e dell'assistenza con i contesti familiari e i conflitti delle famiglie? Come agire un controllo/difesa del malato dai rischi della criminalizzazione dei suoi comportamenti? Come contrastare l'emarginazione giovanile e favorire processi di normale socializzazione? Come creare servizi capaci insieme di intervenire sulla crisi dei nuovi pazienti e di riabilitare i malati cronici?

Il problema sembra consistere, ancora una volta, nell'abilità a definire, con nuove etichette, criteri e modalità di intervento assolutamente inediti che sono alla base del processo di ristrutturazione dell'assistenza. Tale processo può trovare la propria legittimazione solo a condizione di fornire un nuovo codice di riferimento che rassicuri quanto alle intenzioni e alle capacità terapeutiche. Tuttavia, in questo caso c'è qualcos'altro in gioco, che va ben oltre qualsiasi modello precedente di modernizzazione e riforma della psichiatria, e che riguarda proprio la chiusura dei manicomi.

Persino gli ultimi residui del laboratorio protetto vengono spazzati via: tutto è trasferito nel vivo dei rapporti e degli scambi nel sociale rendendo evidente, a questo laboratorio secondo, che le regole si inscenavano nel manicomio – per quanto atroci – corrispondevano a regole e leggi che presiedono il sociale: là dove ciascuno vive ignorandosi ai diversi gradi della vita produttiva, mobilitato all'impresa di un disconoscimento sistematico delle forme della propria riproduzione.

Il sociale è un'istituzione diffusa, non in senso metaforico. In esso i circuiti del controllo – assistenziali, giudiziari, psichiatrici, sanitari – fanno scorrere l'energia che alimenta l'impianto produttivo e riproduttivo. Lo svuotamento del manicomio, nel rendere visibile verso l'esterno tutto ciò che contiene parla una lingua inaccettabile, di svelamento degli interni delle istituzioni: il "privato" della famiglia, degli ospedali generali, delle carceri, del partito, dei luoghi di lavoro, della scuola.

Alle istituzioni, con le quali il malato entra in contatto in quanto cittadino più svantaggiato degli altri e avente dei diritti, viene richiesta una complicità e un'alleanza che comporta anche una messa in discussione delle loro regole di funzionamento. Ed è su questo punto che le resistenze si addensano poiché la richiesta sembra essere questa volta davvero eccessiva.

12. L'economia politica dei rapporti, l'impresa della riproduzione sociale

Eppure, in questa richiesta di apertura e di trasparenza fatta alle istituzioni l'operatore psichiatrico non è solo. Nei suoi lenti percorsi, lungo i quali accompagna il paziente dimesso nella città, egli traduce richieste che provengono da altri movimenti e parti della società.

Infatti, nella prima metà degli anni '70 il sé privato entra con forza nella scena e nel linguaggio del politico: non vuole essere dialettizzato secondo i vecchi schemi di inclusione nella razionalità istituzionale; esige, al contrario, una sorta di dissociazione tra ordine istituzionale e vita quotidiana per evidenziare le differenze esistenti tra le ragioni e le procedure della prima e i bisogni dell'altra.

Le forme ammesse e riconosciute dalla contrattualità sociale tra i diversi soggetti rimbalzano, nell'economia politica dei rapporti istituzionali, come svelamento di richieste inevase, di bisogni indotti e non corrisposti, di diritti acquisiti e rimasti pura astrazione. Cominciano varie esperienze del disincanto della morale collettiva dello sforzo. A critica vengono sottoposte tutte quelle rimozioni storiche che vogliono la persona sottoposta a una gerarchia di valori collettivi, come sacrificio di sé.

Inoltre la povertà, che si pretende abolita, ricompare come rappresentazione frammentata e quotidiana della miseria sociale. Se non riguarda più la sussistenza (benché la penuria di beni sia una questione tutt'altro che risolta) concerne comunque la difficile impresa della riproduzione sociale: lo spazio esteso che circonda la fabbrica e che anche le lotte sindacali hanno da tempo immesso nelle loro piattaforme rivendicative come "politica dei servizi sociali". Tale strategia è destinata a diluirsi in anni più recenti, e si confonde in una

attestazione di principi piuttosto che in pratiche di mobilitazione e di lotta. Il sindacato infatti sembra chiuso in fabbrica, imbrigliato in una posizione di difesa delle conquiste degli anni precedenti e non pare in grado di esportare nel sociale il suo patrimonio di elaborazioni.

Nel sociale sono le lotte delle donne e dei gruppi giovanili, dei marginali e dei precari, a denunciare le regole e le iterazioni con le quali ciascuno è costretto a pagare il costo dell'auto conservazione nella normalità produttiva. In particolare, la lotta delle donne contro il potere dell'uomo, scena primaria di tutte le forme di oppressione e dominio, trova nel sostrato concreto dell'istituzione familiare, nel tema della salute e dell'autonomia della donna un terreno che conferisce al privato una risonanza estesa.

In tale contesto, nel quale si incrinano prospettive di riscatto sociale e codici precedenti di salvezza collettiva, non sono assenti le ricadute nei saperi della soggettività. Il rigonfiarsi manovrato delle problematiche dei rapporti e della "questione del soggetto" sembra conferire nuovo spazio alle psicoterapie e ai saperi religiosi ed escatologici. Mentre nelle realtà metropolitane si apre il mercato della droga pesante, taluni circuiti privati di psicoterapia si circondano di una pubblicità tale da far pensare a un ingresso tardivo della psicanalisi nella sua moderna versione di massa.

Fenomeno in primo luogo di moda culturale (non privo in questo di risvolti caricaturali in un paese che, grazie agli intellettuali di professione, continua a riflettersi come eterna provincia – geniale – dell'Europa), esso va anche considerato quale sintomo di una ripresa mercantile di settori del professionismo privato e come una modalità di incanalare verso gli specialismi il disagio psichico, analogamente a quanto è avvenuto da tempo il altri paese. Fenomeno tuttavia più ristretto di quanto non sembri, alimentato dall'immissione selvaggia di quote elevate di giovani psicologi che hanno cercato, nel privato, l'esercizio di una professione senza sbocchi nel pubblico – là dove gli psicologi sono stati solo parzialmente assorbiti, a livelli per di più dequalificati e precari.

Dopo la fascinazione del settore, la seconda fascinazione francese, quella analitica e lacaniana, è ben lungi dall'attecchire sul terreno delle istituzioni psichiatriche. La conseguenza più vistosa, di quest'ultima importazione dalla cultura francese, pare essere la divulgazione di un lacanismo d'effetto ad opera di piccoli imprenditori che spacciano parole con le parole. Cui l'imprinting serve a confezionare e vendere un prodotto molto improbabile nel supermarket dell'esoterismo.

13. L'esperienza di Trieste

Nel 1976 – ben prima dunque della legge 180 – l'équipe di Trieste annuncia in una conferenza stampa la chiusura dell'O.P.. Questa esperienza, sulle orme di quella goriziana, fa profondamente evolvere le acquisizioni precedenti di critica dell'istituzione, prendendo alla lettera l'affermazione dei diritti di cittadinanza del malato, usando alleanze e consensi che vengono messi ripetutamente alla prova dei fatti.

Nella transizione del manicomio al territorio, Trieste sembra rischiosamente rifiutarsi ad ogni modello precedente di riconversione istituzionale, sia terapeutico che amministrativo e politico. La verifica viene invece ricercata per anni, nell'empiria di pratiche che continuamente spostano i loro obiettivi e le loro finalità. La legittimazione del cambiamento deve venire dalla capacità di oltrepassare il manicomio e tale sfida assume concretezza mano a mano che la contrattualità del malato investe gli spazi fisici della città, i settori tradizionalmente contigui alla psichiatria (l'organizzazione sanitaria, la giustizia, l'assistenza). In queste strutture si esporta e si trasmette progressivamente il problema del sapere, della definizione e della gestione della malattia.

Fin dagli inizi il rapporto dentro/fuori l'istituzione viene praticato come diretto, non mediato da mitiche aspettative di riconversione gradualistica. Tuttavia all'apertura dell'O.P. le altre istituzioni oppongono non pochi ostacoli, mostrando di essere fundamentalmente chiuse, regolate da procedure di espulsione di tutto ciò che disturba l'equilibrio del loro funzionamento e proprio su questo punto collegate alla psichiatria.

È così che le pratiche si applicano sempre più alle molteplici connessioni esistenti tra l'O.P., in quanto istituzione – terminale, e la città. Una mappa viene a disegnarsi, che risale e smonta tutte le concatenazioni che rendono il manicomio necessario e indispensabile alle altre istituzioni. Si svelano uno a uno i passaggi arbitrari, i meccanismi automatici dai quali il manicomio riceve, e subisce dall'esterno, la propria definizione di spazio chiuso e invisibile. Dall'Ospedale generale, quale luogo di invio dei ricoveri coatti, agli enti assistenziali che, nella loro frammentazione e miope filantropia, non sono in grado di offrire programmi e supporti a una città piena di anziani non-autosufficienti. Dal mondo del lavoro, che espelle i giovani e i disadattati o disabili, e per reagire al quale l'équipe decide di sopprimere l'ergoterapia costituendo una

cooperativa autonoma di lavoro dei pazienti, alle centrali dell'emergenza e dell'ordine pubblico con cui è indispensabile collaborare.

I collegamenti che si stabiliscono tra l'O.P. e la città sono motivati dalla necessità di liberare nuove risorse organizzative. Ma anche e soprattutto per agire, in ampiezza e profondità, la contraddizione della pericolosità/controllo del malato di mente in tutti quegli ambiti in cui si manifesta. Per agire, cioè, questo limite non più nelle forme di un'astratta tutela medica, affidata a un circuito di protezione separato e diviso, ma in quanto problema che attraversa la vita quotidiana del paziente nella città, nei pregiudizi e nei vincoli normativi che gli chiudono l'accesso alle istituzioni e alle risorse della vita collettiva.

L'originalità del modello triestino sta forse proprio qui: non tanto nell'aver cercato di cooptare al proprio oggetto gli abitanti della città (cooptazione d'altronde improbabile in una città ancora ferita dagli eventi dell'ultima guerra, situata in una posizione di confine e al margine della vita nazionale. Città, inoltre, che si è formata nella convivenza di minoranze e in quanto tale permissiva, ma diffidente a farsi coinvolgere in un processo unitario e globale di cambiamento); bensì nell'aver proposto un diretto terreno di scontro e confronto nell'evidenza di scelte agite sotto gli occhi di tutti. Ciò ha comportato l'esplicita assunzione in prima persona, da parte degli operatori, della responsabilità e del carico di ogni singola decisione presa lungo il percorso, e una profonda identificazione degli operatori coi propri pazienti.

D'altra parte il dibattito – il consenso e il dissenso – ha trovato in questo metodo una possibilità pubblica di segnalare i contenuti e i limiti di un agire speciale, riferito allo scarto che esiste tra l'astratta adesione al riconoscimento dei diritti del malato e l'effettiva possibilità di un suo potere di vita nella città. La prima è facilmente ottenibile a parole; la seconda è destinata ad aprire contraddizioni e conflitti che possono costituire una crescita dei diritti per tutta la comunità.

C'è al contempo, nel modello triestino, una proposta originale di utilizzazione dei criteri del settore che ne rovescia il tracciato. Da un lato l'instaurarsi di una continuità dentro/fuori l'O.P. ha socializzato le risorse dell'istituzione: ha fatto del manicomio – dei suoi spazi, delle sue iniziative culturali – un'impresa produttiva aperta alla città, un laboratorio sociale accessibile a tutti. Dall'altro la divisione dell'O.P. in settori, così come compare nel progetto originario e come è stato messo in pratica, ha immediatamente legato le diverse équipes a specifiche zone d'intervento nella città (calcolate attorno ai 50.000 abitanti).

Essendo le équipes responsabili di una zona dell'Ospedale e, parallelamente, di un settore della città che avrebbe dovuto idealmente corrispondervi, gli operatori sono stati condizionati a valorizzare e convertire le risorse interne verso il fuori e mai più verso il dentro: a progressivamente svuotare l'interno per accedere sempre più liberamente e massicciamente all'esterno. Essi potevano, in altri termini, liberarsi del manicomio solo a patto di liberare i propri pazienti.

In tal modo il superamento dell'O.P. è diventato possibile per ciascuno a misura di creare, nelle zone e nei rioni della città, soluzioni alternative e servizi decentrati, senza smarrirsi in velleitarie ideologie del territorio come negazione dell'identità di provenienza e di un progetto che doveva restare unitario. Questo criterio, del mantenimento per gli operatori dell'identità manicomiale fino all'ultimo internato, coincide con la lotta stessa contro la cosiddetta esportazione di manicomialismo. L'una e l'altra rimanendo vincolate, come emancipazione o come regressione, alla conservazione o meno dell'O.P. quale luogo di scarico e deposito del paziente grave nel circuito assistenziale.

14. Contratto senza risorse

Quando nel 1977 il Réseau Internazionale di Psichiatria Alternativa celebra a Trieste, in uno stile falsamente paludato e falsamente straccione, la dichiarazione planetaria dell'utopia possibile – la chiusura dell'O.P. -, il lavoro dell'équipe viene contestato, provocato sui suoi contenuti dal movimento degli studenti dell'area dell'autonomia e da gruppi e collettivi di "marginali". Al fondo di quello che sembra, agli inizi, solo un equivoco (la contestazione di una lotta che non è, neppure per gli operatori che l'hanno sostenuta, la fine della contraddizione psichiatrica, dell'ambiguità delle sue manipolazioni tecniche nell'ambito del controllo sociale), sta in realtà un'altra contraddizione: la stessa che viene sperimentata e vissuta nell'ambigua posizione che il malato occupa nella società dopo la chiusura del manicomio.

Una nuova linea di divisione segna e contiene le forme della marginalità sociale diffusa, in quella zona dove stanno collocati il malato di mente uscito dai manicomi, il deviante e il tossicodipendente, lo svantaggiato e il disabile, il lavoratore precario o lo studente senza prospettive di inserimento nel mercato del lavoro. Questa linea si configura in diversi modi come difficile accesso alle istituzioni: sia sotto forma di una

marginalità reale rispetto alla costituzione materiale dei diritti, o sotto forma di un'auto-esclusione da istituzioni delle quali, allora, non si vuole più essere parte.

Tale condizione parla dell'essere mantenuti e controllati in uno statuto che, nel riconoscere la marginalità come parte della questione sociale, omologa i marginali in uno stato di sospensione, in una definizione d'attesa di un'identità produttiva qualsiasi: assoggettata a leggi e regole screditate, i cui modelli sono privi d'autorità e svuotati di contenuti.

Il contratto che trattiene tutti questi soggetti nella storia collettiva, quando – come accade – è un contratto senza risorse, li pone in un rapporto diretto e frontale con lo Stato senza possibilità di mediazione e dialettizzazione. Ciascuno può infatti trovarsi abbandonato alla sua miseria e alla sua solitudine ogni qualvolta, al di fuori dell'istituzione, torna a non essere più niente.

E di questo allora alla fine si tratta – di uno statuto, per così dire, d'inesistenza. La differenza che qualifica i soggetti non è più giocata, nello scambio sociale, quale astratta disuguaglianza di livelli di potere o di accesso alla ricchezza, ma consiste nella possibilità o meno di diventare soggetti collettivi – e in questo senso politici – nell'accesso a forme autentiche di riconoscimento e di appropriazione.

La parabola del malato, dall'O.P. dove è rimasto senza identità e senza storia per anni, al sociale dove esige adesso un'identità fuori dalla tutela medica, è una parabola che apre nuove contraddizioni perché si salda e si incontra con altre condizioni che hanno molte analogie con la sua. Diversamente dal passato, il nuovo “malato di mente”, ancora discriminato e – in quanto tale – soggetto a forme aggiornate di contenzione, criminalizzazione, espulsione – può diventare colui che non si sottomette più alle regole e ai codici della cura: che non sopporta la definizione del suo stato nella chiave della malattia, nel momento stesso in cui è costretto a ricorrervi come unica forma di sopravvivenza “civile” e di accesso alle istituzioni.

15. La chiusura dei manicomi, un elementare atto di giustizia

La segregazione negli O.P. sottrae la persona alla possibilità stessa del contratto. L'esistenza dei manicomi, la loro persistenza nei dispositivi assistenziali delle società contemporanee, continua a censurare anche la possibilità di accedere ad altre conoscenze e pratiche, attorno a quelle che si configurano come nuove modalità espulsive della sofferenza psichica.

La chiusura dei manicomi altro non è che un elementare atto di giustizia inscritto già da tempo nella carta dei diritti dell'uomo. Questo atto non può tuttavia essere compiuto come mera riconversione organizzativa, di apparati che mantengono i soggetti subalterni alle tutele istituzionali o che li espellono dal contatto con le istituzioni, cui potrebbero non avere più nemmeno accesso. Questa sarebbe la strategia dell'abbandono, già visibile ed estesa nelle società avanzate.

È nostra convinzione che sia proprio la conservazione degli O.P., coi suoi illeciti e scandalosi anacronismi, resi leciti dalle sue reincarnazioni moderne con cui durevolmente convivono, ad alimentare nelle tutele mediche e assistenziali uno spessore ricattatorio che divide nel sociale, e nelle politiche di controllo della devianza, i soggetti che ci cadono dentro, senza mai liberarli alla dignità della loro richiesta, alle cause originarie della loro sofferenza.

La legge 180 del maggio 1978 dice, in uno dei suoi primi articoli, “che non dovranno più essere costruiti manicomi”. Essa impone la costruzione di alternative territoriali, ancorando la riforma psichiatrica alla più ampia e generale riforma sanitaria. Questa legge segna il punto di arrivo di un ciclo di storia del movimento italiano che abbiamo sin qui percorso per sintomi di lettura. In un'interpretazione che è deliberatamente di parte, affinché risulti evidente che originalità e mito di questo movimento consistono nel suo attraversare, e nel farsi attraversare dalle lotte e dai movimenti sociali che sono stati alla base dello sviluppo della democrazia negli ultimi vent'anni.

In questo ciclo la psichiatria italiana incontra diversi modelli importati dall'Europa. È un incontro che non dà luogo a nessuna forma di adattamento ad uno qualunque di essi, ma che tutti li smentisce nel suo risultato ultimo: non tanto perché inapplicabili, ma in quanto inadeguati alla storia dell'Italia democratica dal dopoguerra ad oggi.

Se, in particolare, rispetto all'influenza francese, non attecchiscono né il management napoleonico del settore, con la sua vasta tecnocrazia amministrativa, né la psicoterapia istituzionale, è perché nessuna delle due varianti offre sufficienti risorse critiche a produrre una pratica di svelamento dell'ambiguità psichiatrica. Al contrario, entrambe sembrano vischiosamente complicarla, anche quando apparentemente la radicalizzano (è questo il caso della Psychothérapie Institutionnelle nella sua versione lacaniana).

La critica principale che si può muovere a questi orientamenti è che essi si attengono al disegno di una purezza disciplinare della psichiatria che costantemente rinvia altrove – ai funzionari, agli amministratori, allo Stato – il compito di organizzare tutto ciò che attiene la sfera materiale nell'esercizio dei diritti del paziente in cui lo psichiatra è invece chiamato a corrompersi.

Diversamente dal modello francese, col quale oggi ci confrontiamo, la riforma italiana non è venuta da un'iniziativa dello Stato che, facendo propri i principi di un'avanguardia, li stravolge anticipandone sulla carta il modello organizzativo. Essa è stata anticipata dall'organizzazione di un movimento nazionale che per anni ha faticosamente messo a punto, esponendosi a ogni sorta di attacchi, il suo modello paradigmatico. Anche per questo le lotte condotte dal movimento italiano si sono riflesse nelle lotte sociali, sotto forma di lotta per i diritti civili, contro l'emarginazione, per il diritto alla salute.

La legge 180 è parte di una costellazione di leggi emanate in Italia negli ultimi anni, frutto di scontri profondi nella società civile. Solo per citarne alcune: lo statuto dei lavoratori, la legge per il divorzio e per l'aborto. Analogamente a quest'ultima, è stata votata per evitare un referendum, promosso dal Partito Radicale, abrogativo della legge 1904 istitutiva dei manicomi. Frutto di una pluralità di stimoli, di pressioni e acquisizioni sedimentate nel sociale, la legge 180 è stata approvata nel quadro della politica di Unità Nazionale e sostenuta dai maggiori partiti al Parlamento: la Democrazia Cristiana e il Partito Comunista, i quali hanno deciso di fare proprie le indicazioni emerse dal movimento di riforma.

Questa legge non rappresenta pertanto né una resa dello Stato di fronte alle pressioni del movimento, né una vittoria di quest'ultimo. Essa semplicemente apre un nuovo ciclo storico, solleva problemi in qualche modo inediti. Si tratterà di verificare nei prossimi anni l'effettiva volontà dei politici e degli amministratori di attuarla e generalizzarla; e per i tecnici, di misurarne i principi sul terreno delle pratiche realizzazioni.

Nel frattempo questi ultimi sono già chiamati a confrontarsi con le nuove prospettive aperte dalla legge e con altri terreni di lotta: la lotta contro gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, non sfiorati dalla 180, i quali incentivano una contenzione aberrante – e clinicamente e giuridicamente – dei comportamenti “pericolosi a sé e agli altri”; la lotta contro la penalizzazione e l'emarginazione di quanti si drogano, nella sfida che lo Stato ha oggi di fronte: se continuare a criminalizzare, o se consentire anche a tale condizione di liberarsi come una questione di sofferenza sociale.

Postfazione

Nel riprendere in mano questo testo, dopo molti anni ho riprovato un'emozione particolare che mi è difficile passare sotto silenzio. Quasi mi sono sorpresa nello scoprire che tutti questi paragrafi altro non risultano essere, alla fine, che le partiture di un racconto di cui si vuole delineare tutto l'intreccio. La lucidità con cui una straordinaria concentrazione di eventi viene trattata, tradisce anche una sorta di affanno, una corsa contro il tempo. Eppure adesso il testo mi sembra così: la sceneggiatura di una storia non ancora mai scritta della quale vengono disegnate, quasi schizzate le figure, i temi salienti; scandite le tappe, le scene principali. E le cui grandi direttrici di sviluppo futuro vengono, soprattutto nelle ultime parti, annunciate e in certe forme anticipate.

Il testo è “diventato” questo. E mi sembra allora di dover render conto della tensione straordinaria profusa da Franco in questa ricerca, in quei pomeriggi dell'estate del 1979 in cui, benché lo conoscessi da molti anni, mi sembrò di conoscerlo in un altro modo. Parlando di sé in terza persona, egli si metteva ancora una volta in gioco e mi prendeva quale interlocutore e testimone di una memoria che, sul punto di essere composta e trascritta in un testo ordinato (del quale mi dettava intere frasi che di sera ricomponevo in capitolo), faceva in realtà leva su punti rimossi e sotterranei di rischio e di precarietà delle pratiche, sulle incertezze e la vulnerabilità che era stato necessario accettare per sostenere quel lungo percorso.

Tutto ciò non mi sembra adesso solo parte di un'esperienza e di una gratitudine che riguardi solo me e la mia memoria di Franco. Poiché fa parte della storia del testo, mi pare necessario render conto di alcuni dettagli circa il momento particolare in cui il documento è stato pensato e l'occasione per cui è stato scritto. Tanto più che un valore e un significato supplementare credo che derivino a queste pagine dal fatto di essere diventate le ultime scritte da Franco Basaglia.

Egli si trovava in quei mesi in un punto di svolta della sua vita. Era imminente il suo congedo dall'esperienza decennale di Trieste, in attesa di trasferirsi a Roma dov'era stato chiamato a coordinare i servizi psichiatrici della Regione Lazio. Tale cambiamento rafforzava in lui, all'indomani della legge 180, l'idea del compimento di un ciclo, il sentimento di un “nuovo inizio”. Era infatti convinzione di Basaglia (convinzione qui espressa e più volte ribadita in altre dichiarazioni rese in quell'epoca) che la legge del '78, mentre

chiudeva un ciclo storico del movimento italiano, apriva nuove contraddizioni nella vita nazionale: problemi e scenari assolutamente inediti, cui gli psichiatri per primi avrebbero dovuto far fronte ricominciando in qualche modo da capo, e su nuove basi, la sfida di un'altra stagione riformatrice.

Credo che la stesura del testo sia stata molto influenzata da questo sentimento particolare del compiersi degli eventi, e da una posizione di attesa, distanza e quasi distacco con cui Basaglia guardava a un passato anche recente, e alla storia del movimento italiano che coincideva con la sua storia.

In ogni caso tali condizioni, e la particolare posizione che vi assumeva la memoria, furono la ragione per la quale, discutendo e scrivendo, si andò alla fine ben oltre l'occasione contingente per la quale andava scritto il testo. O forse accadde anche questa volta quel che sempre accadeva con Franco: e cioè che il pretesto della scrittura, dato in questo caso dall'incontro fra l'esperienza italiana e quella francese, diventava per lui l'occasione di un confronto a tutto campo – come lui diceva – “planetario” – che doveva prendere sul serio le dimensioni simboliche e concrete del rapporto che si instaura sempre, nella vicinanza e nella distanza, fra i paesi, i popoli, le leggi, le istituzioni, i modi di pensare e così via.

E questa era la prima cosa che Basaglia insegnava: il fatto cioè che qualsiasi confronto e rapporto con l'altro deve valere prima di tutto come responsabilità per se stessi, nel tracciare i punti di soglia, i limiti – quella circonferenza che Basaglia spesso disegnava nell'aria, con le mani, a definire intorno al corpo lo spazio di inviolabilità in cui un sé nitidamente impegnato a circoscriversi poteva dare accesso all'incontro con l'altro.

In questo, che era un modo di essere prima ancora che una scelta teorica, alcuni di noi riconoscevano i tratti delle sue origini veneziane – di mercante e navigante, viaggiatore curioso e inquieto dei popoli, che non dispone delle certezze della terraferma nell'entrare in contatto con gli altri: non sfrutta l'ambiguità di codici dati e convenzionali; non mette avanti le buone maniere ed anzi ne diffida. Nella ricerca di un confronto autentico con l'altro, anche attraverso la parola scritta Basaglia trasmetteva a chi lavorava con lui l'idea di una scrittura che non si spreca nel vuoto delle convenzioni linguistiche, ma che viene usata per “dire”, per entrare in rapporto, per offrire all'altro elementi di presa, di consistenza – nell'accordo o nel conflitto, comunque nel dichiarare la propria posizione e la propria differenza.

Così, la scrittura che si viveva con Basaglia aveva qualcosa dell'atto sacro, primordiale: ogni volta quasi una fisicità nell'impegno con le parole, il mettersi con lui in una condizione originaria di analfabetismo per la diffidenza che lui aveva della sintassi corrente. Una condizione di disorientamento rispetto al quale ogni volta ricominciava da capo lo sforzo del comporre sulla pagina, facendo leva in ciò sulle frasi certe: quelle che si erano consolidate nell'esperienza come dei segnali di direzione e punti di salvezza.

Tale scrittura evidentemente rifiutava i linguaggi precostituiti, autorevoli e pacati della scienza. Ed anche della “nuova scienza”, i cui enunciati – principi e criteri di operatività – venivano a Basaglia insistentemente richiesti da diverse parti per legittimare e difendere il nuovo paradigma assistenziale.

Nondimeno (e nonostante che il tono neutrale, pacato e autorevole della scienza fosse in questo caso caldeggiato dai promotori dell'incontro; come atteggiamento tanto più opportuno date le tradizionali diffidenze e quasi ostilità che opponevano la psichiatria francese al movimento italiano), anche in questa circostanza Franco si attenne al proprio metodo.

Tema dell'incontro era stabilire una comparazione fra il movimento riformatore francese, iniziato nell'immediato dopoguerra, e quello italiano. Il quale, benché nato in ritardo, proiettava adesso, coi suoi esiti radicali di superamento dell'O.P., una nuova luce sulla crisi dei modelli assistenziali europei.

Non a caso in quegli anni un nuovo interesse rendeva gli altri paesi curiosi di ciò che accadeva in Italia. L'incontro con gli operatori francesi era uno dei tanti colloqui internazionali che si moltiplicarono da quel periodo in poi e, in tale contesto, io venni scelta a collaborare con lui, fra gli altri ricercatori, in quanto più esperta delle cose francesi. Anni prima mi ero infatti laureata, in filosofia e psicologia, con una tesi sul movimento francese di Psychotérapie Institutionnelle e sulla politica del settore che Franco aveva letto e apprezzato.

Forse fu proprio quella tesi, che percorreva vent'anni di storia del movimento riformatore francese (e in cui insistevo sulla “vocazione terapeutica” degli psichiatri, parafrasando un giudizio di Maud Mannoni), a dare a Franco l'idea di compiere lo stesso percorso analitico rispetto al movimento italiano. E di sfruttare l'incontro di Parigi, non tanto per mettere in luce le differenze puntuali esistenti fra i due paesi e i due movimenti, ma per analizzare come e con quali effetti la riforma francese avesse influenzato lo sviluppo di quella italiana.

Decise dunque di parlare di questo, ma nell'ottica che gli stava più a cuore: quella della responsabilità degli psichiatri nell'usare la loro scienza, il loro potere istituzionale, la loro “vocazione terapeutica”. Per evidenziare, cioè, da un lato, le ragioni del fallimento sistematico di modelli terapeutici che conservavano l'O.P. al centro dei dispositivi assistenziali; e per accusare, dall'altro, le risorgenti vocazioni terapeutiche e ideologie della cura con cui gli psichiatri avevano, ad ogni stagione di crisi, fornito degli alibi alla loro

disciplina e ricoperto le incongruenze di un'istituzione deputata non tanto a guarire, quanto a custodire, controllare, separare, escludere.

L'analisi del modello del settore si prestava in maniera egregia a questo scopo: le ragioni ambigue del successo in Italia del settore, e il suo fallimento, avrebbe parlato agli psichiatri francesi i limiti e le ambiguità della loro "conversione al sociale", il disegno astratto di una "tecnocrazia amministrativa" interessata in realtà alla conservazione dei manicomi.

Tale cortocircuito, e l'invito che veniva esplicitamente rivolto agli psichiatri francesi a riconsiderare le proprie vicende e la propria storia, non ricordo che siano stati apprezzati e colti in quella circostanza. Basaglia probabilmente sapeva fin dal principio che la psichiatria ufficiale francese avrebbe disertato l'incontro. A maggior ragione ripenso oggi alla passione con cui egli impegnò se stesso e me in questa ricerca.

Già agli inizi del '79 mi chiese di raccogliere testi in biblioteca, di immergermi nelle riviste degli anni '50 e '60, di andare a parlare in giro per l'Italia con quegli psichiatri che erano stati i diretti testimoni del percorso che voleva ricostruire. Ma quando poi la stesura del testo cominciò, le cose come ho detto – si modificarono ulteriormente.

La riflessione finì col concentrarsi su alcuni punti sui quali Basaglia non aveva mai preso, fino a quel momento, una posizione scritta tanto esplicita e pubblica: il rapporto con la sinistra e con le amministrazioni della sinistra, coi movimenti sociali e col sistema politico. Con tutto ciò, insomma, che, nel percorso di trasformazione e superamento degli O.P., era stato in gioco nel rapporto fra corpi professionali, istituzioni e stato di diritto nella società italiana, in anni per di più cruciali per lo sviluppo e l'affermazione di uno stato democratico.

Attorno a questi temi egli interloquiva con me anche da un altro punto di vista, in quanto esponente e rappresentante di quella generazione del '68 con la quale, già dagli inizi degli anni '70, egli accettò di misurarsi concretamente sul terreno della trasformazione istituzionale, in maniera tale da sfidare se stesso e noi in un'impresa di continuo cambiamento. In questo percorso egli rese disponibile se stesso e il proprio potere a un metodo di continuo confronto e condivisione delle responsabilità: valorizzando, e non negando, tutti i conflitti e le profonde differenze esistenti nella visione dei problemi e delle soluzioni.

Egli lavorò, come ebbe a dire, a una particolare "pedagogia del potere", che formava le persone a usare le istituzioni, a viverci dentro, a tematizzarne i limiti per allargarli e spostarli, mettendo i principi alla prova della realtà (ma direi anche, alla disposizione della libertà, della scelta, della responsabilità dei singoli).

Il testo parla di tutto questo. La sua importanza credo che sia oggi più che mai eloquente attorno a temi che la psichiatria degli anni '80 ha come progressivamente lasciato andare dietro di sé. Forse perché li vive più liberamente e li agisce nella pratica, e non ha bisogno di rappresentarli e metterli in scena con la tensione di un tempo. O forse perché, senza essere necessariamente pessimisti, questo resta in gran parte un sapere, un'etica, una forma dell'impegno quasi sconosciuta, ignorata e certamente non raccomandata e trasmessa nelle scuole di formazione. Ritenuta impensabile non solo dalla maggioranza degli psichiatri, ma da chiunque lavori oggi nelle istituzioni pubbliche.

Riflettevo alcuni giorni fa sul fatto che per anni, a Trieste, i malati, o presunti tali, che camminando nella città si facevano notare, trovavano il sostegno di un commento: "Xè un mato de Basaglia". Ciò accade ancora qualche volta, e questa denominazione, mi sembra in ogni caso più bella e migliore di quella che, in altre città, chiama i malati di mente "pezzi da 180".

Basaglia, in questa frase, è legato ai matti di Trieste non più solo come un uomo che ha affermato la propria responsabilità, ma piuttosto come un'altra città: la città di Basaglia. Ed è di questa città, - come renderla abitabile, come farla uscire ancora una volta dal "doppio" di una città esclusa – che il testo soprattutto parla. (g. g.)

Nota:

(1) Il testo è stato elaborato nel corso dell'estate del 1979 e presentato, quale relazione introduttiva al Convegno franco-italiano di psichiatria che si tenne nel novembre dello stesso anno a Parigi, presso l'Istituto Italiano di Cultura. Nell'accettare l'invito dei curatori di questo libro a pubblicarne per la prima volta in italiano la versione integrale, vi ho apportato delle correzioni per dare scioltezza a uno stile che, nella prima stesura, si presentava decisamente faticoso nella sintassi. Ho dato un titolo ai singoli paragrafi; ho spezzato frasi che si presentavano molto lunghe e contratte; ho qua e là esplicitato pensieri formulati in maniera troppo ellittica. Franco Basaglia in diverse occasioni, private e pubbliche, aveva ribadito di attribuire importanza a questa ricerca, mentre ripeteva che avremmo dovuto correggerne lo stile e la scrittura. Mi sembra perciò di aver in qualche modo obbedito a un suo desiderio e a una sua volontà (cfr. Postfazione).